



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e
de Saúde Pública

**CUMPRIR COM SEGURANÇA A MEDICAÇÃO
NOS CENTROS DE DIA
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA**

**FOLLOWING THE TREATMENT PLAN SAFELY IN DAY CARE
CENTRES
COMMUNITARIAN NURSING INTERVENTION**

Por:

Marisa Filipa do Rosário e Sousa

Lisboa

2020



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e
de Saúde Pública

**CUMPRIR COM SEGURANÇA A MEDICAÇÃO NOS
CENTROS DE DIA
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA**

**FOLLOWING THE TREATMENT PLAN SAFELY IN DAY CARE
CENTRES
COMMUNITARIAN NURSING INTERVENTION**

Por:

Marisa Filipa do Rosário e Sousa

Sob orientação de:

Prof^ª. Doutora Elisa Maria Bernardo Garcia

Lisboa

2020

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.

Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

À **PROF. DOUTORA ELISA GARCIA** por me ter dado o privilégio de ter sido a orientadora nesta caminhada, por toda a sua enorme dedicação, pela disponibilidade demonstrada, por todo o saber que partilhou comigo, por tudo o que me ensinou, pela compreensão perante as minhas dificuldades e pela confiança transmitida.

A todos os que participaram e que permitiram a concretização deste trabalho.

Ao Coordenador da UCC Amadora +, Senhor Enfermeiro Chefe José Cassiano, por ter permitido a realização do estágio nesta unidade de saúde, pela sua disponibilidade colaborando na condução das atividades no decorrer do estágio.

A toda a equipa da UCC Amadora +, pelo apoio e colaboração.

ÀS ENFERMEIRAS: **ANDREIA GOMES** pela sua orientação clínica, por toda a compreensão em períodos de maior dificuldade, disponibilidade, amizade, incentivo e sorrisos. **M^{as} Joãoes** por todo carinho, apoio e colaboração.

A todos aqueles que tenho a felicidade de ter por **AMIGOS**, apesar de aqui não constar os nomes, eles sabem quem são, pela amizade, pelo estímulo, pelo respeito e compreensão nos momentos de menor disponibilidade.

A toda a minha **FAMÍLIA** pelo carinho, amor, confiança e incentivo.

Aos meus **FILHOS**, um agradecimento muito especial, pelas horas roubadas, pelo seu amor, compreensão e confiança.

Ao meu **COMPANHEIRO** de e para a vida, por toda a colaboração, apoio, carinho, compreensão pelas minhas ausências e pelo incentivo, mesmo nos momentos mais difíceis.

A todas as pessoas que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos, o meu sincero **MUITO OBRIGADA!**

RESUMO

O envelhecimento populacional tem vindo a revelar-se cada vez mais acentuado, associado a este está o aumento da prevalência de doenças não transmissíveis de evolução prolongada. O uso de medicamentos tem-se revelado essencial na resposta às múltiplas comorbilidades que as pessoas idosas desenvolvem.

O envelhecimento da população desencadeou a criação de medidas políticas para dar resposta às necessidades desta população idosa e às suas famílias. Foram criadas respostas sociais, especificamente os centros de dia que visam acompanhar e apoiar as famílias em alturas de maior fragilidade. A responsabilidade de cuidar das pessoas idosas dependentes por norma cabe à família, que na impossibilidade de os assegurar, recorre a estes centros de dia e aos seus cuidadores formais. As pessoas idosas representam uma população vulnerável, tornando-se essencial identificar as necessidades dos seus cuidadores no processo de gestão da medicação, garantindo a adesão à terapêutica dos utentes que frequentam os centros de dia, bem como a manutenção da sua segurança.

O projeto “Cumprir a medicação +” foi desenvolvido num centro de dia, na zona de abrangência da UCC onde decorreu o estágio. Teve como objetivo contribuir para a capacitação das ajudantes de ação direta relativamente ao processo de gestão da medicação das pessoas idosas. A fundamentação teórica baseou-se numa revisão bibliográfica e numa revisão da literatura do tipo *Scoping Review*. O projeto foi suportado pelo modelo teórico de Dorothea Orem e a metodologia do planeamento em saúde para avaliar necessidades, fixar objetivos, programar a intervenção comunitária, executá-la e avaliá-la. Foram desenvolvidas intervenções no âmbito da educação para a saúde.

Destacam-se como principais resultados deste projeto, a participação das ajudantes de ação direta, quer na adesão às sessões de formação e satisfação com as mesmas, assim como os resultados satisfatórios sobre os conhecimentos adquiridos. Torna-se evidente que pela proximidade que o enfermeiro de enfermagem comunitária tem com a comunidade e pelos problemas de saúde que identifica, encontra-se num papel privilegiado para o apoio e acompanhamento das ajudantes de ação direta. As atividades executadas contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Palavras-chave: idosos, gestão da medicação, centro comunitário para idosos, cuidadores, enfermagem comunitária.

ABSTRACT

We have an ever-increasing ageing of the population is tied to the increase of prolonged course noncontagious diseases and illnesses. The use of medication has become essential in addressing the comorbidity an elderly person develops.

The population ageing phenomenon has pushed for policies capable of addressing the needs of the population in this age group and their families. To accomplish this, several social measures were taken, more specifically the creation of day care centres that seek to follow and support families in need. The responsibility of taking care of the elderly person is usually of their own family, but when the family is not able to provide adequate care they seek out these day care centres and professional caregivers for help. Elderly people are a vulnerable part of the population, and so it is essential to identify the needs of the caregivers in terms of managing, ensuring that the users of the day care centres follow their treatment properly and that they are safe.

Project “Cumprir a medicação +” (Following the treatment plan +) was developed at a day care centre in the area where the internship took place. The project sought to contribute to training the direct action assistants for managing the medication of elderly people. The theoretical fundamentals were based on a bibliographic and literature review of the Scoping Review. The project was supported by the Dorothea Orem’s theoretical model and the methodology for healthcare planning to according to assess needs, set goals, schedule community intervention, execute it and evaluate it. Interventions were done within the scope of healthcare education.

The noteworthy main results of this project were the engagement of the direct action assistants, both in joining the training sessions and feeling satisfied with these, as well as the satisfactory results about the knowledge attained. It is clear that due to the proximity to the community and the health problems that they identify, community nurses are in a privileged role to provide support to direct action assistants. The activities done have contributed to the development of specific skills for the nurse specialised in communitarian nursing and healthcare.

Keywords: aged, medication therapy management, senior centers, caregiver, community nursing.

LISTA DE SIGLAS

AAD – Ajudantes de ação direta;

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde;

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde;

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública;

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados;

ICN – *Internacional Council of Nurses*;

INE – Instituto nacional de estatística;

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

OMS – Organização Mundial da Saúde;

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade;

UN – *United Nations*.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	17
1.1 O envelhecimento da população e as doenças não transmissíveis de evolução prolongada	19
1.2 Polimedicação	21
1.3 Segurança na utilização da medicação	22
1.4 O centro de dia como resposta social para as pessoas idosas	24
1.4.1 Prestadores de cuidados	26
1.5 Enfermagem comunitária como suporte do centro de dia	28
1.6 Teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem	31
2. METODOLOGIA	35
2.1 Diagnóstico de situação	36
2.1.1 Contexto do local de intervenção	36
2.1.2 Técnicas e procedimentos utilizados para a Identificação dos Problemas /Necessidades de Saúde	37
2.1.3 População alvo	39
2.1.4 Tratamento da informação	39
2.1.5 Apresentação e análise de resultados	40
2.1.6 Diagnósticos de enfermagem	41
2.2 Definição de prioridades	42
2.3 Fixação de objetivos e metas	43
2.4 Seleção de estratégias	45
2.5 Programas e Projetos	45

2.6 Preparação da execução	47
2.7 Indicadores e metas	49
2.8 Avaliação	51
2.8.1 Avaliação de resultados/impacto	54
2.9 Implicações para a prática clínica	57
3. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E ADQUIRIDAS	59
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
BIBLIOGRAFIA	66
ANEXOS	80
Anexo I – Autorizações do ACES, UCC e Centro de dia para implementação do projeto de intervenção comunitária	81
 APÊNDICES	
Apêndice I- Guião da entrevista diretora	
Apêndice II- Guião da entrevista AAD	
Apêndice III- <i>Corpus</i> da análise das entrevistas	
Apêndice IV – Instrumento de avaliação da sessão de educação para a saúde	
Apêndice V- <i>Scoping Review</i> – Fluxograma PRISMA e Tabelas de extração de resultados	
Apêndice VI- Sessão informativa para a direção do centro de dia	
Apêndice VII - Folhas de registo de terapêutica	
Apêndice VIII - Sessão de educação para a saúde das AAD	
Apêndice IX - <i>Check-list</i> de avaliação do projeto	
Apêndice X - Folheto para distribuir às famílias dos utentes	
Apêndice XI – Manual orientador	
Apêndice XII – Consentimento Informado e esclarecido	

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Idade dos informantes	40
Gráfico 2 - Habilitações literárias dos informantes	40
Gráfico 3 - Anos de serviço dos informantes na instituição	41
Gráfico 4 - Frequência em formação dos informantes sobre gestão da medicação	41
Gráfico 5 - Percentagem de elementos da direção do centro de dia presentes na reunião	52
Gráfico 6 - Percentagem de AAD presentes na sessão de educação para a saúde	52
Gráfico 7 - Satisfação das AAD em relação à sessão de educação para a saúde	53
Gráfico 8 - Respostas certas/erradas das AAD às perguntas do instrumento de avaliação da sessão de educação para a saúde	53
Gráfico 9 - Percentagem das AAD de acordo com as respostas corretas do instrumento de avaliação da sessão de educação para a saúde	53
Gráfico 10 - Percentagem de elementos da equipa de enfermagem presentes na sessão informativa	54
Gráfico 11 - Resultados relativos à aplicação da chek-list	55
Gráfico 12 - Percentagem de intervenções realizadas presentes na check-list	56

INDICE DE IMAGENS

Imagem 1. Pirâmide da população mundial em 2002 e 2025..... 18

Imagem 2. Logotipo do projeto de intervenção comunitária..... 47

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Relação entre as etapas do processo de enfermagem de Orem e da metodologia do planejamento em saúde	36
Quadro 2 - Objetivos definidos para a realização das entrevistas	38
Quadro 3 - Relação entre o instrumento de colheita de dados e o requisito de autocuidado avaliado	38
Quadro 4 - Enunciados dos diagnósticos de enfermagem	42
Quadro 5 - Priorização dos diagnósticos de enfermagem	43
Quadro 6 - Objetivos definidos para o projeto de intervenção comunitária	44
Quadro 7 - Atividades desenvolvidas no projeto de intervenção comunitária	49
Quadro 8 - Indicadores de processo definidos para o projeto de intervenção comunitária	50
Quadro 9 - Indicadores de impacto definidos para o projeto de intervenção comunitária	51
Quadro 10 - Relação entre as metas estabelecidas e os resultados obtidos relativos aos indicadores de processo	54

INTRODUÇÃO

Este documento surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Conforme o preconizado para este estágio, a intervenção na comunidade foi a base para todo o percurso realizado, tendo como finalidade a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Dentro das várias especialidades em enfermagem, a enfermagem comunitária tem como foco de atenção as populações onde se realça a promoção da saúde, a prevenção da doença, da incapacidade e o desenvolvimento de condições sob as quais as pessoas podem ser saudáveis. No contexto atual, de envelhecimento progressivo das populações, verifica-se um crescimento do índice de envelhecimento, a prevalência de múltiplas doenças crónicas, em muitas situações coexistentes que podem ser controladas com a medicação e em certas ocasiões com mais que um fármaco, em simultâneo. As pessoas idosas são mais suscetíveis a efeitos adversos e interações farmacológicas, tornando a polimedicação uma importante causa de morbilidade e mortalidade neste grupo etário, exigindo uma especial atenção por parte do cuidador por forma a garantir a segurança no uso da medicação.

A literatura evidencia que as alterações demográficas modificaram a estrutura e a dinâmica da família, levando à necessidade da criação de recursos sociais que substituam ou apoiem os familiares na responsabilidade, no cuidado e acompanhamento das pessoas idosas dependentes. Como um destes recursos sociais surge o centro de dia, que visa prestar um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção da pessoa idosa no seu meio sociofamiliar, sendo que as ajudantes de ação direta (AAD) possuem um papel essencial na satisfação do autocuidado destas pessoas idosas.

Constata-se que as AAD não possuem formação ajustada ou adequada para o exercício das funções inerentes à sua atividade de trabalho, o que pode levar ao comprometimento do seu desempenho e da segurança daqueles que são cuidados. Torna-se por isso necessário a sua capacitação para que assegurem a qualidade dos cuidados prestados. A formação adequada às necessidades reais e sentidas das AAD é um dos meios para promover a qualidade de serviços fornecidos às pessoas dependentes. Foi no âmbito da temática das

necessidades das AAD, no que diz respeito ao processo de gestão da medicação, que se procedeu ao diagnóstico de enfermagem comunitário, tendo como guia orientador o modelo concetual de Dorothea Orem e a metodologia de planeamento em saúde segundo Imperatori e Giraldes.

O diagnóstico evidenciou necessidades relacionadas com a otimização do processo de gestão da medicação no que diz respeito à direção do centro de dia e necessidades de formação das AAD. Estas necessidades foram identificadas através da realização de entrevistas a informadores chave segundo Imperatori e Giraldes (1993) e análise de conteúdo segundo Bardin (2016) da informação obtidas pelas mesmas. A partir do diagnóstico de necessidades foi desenvolvido um projeto de intervenção, dirigido às AAD (população alvo), com o intuito de capacitar este grupo no âmbito do processo de gestão da medicação, através do aumento dos seus conhecimentos.

As intervenções delineadas neste projeto procuraram basear-se na melhor evidência científica, desenvolvendo-se por isso uma revisão da literatura do tipo *Scoping Review*.

As atividades executadas evidenciaram a participação das ajudantes de ação direta, quer na adesão às sessões de formação e satisfação com as mesmas, assim como os resultados satisfatórios sobre os conhecimentos adquiridos. Concorreram ainda para a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

O relatório tem como finalidade proporcionar uma descrição e reflexão pormenorizada sobre as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio final realizado numa unidade de cuidados na comunidade e a intervenção comunitária realizada. Encontra-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo é apresentada a concetualização teórica da temática, tendo sido o fio condutor para compreensão e desenvolvimento da intervenção comunitária a realizar. O segundo capítulo compreende a metodologia adotada, o planeamento em saúde, onde surge a descrição das várias etapas. Consta ainda neste capítulo a revisão da literatura efetuada que procurou obter a melhor evidência científica da temática em análise. Por fim é apresentado o projeto de intervenção comunitário implementado e a avaliação do mesmo. No terceiro e quarto capítulos, respetivamente, expõe-se a reflexão acerca das competências desenvolvidas e adquiridas e as considerações finais.

Este relatório segue as normas da APA (*American Psychological Association*) 6ª Edição, para a elaboração de citações e referências bibliográficas.

1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

A principal consequência demográfica do declínio da fertilidade, especialmente se combinado com aumentos na esperança de vida, é o envelhecimento da população, um processo pelo qual a proporção de pessoas idosas na população aumenta e a de pessoas mais jovens declina (UN, 2013).

A organização mundial de saúde (OMS) (2005a), refere que a população com 60 ou mais anos é a que apresenta um maior crescimento em todo o mundo, sendo superior ao crescimento de qualquer outro grupo etário. É expectável que entre 1970 e 2025 haja um crescimento de 223%, ou cerca de 694 milhões de pessoas mais velhas (significa que, em 2025, existirão cerca de 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos e em 2050 cerca de 2 biliões).

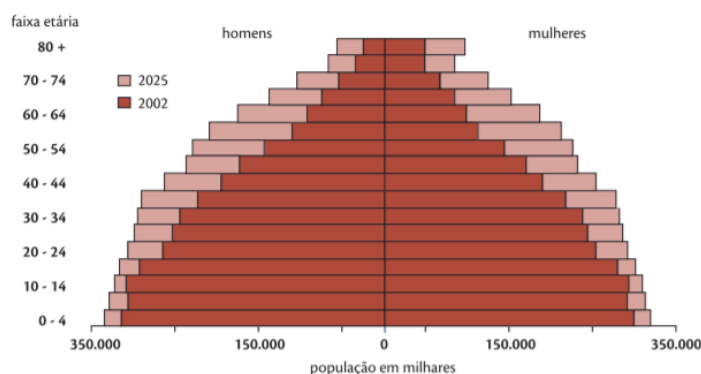
De acordo com a UN (2013), a população com 60 anos ou mais é a que apresenta um crescimento maior a nível global.

Nas regiões mais desenvolvidas, a população com 60 anos ou mais aumenta 1%, por ano antes de 2050 e 0,11%, por ano de 2050 a 2100. É esperado um aumento de 45%, a meio do século, passando de 287 milhões em 2013 para 417 milhões em 2050 e para 440 milhões em 2100 (UN, 2013).

Nas regiões menos desenvolvidas, a população com 60 anos ou mais atualmente aumentou 3,7%, por ano no período 2010-2015 e deve aumentar 2,9%, por ano antes de 2050 e 0,9%, por ano de 2050 a 2100. O número de pessoas com 60 anos ou mais deve aumentar de 554 milhões em 2013 para 1,6 biliões em 2050 e para 2,5 biliões em 2100. (UN, 2013)

À medida que as populações envelhecerem, a pirâmide populacional triangular de 2002, será substituída por uma estrutura mais cilíndrica, em 2025 (figura 1).

Imagem 1. Pirâmide da população mundial em 2002 e 2025.



Fonte: Envelhecimento Ativo: Uma política de saúde (p.5), OMS (2005a).

A evolução demográfica portuguesa aconteceu segundo as premissas do envelhecimento global, assistindo-se a um gradual envelhecimento da população portuguesa ao longo das últimas quatro décadas, marcado por uma redução dos níveis médios de fecundidade, níveis médios de mortalidade reduzidos ou em redução e um aumento, em simultâneo, da esperança média de vida (Estevens, 2017).

No ano de 2018, em Portugal, a população residente era de 10.283.822 habitantes, dos quais 22%, tinha 65 ou mais anos de idade e 14%, tinha menos de 15 anos (PORDATA, 2019).

A população com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal poderá passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2015 e 2080, no cenário central. Contudo, o número de idosos atingirá o valor mais elevado no final da década de 40, momento a partir do qual passa a decrescer. Esta situação fica a dever-se ao facto de entrarem nesta faixa etária gerações de menor dimensão, nascidas já num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações. (INE, 2017)

Em 2080, a população idosa poderá atingir entre 3,3 milhões no cenário alto e 2,5 milhões de pessoas no cenário baixo. O acréscimo mais acentuado no cenário alto resulta, sobretudo, de um maior aumento da esperança de vida considerado neste cenário (INE, 2017).

Em Portugal, face aos resultados obtidos no cenário central, o índice de envelhecimento poderá mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens (INE, 2017).

O índice de envelhecimento da população poderá ser de 459 idosos por cada 100 jovens no cenário baixo ou aumentar, menos acentuadamente, para 261 idosos por cada 100 jovens no cenário alto (INE, 2017), o que naturalmente exerce um forte impacto na sociedade como um todo e exige adaptações e respostas em diversos níveis, nomeadamente por parte

dos seus sistemas de suporte, como é o caso dos sistemas de saúde, segurança social, educação, justiça e transportes (DGS, 2017).

1.1 O envelhecimento da população e as doenças não transmissíveis de evolução prolongada

Relacionada com a transição demográfica é referida a transição epidemiológica¹ que, na atual fase, é caracterizada pelo aumento da prevalência das doenças crónicas. Em contraste com as primeiras fases da transição, onde prevaleciam as doenças infecciosas, responsáveis por elevados índices de mortalidade, sobretudo entre os mais jovens, com grandes consequências na esperança de vida. O padrão epidemiológico moderno acentua mais a morbilidade do que a mortalidade, sendo que esta atinge sobretudo a população adulta (Nogueira e Remoaldo, 2010).

A elevada prevalência das doenças crónicas, cujas causas ainda não foram controladas, leva a que o aumento da esperança de vida seja acompanhado pela diminuição da esperança de vida saudável (Nogueira e Remoaldo, 2010).

A OMS (Busse, 2010) define doença crónica como uma doença de longa duração, geralmente com progressão lenta, que inclui um conjunto variável de situações que vão desde a doença cardiovascular, a diabetes, asma, doença pulmonar crónica obstrutiva, mas também, doença oncológica, VIH/SIDA, doença mental e psiquiátrica e doenças do sistema osteomuscular que resultam em incapacidade. Estas situações têm em comum, necessitarem de acompanhamento multiprofissional de longa duração, frequentemente associado ao uso de medicamentos e equipamentos.

Bastos (2012) refere que a doença crónica pode ter consequências na vida pessoal e familiar, exigindo a reformulação de comportamentos de autocuidado. A ocorrência desta situação tem impacto na vida da pessoa e da sua família de uma forma global, precipitando, em muitos casos, uma situação de rutura com a organização pessoal, profissional, familiar e social anterior. Muitas das situações descritas são despoletadas pela vivência de uma transição do tipo saúde e doença tendo por consequência, não apenas a necessidade de

¹ Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbilidade e invalidez que caracterizam uma população específica e em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e económicas (Omram, 2001; Santos-Preciado, 2003). O processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbilidade é dominante (Nogueira e Remoaldo, 2010).

conviver com uma doença, a incorporação de um regime terapêutico, mais ou menos complexo, com maior ou menor implicação na gestão de papéis e emoções.

A OMS (2005b) estima que na região europeia, o total de mortes tenha sido de cerca de 9 783 000, sendo estimado que 8 414 000 (86%) tenham sido causadas por doença crónica. Prevê um aumento da mortalidade por doença crónica em cerca de 4%, na região europeia e de 23%, na mortalidade por diabetes. Uma redução de 2%, das taxas anuais de mortalidade por doença crónica pouparia, nos próximos 10 anos, 8 milhões de vidas, sendo 3 milhões em pessoas com menos de 70 anos.

Em 2015, o estado de saúde da população portuguesa entre os 25 e os 74 anos de idade, foi retratado pelo inquérito nacional de saúde com exame físico (INSA, 2015). Neste estudo mais de metade dos portugueses na faixa etária em análise (57,8%), correspondendo a 3.9 milhões de indivíduos, referiram, ter pelo menos uma doença crónica (ocorrência de uma ou mais doenças crónicas auto reportadas, de uma lista de vinte patologias: hipertensão arterial; enfarte agudo do miocárdio; acidente vascular cerebral; disritmia cardíaca; diabetes; insuficiência renal crónica; cirrose; hepatite crónica; asma; doença pulmonar obstrutiva crónica; dor crónica; osteoporose; artrite reumatoide; artrose; cancro; depressão; ansiedade crónica; úlcera gástrica ou duodenal; colesterol elevado e alergia).

Questionados sobre se têm "alguma doença ou problema de saúde que dure há mais de seis meses ou que se espere que venha a durar mais de seis meses", mais de metade dos inquiridos (57,8%) disseram que sim. Quase 20%, dos inquiridos (19,4%) disseram ter uma doença crónica 17%, apontaram duas e 10,4%, referiram três patologias crónicas. Os dados referem ainda que 5,2% das pessoas sofrem de quatro doenças crónicas 3%, de cinco e 2,7% de seis patologias crónicas (INSA, 2015).

A multimorbilidade² apresenta-se em Portugal como um problema de magnitude assinalável, atingindo 38,3% da população entre os 25 e os 74 anos. De acordo com os resultados encontrados, o risco de multimorbilidade é superior no sexo feminino, nos escalões etários mais velhos e nos indivíduos menos diferenciados (Romana, 2019).

Pessoas com múltiplas doenças crónicas podem exigir medicamentos para o tratamento de cada uma delas. Atualmente estima-se que cerca de 50 milhões de cidadãos da União Europeia sofram de múltiplas doenças crónicas (OMS, 2005b).

² Definida habitualmente na literatura pela presença de duas ou mais doenças crónicas no mesmo indivíduo (Mercer, 2014).

1.2 Polimedicação

O aumento da percentagem de população, considerada idosa, está associado a um aumento da prevalência de doenças crónicas (Bushardt, 2008; Brandt, 2013). Por isso, o uso de medicamentos aumenta com a idade e muitas pessoas idosas encontram-se a tomar vários medicamentos em resposta às múltiplas comorbilidades que desenvolvem. Esse termo é frequentemente apelidado de polimedicação (Bushardt, 2008).

De acordo com Galato (2008), polimedicação é um termo definido como o uso simultâneo e de forma crónica de múltiplos fármacos. Para designar a cronicidade, alguns autores definem como períodos não inferiores a três meses, outros aceitam o período de uma semana, sendo classificada como: polimedicação menor, quando no esquema terapêutico instituído o número de fármacos varia entre os dois e os quatro; polimedicação maior, quando se trata do uso de cinco ou mais fármacos.

A vulnerabilidade das pessoas idosas aos eventos adversos relacionados a medicamentos é bastante alta, o que se deve à complexidade dos problemas clínicos, à necessidade de múltiplos agentes e às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento (Secoli, 2010). As pessoas idosas apresentam riscos mais elevados de serem vítimas de interações medicamentosas, em função de alterações fisiológicas importantes, que ocorrem com o envelhecimento, principalmente nas funções hepática, renal e cardíaca, além da diminuição da massa muscular, do nível de albumina sérica e da quantidade total de água no organismo (Gomes, 2008).

Estudos evidenciaram que 20,8%, das pessoas com duas doenças crónicas estavam a tomar entre quatro e nove medicamentos diariamente e 10,1%, tomavam mais de dez medicamentos. As pessoas que tomam mais medicamentos são os idosos. Os dados também mostram que comorbilidade e polimedicação atingem adultos até dez anos mais cedo em comunidades carenciadas (Mair, 2017).

De acordo com os resultados do inquérito nacional de saúde de 2014, quase 5 milhões de residentes com 15 ou mais anos (56,1%) consumiu medicamentos prescritos nas 2 semanas anteriores à entrevista. Por outro lado, cerca de 2,1 milhões de pessoas (23,9%) referiram ter consumido medicamentos sem receita médica no mesmo período. A proporção de pessoas idosas que consumiu medicamentos prescritos (90,5%) era aproximadamente o dobro da registada para a restante população (45,4%) (INE, 2014).

Em 2017, cada português utilizou uma média de 16 embalagens de medicamentos. Quase metade do total de medicamentos consumidos destinou-se a cidadãos com mais de 80 anos e perto de 60%, a mulheres (Ministério da Saúde, 2018).

Mair (2017) desenvolveu um estudo europeu SIMPATHY (*Stimulating Innovation Management of Polypharmacy and Adherence in The Elderly*). Concluiu que cerca de 40% das pessoas que toma cinco ou mais medicamentos não o faz de forma apropriada. Também menciona que cerca de 50% das hospitalizações que acontecem devido a medicação excessiva seriam evitáveis se existisse um plano de revisão da polimedicação.

Nas práticas relacionadas com a saúde, o recurso aos medicamentos é uma das intervenções mais comuns. No entanto, a toma medicamentosa deve ser devidamente controlada e orientada (Monterroso, 2015).

Segundo a mesma autora, o elevado consumo de medicamentos repercute-se numa miríade de consequências ao nível socioeconómico. As despesas da saúde aumentam, não só em razão do desperdício de medicamentos acumulados no domicílio e que não serão utilizados, como das reações adversas provenientes do uso inapropriado dos mesmos.

1.3 Segurança na utilização da medicação

A segurança dos doentes constitui-se como um desafio, sendo a prioridade da estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020 (DGS, 2015a), através da implementação do Plano Nacional de Segurança do Doente (DGS, 2015b).

A diminuição da prevalência de incidentes implica a implementação de medidas preventivas a nível estrutural e processual, prevendo mutações organizacionais e comportamentais cujos resultados se ambicionam a nível dos resultados alcançados (DGS, 2015b). Torna-se pertinente abordar a cultura de segurança do utente antes de abordar as medidas de segurança do medicamento.

Segurança do doente pode ser definida como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Como “mínimo aceitável” entende-se a noção coletiva face ao conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo (DGS, 2011).

A segurança do doente é um tema de âmbito global. Pode haver diferentes abordagens dependendo da localização geográfica e diferentes realidades de acordo com culturas e disponibilidades económicas, mas a sua pertinência é mundial (OMS, 2012).

A segurança do doente é uma questão importante no que diz respeito à qualidade dos cuidados de saúde, a par de outras como a eficácia, eficiência, acesso, equidade, adequação, oportunidade, aceitabilidade, capacidade de resposta ao doente/centralidade no doente, satisfação, melhoria da saúde e continuidade dos cuidados (Legido-Quigley, 2008). Pressupõe assim “a não exposição de um doente a um dano desnecessário real ou potencial associado à prestação de cuidados de saúde” (Conselho da União Europeia, 2009, p.3).

As organizações de saúde, detentoras de elevada complexidade devido às numerosas relações de interdependência que lhe são inerentes, estão mais sujeitas à falibilidade (Fragata, 2011).

Pode então afirmar-se que “a prestação de cuidados de saúde é uma atividade de risco. Risco para os doentes, para os profissionais e para todos os *players* envolvidos, encontrando-se entre as mais perigosas.” (Fragata, 2011, p.15).

Em Portugal, o despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015, aprova o plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020 que apresenta como quarto objetivo estratégico aumentar a segurança na utilização da medicação e defende uma melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes que se devem identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear (DGS, 2015b).

A medicação é a intervenção mais frequente nos sistemas de saúde a nível mundial (EDQM, 2012). A segurança do medicamento nos aspetos gerais da qualidade e sua segurança na utilização é elemento fundamental da segurança do doente (Rigueiro, 2015).

A DGS (2015b) refere que segurança na medicação corresponde a todas as atividades para evitar, prevenir ou corrigir incidentes que podem resultar do uso de medicamentos.

O sistema de utilização dos medicamentos é uma combinação de processos interdependentes centrados no doente que partilham o objetivo comum de se obter uma terapêutica medicamentosa segura, efetiva, apropriada e eficiente. Este processo envolve: a seleção e aquisição, a prescrição, a transcrição/validação, a preparação/dispensa, a administração e a monitorização da medicação (Rigueiro, 2015). A DGS (2015b) define este sistema de utilização de medicamentos como processo de gestão da medicação. Referindo que visa a prestação integrada de cuidados de saúde ao utente promovendo o uso racional e seguro da medicação. Tem início na seleção, aquisição e armazenamento do medicamento, preparação, administração e monitorização.

A mesma entidade defende ainda que a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde deve assentar em princípios fundamentais: requer a identificação das

ações preventivas que já existem, a avaliação das medidas tomadas e a tomada de medidas reativas e corretoras após a ocorrência de incidentes.

Se por um lado as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla-validação de procedimentos, ao reforço da atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação e à monitorização da terapêutica, por outro, os cidadãos devem ser ativamente envolvidos na utilização da medicação (DGS, 2015b).

De entre os problemas descritos na literatura do sistema de utilização dos medicamentos destacam-se: as falhas de comunicação entre os profissionais e o facto de não estarem familiarizados com toda a medicação. Estes fatores podem gerar falhas no sistema com implicações para o doente (OMS, 2012).

A gestão da medicação dos idosos é particularmente importante pois esta população é vulnerável aos efeitos adversos da medicação. Os problemas comuns na gestão da medicação incluem: armazenamento inseguro, armazenamento sem controlo de temperatura; erros na troca do residente a quem é administrada a medicação; fracos registos acerca da medicação; manuseio da medicação por pessoal não treinado (Nazarko, 2007).

A gestão da medicação é uma componente importante no que concerne aos cuidados prestados aos idosos institucionalizados, podendo ocupar 40 a 50% do tempo do pessoal afeto às instituições (NICE, 2015).

1.4 O centro de dia como resposta social para as pessoas idosas

O envelhecimento populacional tem vindo a desencadear transformações também no que diz respeito aos serviços e aos cuidados à população idosa. Deste modo, foi necessário criar respostas sociais com o objetivo de proporcionar apoio e resposta às necessidades físicas e psicológicas dos mais idosos, bem como prestar auxílio às famílias visto que as mesmas por vezes não têm capacidade para responder às necessidades que lhes são impostas (Guedes, 2014).

As políticas sociais de apoio às pessoas idosas começaram a figurar após o 25 de abril de 1974, com a emergência de um sistema de segurança social, sistema esse que se foi evoluindo e adaptando às necessidades políticas, sociais e económicas (Guedes, 2014).

Para além do sistema de pensões de reformas e das medidas de carácter pensionário, de acordo com documentos publicados pelo instituto da segurança social (2006) existem sete tipos de respostas de apoio social para idosos que têm como objetivos: a promoção de

autonomia, integração social e saúde. São elas: serviço de apoio domiciliário; centro de convívio; centro de dia; centro de noite; acolhimento familiar; estruturas residenciais e centro de férias e lazer.

O acesso a estas respostas sociais depende da sua existência na zona de residência e também disponibilidade/capacidade de acolhimento, sendo que o pagamento é calculado de acordo com os rendimentos pessoais ou familiares (Instituto da Segurança Social, 2006).

As instituições particulares de segurança social (IPSS) são instituições sem fins lucrativos constituídas por iniciativa de particulares, com a finalidade de dar ênfase ao dever moral da solidariedade e de justiça entre os indivíduos, não sendo administrada pelo estado nem por um corpo autárquico (Instituto da Segurança Social, 2014a).

Os centros de dia disponibilizados pelas IPSS surgem na década de 70, tendo por base três principais princípios: baixos custos financeiros; combate à solidão e isolamento e por fim preservar o idoso na sua casa (Guedes, 2014).

O centro de dia presta um conjunto de serviços que pretendem satisfazer as necessidades básicas das pessoas idosas durante o dia. De acordo com o referido no manual de processos-chave destes centros (Instituto da Segurança Social, 2014b) os principais objetivos do centro de dia são: garantir os cuidados e serviços adequados aos problemas e necessidades das pessoas; promover a autonomia atenuando a dependência de forma a retardar o processo de institucionalização; permitir que a pessoa permaneça o maior tempo possível no seu meio habitual de vida; promoção de relações pessoais, sociais e intergeracionais; desenvolvimento de estratégias que promovam o aumento de autoestima, autonomia e da independência pessoa e social.

Segundo Benet (2003), o centro de dia é uma resposta social de acolhimento diurno que apoia as pessoas de modo a realizarem as suas atividades de vida diárias, alcançando os seus próprios objetivos. Assim, as necessidades individuais e familiares das pessoas idosas são tidas em consideração sendo a pessoa idosa vista de uma forma global sempre integrada no seu ambiente (Benet, 2003).

Trinidad (1996) apresenta as razões familiares, sociais, de isolamento e de reabilitação física e psíquica como as principais que levam à procura de um centro de dia.

Benet (2003), no estudo realizado apresentou os principais fatores para a integração num centro de dia. A saúde é um deles, uma vez que os centros de dia asseguram a administração medicamentosa, acompanhamento e vigilância do estado de saúde das pessoas idosas. No manual do centro de dia, publicado pela segurança social (2014b), a assistência medicamentosa é prestada de acordo com o estabelecido no plano individual de cada cliente,

referindo ainda que o centro de dia deve definir o responsável pela gestão, controlo e assistência medicamentosa, mencionando que os colaboradores do centro de dia devem planificar o apoio na assistência medicamentosa em função da maior ou menor autonomia do cliente.

Questões emocionais são também apresentadas como fator para integração neste tipo de resposta social, uma vez que uma boa parte das pessoas idosas vivem sozinhas e, por vezes, não têm uma boa rede relacional de forma a combater o isolamento. As motivações familiares também são apresentadas, uma vez que as famílias não têm capacidade para cuidar das pessoas idosas devido à vida profissional e também à sobrecarga que o cuidado informal acarreta. Por fim, as questões económicas também são referidas, visto que os cuidados básicos são prestados na grande parte das vezes a baixo custo monetário (Benet, 2003).

De um modo geral, os centros de dia são instituições que funcionam durante o dia e que prestam vários serviços (sociais, culturais, recreativos, educativos, etc.) proporcionando bem-estar físico e psicológico aos idosos, bem como um modo de vida mais digno (Castiello, 1996).

1.4.1 Prestadores de cuidados

O *International Council of Nurses* (ICN) na classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPPE) (OE, 2015a, p.42) descreve cuidador como “aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente”.

A dependência no autocuidado coloca-se como um desafio em saúde transversal às políticas de saúde e económicas, entre outras. Dos enfermeiros, espera-se que providenciem respostas de apoio à pessoa dependente e sua família de forma a adaptarem-se ao desafio da dependência no autocuidado no domicílio. (Araújo, 2010; Costa, 2013; Firmino, 2016; Stanhope e Lancaster, 2011).

Distinguindo o tipo de cuidados prestados, podemos considerar que o cuidado informal é a prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte da família, amigos, vizinhos, não remunerados (Melo, 2014). Os cuidados formais compreendem uma multiplicidade de instituições e profissionais, uns remunerados e outros voluntários.

Os cuidadores formais são definidos por Sousa (2011) como profissionais contratados, com carácter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou instituição, tendo que haver uma preparação específica para este papel, estando integrados numa atividade

profissional, que inclui tarefas inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com competências próprias.

Em Portugal, existe uma diversidade de designações para os cuidadores formais, designadamente ajudantes de lar e centro de dia, auxiliares de apoio a idosos, ajudantes de ocupação, entre outros (Sousa, 2011). Contudo, em comum a qualquer uma delas, está uma realidade profissional que define estes cuidadores formais como auxiliares de apoio a pessoas idosas que, na sua maioria, não possuem qualificações profissionais no campo específico em que trabalham e que são supervisionados por um técnico, encarregado ou trabalhador profissional devidamente qualificado (OMS, 2004).

As ajudantes de ação direta que celebram contrato com as IPSS, efetivam a prestação de cuidado formal à pessoa dependente. As IPSS, a maioria das quais ligadas direta ou indiretamente à igreja católica, pelo que não têm fins lucrativos e são designadas de terceiro sector, integram as organizações que, não sendo Estado, produzem bens e serviços com interesse público e que apesar de serem privadas, não têm como objetivo principal a obtenção de lucro. A organização destes serviços, a sua distribuição geográfica, o custo e rotatividade dos funcionários são alguns dos aspetos a serem melhorados (CEPCEP, 2012).

A complexidade de tarefas e funções executadas pelas AAD, bem como as habilitações exigidas, conduziram à necessidade de enquadramento legal (Carvalho, 2012). O Decreto-Lei nº 414/99 de 15 de outubro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social definiu a atividade de trabalho das AAD. Segundo esta legislação, o conteúdo funcional desta atividade ocupacional pressupõe: a limpeza e arrumação das instalações, a prestação de cuidados de higiene e conforto aos utentes, o fornecimento de alimentos, o serviço de refeição em refeitório, o transporte de cadáveres, o tratamento de roupas, a condução de veículos da instituição, o fornecimento da medicação previamente prescrita, acompanhamento de pessoas idosas em deslocações e outras tarefas não especificadas.

Num contexto no qual é previsível a procura cada vez maior de serviços, verifica-se um quadro de instabilidade no trabalho das AAD, associada a um decréscimo numérico (relativamente ao crescimento do número de pessoas idosas) e uma grande rotatividade desta força de trabalho, maioritariamente constituída por mulheres com idades entre os 25 e 50 anos (Sousa, 2011).

Segundo o Decreto-Lei nº 414/99, o ingresso na carreira de ajudante de ação direta exige a escolaridade mínima (9º ano) ou equivalente e com aprovação em estágio. Contudo, é de referir que é permitido o acesso na respetiva atividade de trabalho, independentemente

da posse das habilitações legalmente exigidas, ao pessoal que já está integrado na respetiva carreira (Carvalho, 2009).

De acordo com Pimentel (2001) de forma geral, estes funcionários possuem baixa escolaridade, baixa remuneração e desempenham tarefas sem qualquer formação específica, para além de ser uma atividade socialmente desvalorizada (Sousa, 2011).

Nas instituições no que concerne aos serviços destinados à população idosa, os cuidadores formais cuidam das pessoas segundo as regras estabelecidas e as linhas orientadoras específicas das instituições. Normalmente, os principais objetivos são zelar pelo bem-estar biopsicossocial da pessoa idosa, prestando serviços de saúde, cuidados básicos, de educação, de animação, de lazer e sociais (Fernandes, 2010).

O cuidador deve identificar as necessidades físicas e psíquicas da pessoa idosa e avaliar as suas potencialidades. O ato de envelhecer, não implica necessariamente, uma cisão com os hábitos de vida nem uma mudança profunda ao nível das necessidades, para prestar o cuidado individualizado e estimulador para que a pessoas idosa seja autónoma na realização das suas atividades básicas e instrumentais de vida (Pimentel, 2001).

1.5 Enfermagem comunitária como suporte do centro de dia

Em Portugal, nos últimos anos devido a alterações a nível da estrutura, composição e dimensão das famílias portuguesas como: o aumento das famílias unipessoais, nomeadamente das pessoas idosas a viverem sozinhas 20%, da população (INE, 2012), o aparecimento de novas formas de conjugalidade, levam a sociedade a adquirir uma participação mais significativa (Araújo, 2010; CEPCEP, 2012; Firmino, 2016).

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 contempla o programa nacional para a saúde das pessoas idosas (DGS, 2006) que visa a manutenção da independência, da autonomia da qualidade de vida e a recuperação global da pessoa no seu ambiente natural.

É necessária uma visão multidisciplinar e multisectorial de atuação integrada, procurando complementar as ações desenvolvidas pelos diversos sectores, nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, cuja ação influencia a melhoria da saúde e do bem-estar das pessoas idosas, “envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui, assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países” (DGS, 2006, p. 3)

Com a elevada procura dos serviços de saúde por parte das pessoas idosas, prevê-se um acréscimo elevado dos gastos. Se efetivarmos melhorias a nível da prevenção, na adequação às necessidades identificadas e se provermos melhores cuidados de saúde às pessoas idosas esta procura pode ser modificada (Costa, 2013). Este facto, representa um grande desafio e responsabilidade para os serviços de saúde na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária.

No código deontológico dos enfermeiros, a responsabilidade do enfermeiro para com a comunidade deverá ser na área da promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem das pessoas. Assim, é fundamental que essas necessidades sejam identificadas utilizando-se os instrumentos corretos. Também de realçar é a importante referência no que diz respeito à colaboração com outros profissionais em programas que correspondam às necessidades efetivas da comunidade. Os profissionais de saúde deverão em equipa alargar o quadro tradicional de abordagem dos problemas de saúde, incluindo nessa abordagem vários fatores que podem influenciar a saúde, quer sejam psicológicos, sociais, económicos ou ambientais (OE, 2015b).

O documento produzido na 1ª conferência internacional sobre os cuidados de saúde primários, a Declaração de Alma-Ata, dá enfoque aos cuidados de saúde primários como sendo a chave na obtenção da “saúde para todos” (OMS, 1978). Esta importância deve-se ao facto de os mesmos serem prestados de forma continuada e com proximidade para com a comunidade, transmitindo assim segurança à população.

A promoção da saúde compreende o processo que visa aumentar e capacitar os indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo deve estar apto a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio ambiente (Carta de Ottawa, 1986). Deste modo a promoção da saúde refere-se a um conjunto de estratégias que envolvem ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de competências pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersectoriais, implicando uma responsabilização conjunta (Carta de Ottawa, 1986).

Stanhope e Lancaster (2011) definem parceiro ou relação de parceria como uma relação entre indivíduos, grupos ou organizações em que ambos trabalham para um objetivo comum. Pode ser visto como sinónimo de aliança, em que ambas as partes estão focadas, em

conjunto, envolvidas em todas as fases do processo, como a implementação de um programa específico. As parcerias geralmente envolvem partilha de poder.

O regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública (EEECSP) esclarece as áreas de competências do enfermeiro: com base na metodologia do planeamento em saúde, avalia o estado de saúde de uma comunidade; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (OE, 2018).

Deste modo, o enfermeiro ao fazer uso de estratégias como formar e educar conduz ao “*empowerment*” dos indivíduos, grupos e comunidades, capacitando-os para uma análise crítica dos fatores determinantes da saúde, assim como escolhas fundamentadas de comportamentos saudáveis.

Pelo disposto no artigo 31º do Decreto-Lei n.º 64/2007, os centros de dia ficam sujeitos à avaliação do seu funcionamento pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social, designadamente como referido na alínea b) “avaliar a qualidade e verificar a regularidade dos serviços prestados aos utentes, nomeadamente, no que se refere a condições de instalação e alojamento, adequação do equipamento, alimentação e condições higio-sanitárias” (p. 1611). No entanto, não existe referência alguma à avaliação em relação à satisfação dos utentes e aos cuidados diretos prestados ou à sua segurança.

De acordo com o instituto da segurança social (2014b) no que diz respeito às regras relativas à assistência medicamentosa, “deve ser do conhecimento do cliente, dos colaboradores ou outros intervenientes diretos nesta função, a indicação terapêutica, bem como o modo de atuação em situações de emergência relativas aos efeitos secundários da administração dos medicamentos” (p. 61). De acordo com o mesmo instituto, em relação às instruções de trabalho relativas à assistência medicamentosa, “todos os intervenientes na assistência medicamentosa devem possuir um conjunto de informações base sobre a indicação terapêutica dos clientes” (p. 62). Sendo que a saúde é um dos principais fatores que leva à integração nesta resposta social (Benet, 2003), uma vez que os centros de dia asseguram a administração medicamentosa, acompanhamento e vigilância do estado de saúde das pessoas idosas. É de salientar que segundo a legislação, estes centros de dia, não apresentam a obrigatoriedade em integrar profissionais de saúde na sua equipa de recursos humanos.

No caso concreto das AAD, tendo em conta a realidade do contexto português, em que se verifica um défice de formação adequado às exigências das funções que desempenham e podendo ter repercussões na qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas, identifica-se então um campo de intervenção ao enfermeiro, nomeadamente ao especialista de enfermagem comunitária. Este detém um maior conhecimento das necessidades da população, para capacitar este tipo de cuidadores no sentido de não só contribuir para o aumento da literacia em saúde das AAD, no processo da gestão da medicação, como também para a segurança dos utentes que frequentam os centros de dia.

1.6 Teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem

A teoria do défice de autocuidado de Orem assume que a enfermagem é:

A resposta de grupos humanos a um recorrente tipo de incapacidade para a ação ao qual os seres humanos estão submetidos, nomeadamente, a incapacidade para cuidar de si mesmo quando a ação é limitada por causa do estado de saúde ou das necessidades de saúde do seu cuidado (Orem, 2001, p.73).

Os enfermeiros são pessoas que possuem um conjunto de qualidades que os habilita para o exercício da identificação das necessidades terapêuticas de autocuidado dos outros, ajudando-os a regular o seu exercício, ou a desenvolver a sua agência de autocuidado (Orem, 2001).

O processo de enfermagem tem início com o reconhecimento de que;

Os seres humanos, sobre uma série de determinadas condições, não podem providenciar cuidado contínuo a eles próprios e não podem controlar os fatores internos ou ambientais que conduzem à prevenção da patologia e manutenção, promoção ou retoma da integridade humana e bem-estar (Orem, 2001, p.32).

Assim, a intervenção de enfermagem justifica-se uma vez que são avaliados e desenvolvidos: a presença e dimensão do défice de autocuidado, a possibilidade de transformar efetivamente a agência de autocuidado relacionada com as necessidades terapêuticas de autocuidado, os métodos efetivos para encontrarem ações específicas que as necessidades terapêuticas de autocuidado exigem (Orem, 2001).

As múltiplas necessidades terapêuticas de autocuidado que a doença crónica provoca e a necessária satisfação dos requisitos de autocuidado subjacentes, condicionam o desenvolvimento do processo de gestão da doença crónica por parte do idoso.

A gestão da doença crónica tem sido definida como a habilidade individual em gerir sintomas, tratamento, consequências físicas e psicossociais e alterações no estilo de vida inerentes à vivência com uma condição crónica (Hicks, 2010). Devido aos fatores de risco relacionados com o processo de envelhecimento (OMS, 2002), as pessoas idosas, encontram-se frequentemente num “estado de inabilidade por causa de efeitos limitativos de atividade dos seus estados de saúde ou por causa da natureza e complexidade dos seus requisitos de cuidados diários” (Orem, 2001, p.4).

Orem (2001) descreve esta necessidade, através da definição de um conjunto de medidas de autocuidado requeridas, em momentos no tempo e por um determinado tempo de duração que a pessoa idosa necessita de desenvolver para ir de encontro às exigências sentidas – necessidades terapêuticas de autocuidado. Para satisfazer estas necessidades, são desenvolvidas ações – os requisitos de autocuidado – que permitem a regulação dos fatores que afetam o funcionamento e o desenvolvimento humano.

Os requisitos de autocuidado são condições necessárias para:

(1) Suportar os processos de vida, (2) manter a estrutura e o funcionamento humano em homeostase, (3) suportar o desenvolvimento de acordo com o potencial humano, (4) prevenir o dano ou a patologia, (5) contribuir para a regulação ou controlo dos efeitos do dano ou da patologia, (6) contribuir para a cura ou regulação dos processos patogénicos, e (7) promover o bem-estar geral (Orem, 2001, p. 254).

A aquisição de estratégias de desenvolvimento de autocuidado permite o desenvolvimento e complexificação da agência de autocuidado, que Orem define como:

A capacidade complexa desenvolvida que permite aos adultos discernirem os fatores que precisam de ser controlados ou geridos para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, para decidir o que podem e devem fazer em relação à regulação, de forma a eliminar os componentes das suas necessidades terapêuticas de autocuidado, e finalmente para melhorar as medidas de cuidados necessárias para conhecerem os seus requisitos de autocuidado (Orem, 2001, p.265).

É tendo em conta este paradigma de cuidar que a enfermagem tem o seu foco de atenção nas pessoas com inabilidade para continuar a prover a quantidade e a qualidade de autocuidado que é regulatório do seu funcionamento e desenvolvimento (Orem, 2001). Desta forma, através dum juízo clínico de enfermagem, as pessoas com limitações identificadas na

ação podem ser ajudadas a desenvolver as capacidades necessárias para gerir o autocuidado (Orem, 2001).

A mesma autora também define uma tipologia de três sistemas de enfermagem – sistema de enfermagem totalmente compensatório, sistema de enfermagem parcialmente compensatório e o sistema de enfermagem de apoio e educação – cuja característica diferenciadora está na pessoa que desenvolve as operações de autocuidado.

Independentemente do sistema de enfermagem necessário para o desenvolvimento de competências na agência de autocuidado da pessoa, as intervenções de enfermagem, na comunidade, demonstram o distinto e único papel que o enfermeiro comunitário desempenha na deteção do risco para a ajuda na autogestão do regime terapêutico dos idosos. Nesta vertente comunitária, Orem (2001) refere que as pessoas podem constituir, em grupo, uma unidade multi-pessoa, uma vez que várias pessoas numa comunidade podem apresentar um tipo similar de requisitos de autocuidado.

No caso do processo de gestão da medicação, existe um conjunto de requisitos e de necessidades terapêuticas de autocuidado comuns a várias pessoas. Esta avaliação permitirá identificar prováveis necessidades de saúde deste grupo, desta unidade multi-pessoa, para que após identificação das necessidades, seja possível definir as intervenções grupais e individuais.

2. METODOLOGIA

Tendo em conta o foco de intervenção descrito, o quadro conceitual de enfermagem exposto por Orem (2001) e a metodologia de planeamento em saúde (Imperatori e Giraldes, 1993), procede-se neste capítulo à descrição das etapas metodológicas realizadas.

O planeamento em saúde foi aplicado, em conformidade com o estabelecido pela ordem dos enfermeiros para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária: área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

As orientações metodológicas adotadas foram as de Imperatori e Giraldes (1993) que definem o planeamento em saúde como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos.

Para Nunes (2016) o planeamento em saúde traduz uma atitude de recusa da situação atual, amplamente conhecida, e o desejo de conseguir uma situação diferente onde os atributos como a eficácia, a eficiência, a qualidade, a equidade sejam mais fortemente percecionadas pela sociedade em geral, ou por uma comunidade em particular. É um processo dinâmico na arte de decidir sobre o que fazer no presente para se conseguir chegar ao futuro desejado.

A enfermagem, com capacidades desenvolvidas através da formação especializada, é detentora de um conjunto de qualidades – agência de enfermagem. As etapas do processo de enfermagem descritas por Orem são: identificação das necessidades terapêuticas de autocuidado da pessoa, a avaliação das características do sistema de autocuidado do indivíduo, a definição da metodologia a seguir para a gestão do sistema de autocuidado da pessoa e desempenho e avaliação do sistema de assistência que auxilia o desenvolvimento da agência de autocuidado da pessoa (Orem, 2001), são correspondentes com as etapas utilizadas na metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

Quadro 1. Relação entre as etapas do processo de enfermagem de Orem e da metodologia do Planeamento em Saúde

Etapas do processo de enfermagem de D. Orem (2001)	Etapas da metodologia de planeamento em saúde (Imperatori e Giraldes, 1993)
Identificação das necessidades terapêuticas de autocuidado	Diagnóstico de situação
Avaliação das características do sistema de autocuidado	
Definição da metodologia a seguir para a gestão do sistema de autocuidado	Definição de prioridades Fixação de objetivos Seleção de estratégias Elaboração de programas e projetos
Desempenho e avaliação do sistema de assistência que auxilia o desenvolvimento da agência de autocuidado	Preparação da execução Avaliação

2.1 Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação correspondeu às necessidades do grupo populacional e é um juízo, fundamentado em evidência que esteve em atualização contínua num processo em espiral (Imperatori e Giraldes, 1993).

Segundo Pineault (2016) a necessidade corresponde ao que deve ser feito para que a situação julgada como problemática (estado de saúde atual) venha a corresponder à situação desejada (estado de saúde almejado).

A identificação do défice de autocuidado e as intervenções a realizar pelo enfermeiro, através da sua agência de enfermagem, permitirá melhorar o autocuidado perante a gestão do regime terapêutico medicamentoso.

2.1.1 Contexto do local de intervenção

O estágio foi desenvolvido numa unidade de cuidados na comunidade (UCC) do agrupamento de centros de saúde (ACES) da Amadora que apresenta uma área de influência sobreponível ao concelho da Amadora. Esta zona divide-se em 6 freguesias: Mina de Água, Encosta do Sol, Falagueira-Venda Nova, Venteira, Águas Livres e Alfragide.

A área de abrangência inclui, segundo o Censos de 2011, um total de 175.136 habitantes, distribuídos por uma área de 23,8 Km², perfazendo uma densidade populacional de 7363 habitantes/ Km². Assim, a Amadora é o concelho do país com maior densidade populacional.

Tal como na região onde se insere, na pirâmide etária da Amadora é bem patente o fenómeno de duplo envelhecimento – verifica-se uma redução da população na base e um aumento no topo. Em 2011, 18,7% da população da Amadora tinha 65 ou mais anos. Os índices demográficos (dependência de jovens, idosos e de envelhecimento) são também semelhantes ao nível regional e nacional (Leite, 2014).

Num total de 202.834 utentes inscritos e 151.740 frequentadores (dados correspondentes ao ano de 2013). Segundo o plano de desempenho do ACES para 2013, 24% dos utentes inscritos não dispunham de médico de família atribuído, podendo esta situação constituir uma barreira de acesso aos cuidados primários de saúde (Leite, 2014).

O ACES apresenta uma carteira de serviços na qual estão incluídos alguns projetos: projetos de intervenção do programa de cuidados continuados e rede nacional de cuidados continuados integrados, programa nacional de saúde escolar e programa de saúde reprodutiva e sexual.

A UCC é formada por uma equipa multidisciplinar composta por 23 enfermeiros, 1 psicólogo, 1 técnica de serviço social, 1 terapeuta ocupacional, 1 administrativa e 2 motoristas. Nesta unidade de saúde de acordo com o enquadramento legal, o enfermeiro presta cuidados independentes e interdependentes, logo desfruta de grande autonomia. A sua atuação é dirigida a todos os indivíduos ao longo do ciclo vital. Presta cuidados centrados na família, com vista a sua capacitação, tendo por base a sua independência e direitos/valores (Ferreira, 2014).

O diagnóstico de situação de saúde foi realizado em vários momentos do processo. Da reunião formal com a equipa de enfermagem da unidade, foi revelada a necessidade sentida em se intervir em relação ao processo de gestão da medicação, num centro de dia, da área de abrangência da UCC. Posteriormente, foi realizada uma reunião formal com a diretora do Centro Social e Paroquial onde foi percebido que as AAD necessitavam de uma intervenção no sentido de aumentar a sua literacia e empoderá-las em relação a esta temática.

2.1.2 Técnicas e procedimentos utilizados para a Identificação dos Problemas /Necessidades de Saúde

A utilização da entrevista é especialmente adequada, não só para analisar os sentidos que os atores dão às suas práticas, às leituras que fazem das suas próprias experiências, bem como para a reconstituição de acontecimentos do passado. As principais vantagens deste método prendem-se com a profundidade dos elementos de análise recolhidos e com a

flexibilidade que permitem respeitar (Quivy e Campenhoudt, 1995). Fomenta a proximidade com o participante e a possibilidade de obter informação mais detalhada sobre o tema.

Optou-se pela entrevista semiestruturada, uma vez que as perguntas-guia se podem reformular ou alternar de modo a permitir um decurso mais natural do discurso do entrevistado. O entrevistado é levado, com frequência pela primeira vez, a refletir sobre o assunto em análise, pelo que a comunicação resultante da entrevista é um processo de elaboração de um pensamento e não apenas de um dado (Quivy e Campenhoudt, 1995).

Foram construídos os guiões da entrevista (apêndice I e II), um para a diretora do centro, outro para as AAD.

No quadro 2 são expostos os objetivos definidos para a realização destas entrevistas.

Quadro 2. Objetivos definidos para a realização das entrevistas

	AAD	Diretora do Centro
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a frequência em formação sobre a temática • Identificar as necessidades/dificuldades sentidas no processo de gestão da medicação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o circuito da medicação na instituição • Conhecer a dinâmica do processo de gestão da medicação na instituição (armazenamento, preparação, registos).

Aquando da realização da entrevista, foi obtido o consentimento informado escrito, após ter sido explicada a natureza do projeto de intervenção comunitária e de se terem esclarecido todas as dúvidas existentes.

Tendo em conta o referencial teórico que sustenta o projeto, o quadro 3 expõe a relação entre o instrumento de recolha de dados e o requisito de autocuidado avaliado.

Quadro 3. Relação entre o instrumento de colheita de dados e o requisito de autocuidado avaliado

Instrumento de colheita de dados para identificação das necessidades das AAD	Requisito de autocuidado avaliado
Caraterísticas sociodemográficas	Requisitos universais
Formação	Requisitos de desenvolvimento
Dificuldades	Requisitos de desvio de saúde

2.1.3 População alvo

A população alvo do presente projeto são todas as ajudantes de ação direta do centro de dia e diretora do Centro Paroquial e Social.

A opção por este centro deve-se ao fato de ter sido mostrado pela diretora interesse, expressando necessidade de intervenção sobre a temática, por questões de acessibilidade e por se encontrar na área geodemográfica de atuação da equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) que integrei.

Recorremos a uma amostragem não probabilística por conveniência (Reis, 2018) sendo constituída por 5 pessoas, tendo sido definidos os critérios de inclusão: participação livre na resposta ao instrumento de recolha de dados aplicado; aceitar participar no projeto de intervenção comunitária; preparar e/ou administrar terapêutica aos utentes no centro de dia; saber ler e escrever.

2.1.4 Tratamento da informação

Para tratar e analisar a informação recolhida, pelas entrevistas, foi essencial o recurso à análise de conteúdo. Trata-se de medir a frequência, a ordem ou a intensidade de certas palavras, de certas frases ou expressões ou de certos factos e acontecimentos (Fortin, 2009).

A análise de conteúdo possui duas funções, que na prática podem ou não dissociar-se: uma função heurística, ou seja a análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória, aumentando a tendência para a descoberta e uma função de “administração da prova”, ou seja sendo uma análise sistemática, contribui para a verificação no sentido de uma confirmação ou de uma infirmação de hipóteses ou de afirmações previamente estabelecidas (Bardin, 2016). Desenvolveu-se em três momentos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, através da inferência e da interpretação (Bardin, 2016).

O *corpus* da análise foi constituído pelo registo escrito das respostas às questões (apêndice III).

A unidade de registo segundo Bardin (2016) é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequência. A unidade de registo pode ser de natureza e de dimensões muito variáveis.

A mesma autora define unidade de contexto como uma unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões

(superiores às da unidade de registo) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo. Isto pode, por exemplo, ser a frase para a palavra e o parágrafo para o tema.

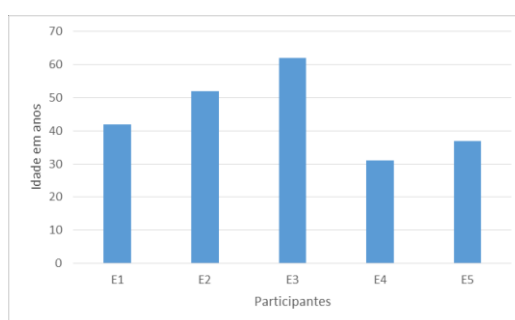
Foi considerada como unidade de registo o tema e unidade de contexto a resposta ao tema.

A caracterização sociodemográfica dos informantes foi submetida a uma análise estatística descritiva, realizada através do programa informático Microsoft Excel 2013.

2.1.5 Apresentação e análise de resultados

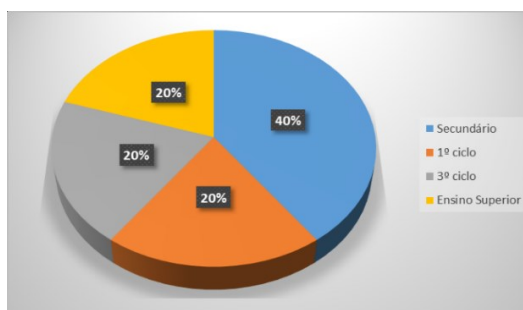
Em relação à caracterização sociodemográfica (gráfico 1), todos os participantes eram do sexo feminino, sendo que a média de idades é de 45 anos, variando entre os 31 e os 62 anos.

Gráfico 1. Idade dos informantes



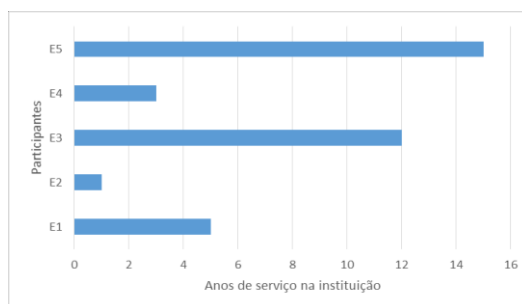
No que concerne às habilitações literárias (gráfico 2), existe um maior número de participantes com o ensino secundário completo.

Gráfico 2. Habilitações literárias dos informantes



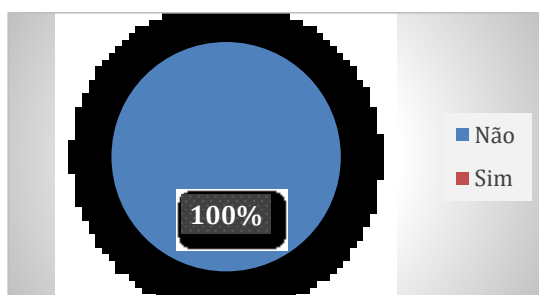
No que diz respeito aos anos de serviço na instituição (gráfico 3), os participantes trabalham em média há 7 anos na instituição.

Gráfico 3. Anos de serviço dos informantes na instituição



Relativamente à frequência em formação sobre a temática (gráfico 4), todos os informantes referiram não terem participado em formação.

Gráfico 4. Frequência em formação dos informantes sobre gestão da medicação



Emergiram três necessidades de intervenção neste grupo de participantes em relação a esta temática: formação sobre gestão do regime terapêutico medicamentoso; segurança do utente relacionada com a gestão e organização da medicação, registos e articulação com a família e método de trabalho individual para a preparação e administração da terapêutica.

2.1.6 Diagnósticos de enfermagem

Orem refere que “o diagnóstico em enfermagem necessita de investigação e acumulação de factos acerca da agência de autocuidado do utente e das suas necessidades terapêuticas de autocuidado e a existente relação entre elas” (Orem, 2001, p.270). Tendo em conta este facto, procedeu-se à identificação dos requisitos de autocuidado não satisfeitos ou insatisfatoriamente satisfeitos deste grupo, a partir da avaliação realizada.

Orem, nos seus pressupostos teóricos, não apresenta uma classificação diagnóstica, pelo que no quadro 4 se encontram descritos os diagnósticos de acordo com o modelo teórico de Orem e os correlativos na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) Versão 2015 (OE, 2015a).

Quadro 4. Enunciados dos diagnósticos de enfermagem

Modelo Teórico de Dorothea Orem		CIPE®, Versão 2015
Requisitos de autocuidado de desenvolvimento	Conhecimento deficiente sobre gestão do regime terapêutico medicamentoso	Nível de conhecimento do cuidador formal sobre regime terapêutico medicamentoso do idoso baixo.
	Conhecimento deficiente relacionado com a tomada de decisão em relação ao regime terapêutico medicamentoso	Processo de tomada de decisão do cuidador formal sobre regime terapêutico medicamentoso do idoso em risco
Requisitos de desvio de saúde	Risco para a segurança do utente relacionado com a não adesão ao regime terapêutico medicamentoso	Segurança do idoso comprometida por não adesão ao regime terapêutico medicamentoso.

2.2 Definição de prioridades

A definição de prioridades é a segunda etapa do planeamento em saúde, sendo relevante para a perceção da importância de cada problema. Apesar de esta etapa ser da exclusiva responsabilidade do planeador, esta é condicionada pela anterior (diagnostico de situação) e determinará a seguinte (fixação de objetivos) (Imperatori e Giraldes, 1993).

As necessidades são por vezes múltiplas, os recursos limitados conduzindo à necessidade de fazer escolhas e estabelecer prioridades (Pineault, 2016).

Segundo Nunes (2016) a hierarquização traduz a gravidade dos problemas de saúde da comunidade, dos mais prementes a que urge a necessidade de dar atenção imediata, até àqueles cuja resolução pode ser relegada, sem que isso constitua prejuízo para a saúde da comunidade.

Para este projeto foi escolhido a comparação por pares, uma vez que o número de problemas encontrados na população é pequeno (Imperatori e Giraldes, 1993).

Foram considerados como critérios para a comparação de diagnósticos a importância dada ao problema pelos peritos, os recursos necessários, o tempo de exequibilidade das atividades e a gravidade do problema face à sua influência, reuniram-se no método de priorização os três diagnósticos de enfermagem.

Quadro 5. Priorização dos diagnósticos de enfermagem

Problemas	Comparação por pares	Valor final	Ordenação final
D1 Conhecimento do cuidador formal sobre regime terapêutico medicamentoso do idoso baixo.	D1 D1 D2 D3	D1 = 2	D1 D3 D2
D2 Processo de tomada de decisão do cuidador formal sobre regime terapêutico medicamentoso do idoso em risco	D2 D2 D1 D3	D2 = 0	
D3 Segurança do idoso comprometida por não adesão ao regime terapêutico medicamentoso.	D3 D3 D1 D2	D3 = 1	

De acordo com o modelo teórico aplicado e mediante a avaliação dos peritos, os diagnósticos de enfermagem considerados prioritários para serem alvo de intervenção são:

- **D1** Conhecimento do cuidador formal sobre regime medicamentoso do idoso baixo;
- **D3** Segurança do idoso comprometida por não adesão ao regime terapêutico.

2.3 Fixação de objetivos e metas

A fixação de objetivos é a terceira etapa preconizada pela Metodologia do Planejamento em Saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

Por objetivo entende-se “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução do problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou impacto” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.45). O objetivo geral refere-se “a uma determinada situação que se pretende atingir” (Tavares, 1990, p.117), sendo que os objetivos específicos detalham aspectos dessa situação, contribuindo para atingir o objetivo geral. Por meta entende-se “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades do serviço, traduzido em termos de indicadores de atividade, mensuráveis a curto prazo” (Tavares, 1990, p.133), devendo surgir como consequência dos objetivos anteriormente definidos.

Por indicador entende-se uma “relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação” (Tavares, 1990, p.120). Referem-se os indicadores de impacto ou resultado, que procuram quantificar os problemas em ordem à consecução de objetivos; e os indicadores de execução, que quantificam as atividades. A constituição de indicadores adiou-se para a fase de elaboração de programas e projetos, na medida em que se previu que a

definição das atividades e dos resultados esperados funcionaram como facilitadores para a seleção de indicadores.

No quadro 6 encontram-se os objetivos elaborados para o projeto de intervenção comunitária.

Quadro 6. Objetivos definidos para o projeto de intervenção comunitária

Objetivo geral	Objetivos específicos
Contribuir para a capacitação das ajudantes de ação direta do centro de dia do Centro Social e Paroquial, relativa ao processo de gestão da medicação das pessoas idosas que o frequentam, entre 9 de setembro e 19 de dezembro de 2019.	Envolver a direção do centro de dia do centro social e paroquial acerca das intervenções inerentes ao processo de gestão da medicação a realizar pelas AAD.
	Otimizar os registos inerentes à preparação e administração da terapêutica medicamentosa entre 9 de setembro e 19 de dezembro de 2019.
	Aumentar o nível de literacia em saúde relativamente ao processo de gestão da medicação das AAD.
	Dar continuidade ao cumprimento do regime terapêutico dos utentes do centro de dia através de estratégias que contribuam para a melhoria da articulação com as famílias entre 9 de setembro e 19 de dezembro de 2019.
	Criar suporte escrito/informático de forma a servir de apoio e ser consultado pelas AAD.
	Avaliar as intervenções adotadas pelas AAD no processo de gestão da medicação dos utentes do centro de dia: 2 semanas e 3 meses após o início do projeto.
	Apresentar o projeto à equipa de enfermagem da UCC Amadora +.

Sendo que, “os requisitos centrais do autocuidado são a aprendizagem e o uso de conhecimento” (Orem, 2001, pp.158-159) e tendo em conta o objetivo geral definido, o sistema de enfermagem relacionado com o défice de autocuidado diagnosticado é o sistema de apoio e educação.

O sistema de enfermagem de apoio e educação, tendo em conta os diagnósticos realizados, permite adequar as intervenções a desenvolver, uma vez que as AAD estão aptas a desempenhar ou podem e devem aprender a desempenhar medidas requeridas externamente ou internamente orientadas para o autocuidado terapêutico, mas não o estão a fazer, sendo necessária assistência da enfermagem (Orem, 2001).

2.4 Seleção de estratégias

As estratégias podem definir-se como “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde.” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.65).

A definição e seleção das estratégias teve em conta a necessidade de abranger:

- As limitações do autocuidado, que são: “restrições no conhecimento, restrições na avaliação e tomada de decisão, e restrições nas atividades que realizam o autocuidado” (Orem, 2001, p.170).
- Têm como objetivo melhorar a adesão dos utentes e promover o desenvolvimento de competências dos profissionais para aumentarem a adesão de quem cuidam (Henriques, 2011).

As estratégias selecionadas proporcionaram o cumprimento do objetivo geral definido para o projeto de intervenção comunitária. No sistema de enfermagem de apoio e educação “pretende-se utilizar técnicas de ajuda que incluem a combinação de suporte, guia, provisão e ensino” (Orem, 2001, p.291), sendo o único sistema onde os requisitos dos utentes estão confinados à “tomada de decisão, controlo de comportamento e aquisição de conhecimentos e estratégias” (Orem, 2001, p.291)

Tendo em conta as características sociodemográficas do grupo de informantes, nomeadamente: o nível de escolaridade; o problema priorizado; os objetivos definidos; o conjunto de ações que Orem designou; definiram-se as seguintes estratégias, com base na CIPE ®, Versão 2015 (OE, 2015a): promover o autocuidado; ensinar sobre medicação; ensinar sobre medidas de segurança; ensinar o cuidador; assegurar a continuidade dos cuidados prestados aos utentes e providenciar material educativo.

Foram ainda definidas duas estratégias de forma a avaliar os indicadores de processo definidos (adesão e satisfação com as atividades): avaliar a adesão (adesão às atividades e adesão dos enfermeiros à sessão informativa); avaliar a resposta ao ensino (satisfação com a sessão de educação para a saúde e conhecimentos adquiridos na mesma) (apêndice IV).

2.5 Programas e Projetos

A definição de programas e/ou projetos corresponde à “atividade que decorre num período de tempo bem delimitado que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.86).

Este projeto aborda as intervenções a realizar durante o processo de gestão da medicação e as suas implicações na dinâmica de trabalho das AAD e instituição, contribuindo para um aumento da segurança do utente, continuidade de cuidados através da implementação de registos e otimização da comunicação com as famílias dos utentes.

Foi realizada uma revisão da literatura – *Scoping Review* conforme o protocolo de *Joanna Briggs Institute* por forma a sustentar o projeto, identificando os problemas mais comuns no processo de gestão da medicação e as intervenções de enfermagem necessárias.

Partimos da seguinte questão: Quais as intervenções de enfermagem na capacitação do cuidador na gestão do regime terapêutico medicamentoso?

O objetivo definido foi identificar as intervenções de enfermagem na capacitação do cuidador sobre gestão do regime terapêutico medicamentoso. Os artigos incluídos nesta revisão apresentam em comum várias intervenções de enfermagem que podem ser utilizadas na capacitação do cuidador no processo de gestão da medicação (apêndice V).

Verificou-se que as intervenções de enfermagem mais comuns em todos os artigos incidem maioritariamente numa intervenção que recaia no aumento da literacia em saúde e na segurança relacionada com o processo de gestão da medicação (Ezzel, 2017; Husebo, 2015; Lang, 2015; Rudnitzki, 2015; Schaeffer, 2012; Schumacher, 2015; Spoelstra, 2015).

Orem (2001) manifesta a necessidade de educação em saúde na teoria do défice de autocuidado, mas é sedimentada no sistema apoio-educação da teoria de sistemas. Neste sentido, o planeamento das intervenções de enfermagem devem estar vinculadas ao suporte educacional, para que o cuidador atinja a proficiência para cuidar de maneira eficiente.

Consolidando a estratégia referida, na Conferência de Alma-Ata em que ficou determinado que é um direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planeamento e na execução de seus cuidados de saúde (OMS, 1978). No seu seguimento a carta de Ottawa (1986) determinou que é fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades, dando ênfase ao envolvimento da comunidade como um tema central no discurso da promoção da saúde. Já na Declaração de Jacarta é reforçada a importância de colocar as pessoas no centro do processo de tomada de decisão para a promoção da sua saúde (OMS, 1997).

Segundo a DGS (2015c), o indivíduo deve ser capacitado para assumir responsabilidade de pugnar pela defesa da sua saúde individual e coletiva. Para tal, tem que estar informado e compreender a informação assimilada, para assim poder alterar os seus comportamentos menos saudáveis e, quando for o caso, na gestão da sua doença. Apenas

assim o indivíduo poderá estar capacitado para participar nas decisões que lhe dizem respeito, contribuindo para a gestão da sua saúde a nível individual e coletivo. Neste âmbito, aquando da revisão e extensão do plano nacional de saúde a 2020 foi proposto uma cultura de cidadania que visa a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende, sendo necessário desenvolver competências nos profissionais de saúde que permitam desenvolver ações de cidadania em saúde (DGS; 2015c).

O governo português criou o programa nacional para a saúde, literacia e autocuidados (DGS, 2019), que propõe: contribuir para a melhoria da educação para a saúde, literacia e autocuidados da população, promovendo a cidadania em saúde, tornando as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde, à saúde dos que deles dependem e à da sua comunidade.

O plano nacional para a segurança dos doentes constitui-se como um instrumento de apoio na aplicação de boas práticas de segurança. Este plano visa melhorar a prestação de cuidados de saúde em todos os níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade. A segurança é considerada um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde, permitindo aferir a confiança dos cidadãos no sistema de saúde. (DGS, 2015b). Capacitar o cuidador formal para uma gestão terapêutica eficaz traduz-se inevitavelmente em ganhos em saúde, assim com base nas premissas referidas foi elaborado o projeto Cumprir a Medicação + (imagem 2).

Imagem 2. Logotipo do projeto de intervenção comunitária



2.6 Preparação da execução

Nesta fase especificam-se as atividades que fazem parte do projeto, definem-se pormenorizadamente os resultados a obter, a forma como se vão executar, as atividades e as necessidades de recursos. Esta especificação não é rigorosa no tempo e é passível de modificações sempre que se verificar algum atraso (Imperatori e Giraldes, 1993).

De acordo com os objetivos formulados e estratégias definidas, definiram-se atividades dirigidas às AAD do centro de dia (quadro 6), que foram validadas com

informadores privilegiados (a equipa de enfermagem, a enfermeira orientadora e orientadora científica) como recomenda Imperatori e Giraldes (1993) e a revisão de conteúdos do manual orientador, por uma mestre em ciências farmacêuticas.

Nesta etapa teve-se em conta as especificidades da população-alvo, nomeadamente, algumas variáveis sociodemográficas, como a idade e escolaridade, tendo-se optado por uma linguagem acessível e de fácil compreensão a todos.

Este projeto de intervenção comunitária tem como população alvo as AAD do centro de dia, no entanto a execução das intervenções, no âmbito do processo de gestão da medicação, depende da direção do centro de dia, uma vez que implicam alterações na dinâmica de trabalho e autorização para implementar as folhas de registo da medicação.

Assim sendo, numa primeira fase foi realizada uma intervenção junto da direção do centro de dia no sentido de: apresentar os resultados das entrevistas; esclarecer conceitos em relação ao processo de gestão da medicação; demonstrar a importância da otimização deste processo naquela instituição, traduzindo-se numa melhoria contínua da qualidade aplicada à segurança dos doentes; demonstrar a relevância que assume a implementação dos registos no que diz respeito à administração da medicação quer para a continuidade dos cuidados prestados aos utentes, quer para a segurança dos utentes, bem como no sistema de gestão de qualidade da própria instituição.

Posteriormente, numa segunda fase e após demonstração de interesse e disponibilidade em continuar com o projeto de intervenção comunitária por parte da direção do centro de dia, foi realizada a intervenção comunitária às AAD para contribuir para o aumento da literacia em saúde em relação ao processo de gestão da medicação: apresentar os resultados das entrevistas; indicar intervenções a adotar no processo da gestão terapêutica medicamentosa (nomeadamente no que diz respeito ao armazenamento, preparação e administração e registos); apresentar suporte para o registo da terapêutica; contribuir para a melhoria da articulação com as famílias através do folheto informativo; apresentar suporte escrito para consulta com as intervenções sugeridas e algumas características gerais dos medicamentos, através do manual orientador do processo de gestão da medicação, além dos medicamentos mais prescritos à pessoa idosa de uma forma geral, contém informação relativa a toda a medicação que está a ser administrada no centro de dia em particular.

No quadro 7 são expostas todas as atividades desenvolvidas no projeto de intervenção comunitária.

Quadro 7. Atividades desenvolvidas no projeto de intervenção comunitária

Atividades	Objetivo
Reunião formativa com a direção do Centro Social e Paroquial	<ul style="list-style-type: none">– Apresentar do projeto de intervenção comunitária;– Abordar as intervenções a realizar durante o processo da gestão da medicação e implicações na dinâmica de trabalho das AAD e instituição (apêndice VI).
Elaborar duas folhas de registo de terapêutica para as AAD	<ul style="list-style-type: none">– Contribuir para a otimização do processo de gestão da medicação;– Contribuir para a otimização do registo das administrações da terapêutica (apêndice VII).
Sessão de educação para a saúde às AAD	<ul style="list-style-type: none">– Apresentar as intervenções a adotar no processo de gestão da medicação;– Abordar a importância da cultura de segurança do utente;– Apresentar as folhas de registo da medicação e ensinar como se preenchem (apêndice VIII).
Criar <i>check-list</i>	<ul style="list-style-type: none">– Otimizar a avaliação do projeto (apêndice IX)
<i>Follow-up</i>	<ul style="list-style-type: none">– Realizar <i>follow-up</i> telefónico uma semana após a sessão: identificar dificuldades e esclarecer dúvidas;– Realizar visita à instituição duas semanas após a sessão para aplicação da <i>check – list</i> relativa ao processo dos utentes, preenchimento das folhas de registo terapêutico e processo de administração da medicação e reforçar ensinamentos necessários
Elaborar um folheto informativo	<ul style="list-style-type: none">– Contribuir para a melhoria da articulação com as famílias valorizando a importância do cumprimento do esquema terapêutico, instituído à pessoa idosa e cuidados com a medicação (apêndice X).
Elaborar um manual orientador	<ul style="list-style-type: none">– Contribuir com um suporte escrito para ser consultado pelas AAD para esclarecimento de dúvidas que possam surgir durante o processo de gestão da medicação ou esquemas terapêuticos dos utentes (Apêndice XI).
Sessão informativa com a equipa de enfermagem da UCC	<ul style="list-style-type: none">– Apresentar o projeto e envolver a equipa para a sua continuidade.

2.7 Indicadores e metas

Imperatori e Giraldes (1993) referem a importância da definição de indicadores e metas, sendo que estes podem ser de impacto ou de execução, e devem estabelecer a relação entre o problema e a população alvo. Um indicador de impacto pretende medir a alteração verificada num problema de saúde enquanto um indicador de execução pretende medir a atividade desenvolvida.

Tendo em conta a seleção dos indicadores, tem pertinência no projeto que se está a realizar elaborar indicadores de processo, que permitam quantificar as atividades realizadas

(Imperatori e Giraldes, 1993). A OE (2015c) define indicadores como fatores ou variáveis quantitativas ou qualitativas, que constituem um meio fidedigno e simples para tornar um fenómeno mensurável, para ilustrar mudanças associadas a uma dada intervenção, uma vez que descreve e fornece indícios sobre esse mesmo fenómeno num determinado tempo e espaço. Os indicadores possibilitam a avaliação da qualidade, ganhos em saúde e a identificação de oportunidades de melhoria.

A OE (2015c) menciona que os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem demonstram o estado, comportamento ou perceção variável e mensurável de um utente ou seu conveniente significativo, que é amplamente influenciado pelas intervenções de enfermagem que dependem da conceção do enfermeiro.

Tendo em conta o diagnóstico de enfermagem em que o atual projeto intervém foram definidos os seguintes indicadores de processo:

Quadro 8. Indicadores de processo definidos para o projeto de intervenção comunitária

Indicadores de processo	Metas
$\frac{\text{N.º de elementos da direção do centro de dia presentes na reunião}}{\text{N.º de elementos da direção do centro de dia}} \times 100$	75% dos elementos da direção do centro de dia estejam presentes na reunião
$\frac{\text{N.º de AAD do centro de dia que assistiram à sessão}}{\text{N.º de AAD do centro de dia}} \times 100$	75% das AAD do centro de dia assistam à sessão de educação para a saúde
$\frac{\text{N.º de enfermeiros da UCC presentes na sessão}}{\text{N.º de enfermeiros da UCC}} \times 100$	75% dos enfermeiros da UCC estejam presentes na sessão
$\frac{\text{N.º de AAD do centro de dia que responderam a pelo menos quatro questões corretamente}}{\text{N.º de AAD do centro de dia que assistiram à sessão}} \times 100$	75% das AAD respondam corretamente a pelo menos quatro questões do questionário.
$\frac{\text{N.º de AAD do centro de dia que assistiram à sessão e referiram encontrar-se satisfeitas com a sessão}}{\text{N.º de AAD do centro de dia que assistiram à sessão}} \times 100$	75% das AAD se mostrem satisfeitas com a realização da sessão.

Foram definidos para esta intervenção indicadores de impacto que pretendem medir a alteração verificada num problema de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993). Ou seja, medem-se em termos de ganhos em saúde obtidos. Uma vez que esta avaliação só poderá ser realizada a longo prazo, foi deixado na UCC a proposta de avaliação do projeto para março 2020.

Quadro 9. Indicadores de impacto definidos para o projeto de intervenção comunitária

Indicadores de resultado/impacto	Metas
$\frac{\text{N.º de utentes que frequentam o centro de dia que apresentam no seu processo individual as duas folhas de registo de terapêutica}}{\text{N.º de utentes que frequentam o centro de dia}} \times 100$	100% dos processos individuais com as duas folhas de registo terapêutico
$\frac{\text{N.º de utentes que frequentam o centro de dia a quem foi entregue o folheto à família}}{\text{N.º dos utentes que frequentam o centro de dia}} \times 100$	80% das famílias dos utentes tenham recebido o folheto.
$\frac{\text{N.º de AAD do centro de dia que consultam o manual}}{\text{N.º de AAD do centro de dia que assistiram à sessão}} \times 100$	80% das AAD consultem o manual orientador.
$\frac{\text{N.º de intervenções executadas da check-list}}{\text{N.º total de intervenções da check-list}} \times 100$	<p>80 % das intervenções da <i>check-list</i> relativa ao processo dos utentes, preenchimento das folhas de registo terapêutico e processo de administração da medicação estejam a ser executadas 2 semanas após a intervenção</p> <p>80% das intervenções presentes na <i>check-list</i> estejam a ser executadas.</p>

2.8 Avaliação

Avaliar é determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão. Assim, os progressos alcançados com as atividades são comparados com a situação inicial e com os objetivos e metas definidos. (Imperatori e Giraldes, 1993). Segundo os mesmos autores, a avaliação constitui a etapa final do processo de planeamento, embora esteja interligada com a fase inicial do mesmo processo: a determinação do diagnóstico da situação. Desta forma, a finalidade da avaliação é melhorar programas e orientar a

distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, não só justifica as atividades já realizadas como identifica insuficiências existentes.

Stanhope e Lancaster (2011) também referem que a avaliação de programas é um método de assegurar a tangibilidade dos objetivos de um programa.

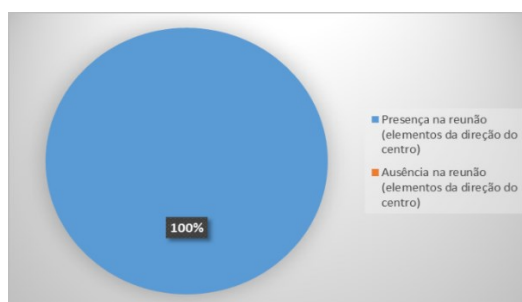
As dificuldades inerentes ao processo de avaliação podem ser inúmeras, sendo importante cada projeto conter um processo de avaliação bem definido, quer ao nível dos resultados que se esperam obter, quer ao nível da sua elaboração, implementação e execução.

A avaliação permite que se determine o grau de sucesso na consecução de um objetivo. Os indicadores são o instrumento de medida fundamental, permitindo a avaliação e o controlo dos programas bem como a otimização das ações.

A avaliação de processo consiste na avaliação das atividades desenvolvidas, da avaliação da satisfação das AAD bem como das respostas dadas no instrumento de avaliação da sessão (apêndice IV).

Na reunião realizada com a direção do centro de dia para apresentação do projeto e folhas de suporte para otimização dos registos, como pode ser verificado, estiveram presentes todos os elementos da direção (gráfico 5). Após a reunião foi demonstrado o interesse de implementar as folhas de registo nos processos dos utentes, com possibilidade de aplicação destas mesmas folhas em instituições semelhantes e serviços de apoio domiciliário.

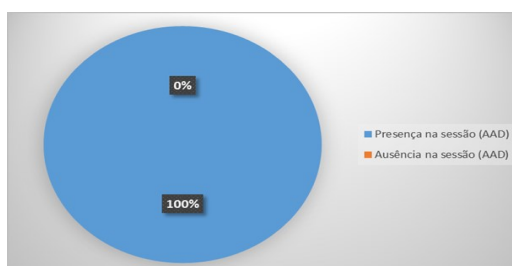
Gráfico 5. Percentagem de elementos da direção do centro de dia presentes na reunião



Na sessão de educação para a saúde realizadas às AAD:

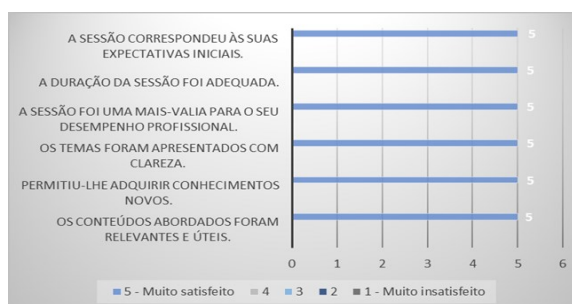
- 100% das AAD estiveram presentes (gráfico 6);

Gráfico 6. Percentagem de AAD presentes na sessão de educação para a saúde



- 100% mostraram-se muito satisfeitas em relação à sessão de educação para a saúde (gráfico 7);

Gráfico 7. Satisfação das AAD em relação à sessão de educação para a saúde



- 80% das AAD responderam corretamente a 4 ou mais questões em relação aos conteúdos abordados na sessão (gráficos 8 e 9).

Gráfico 8. Respostas certas/erradas das AAD às perguntas do instrumento de avaliação da sessão de educação para a saúde

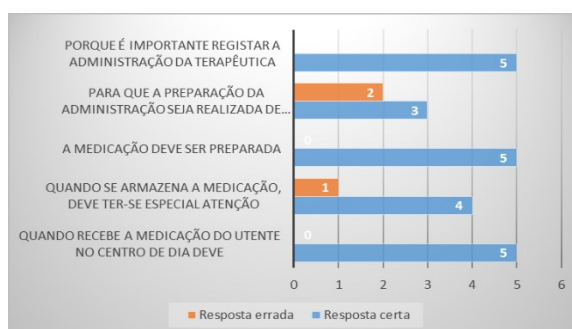
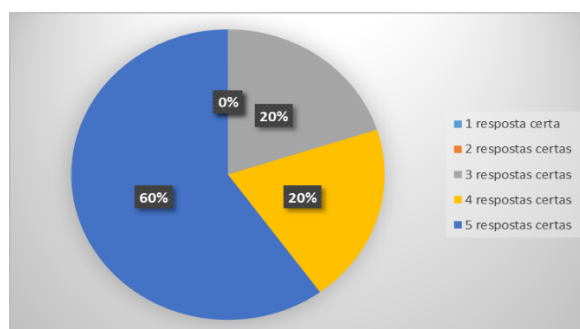
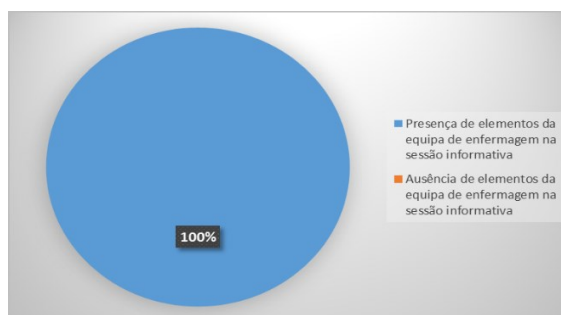


Gráfico 9. Percentagem das AAD de acordo com as respostas corretas do instrumento de avaliação da sessão de educação para a saúde



No que diz respeito à sessão informativa realizada na UCC, toda a equipa de enfermagem esteve presente na mesma (gráfico 10).

Gráfico 10 - Percentagem de elementos da equipa de enfermagem presentes na sessão informativa



Como observado no quadro 10, as metas estabelecidas no que diz respeito aos indicadores de processo foram atingidas.

Quadro 10 - Relação entre as metas estabelecidas e os resultados obtidos relativos aos indicadores de processo.

Metas	Resultados
75% dos elementos da direção do Centro de Dia estejam presentes na reunião	100% dos elementos da direção do Centro de Dia presentes na reunião
75% das AAD do Centro de dia assistam à sessão de educação para a saúde	100% das AAD do Centro de dia presentes na sessão de educação para a saúde
75% dos enfermeiros da UCC estejam presentes na sessão	100% dos enfermeiros da UCC presentes na sessão
75% das AAD respondam corretamente a pelo menos quatro questões do Questionário	80% das AAD responderam corretamente a pelo menos quatro questões do questionário
75% das AAD se mostrem satisfeitas com a realização da sessão.	100% das AAD revelaram encontrar-se muito satisfeitas com a realização da sessão.

As percentagens obtidas em cada indicador resultante da execução do projeto traduzem uma satisfação e adesão com as atividades a um nível muito satisfatório. Os resultados já avaliados evidenciam a existência de uma oportunidade para que a intervenção de enfermagem e a agência de enfermagem de autocuidado permitissem a promoção do autocuidado neste grupo de AAD, no que concerne ao processo de gestão da medicação dos utentes e a manutenção da segurança dos mesmos no que diz respeito à medicação.

2.8.1 Avaliação de resultados/impacto

A avaliação deve ser preparada antes de ser realizada, ficando implicitamente incluída em dois momentos: a fixação de objetivos e a preparação operacional. Na primeira fixaram-

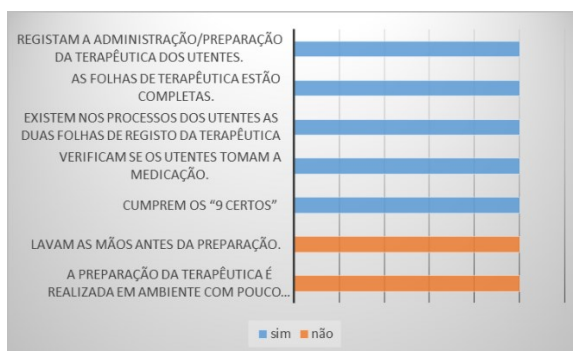
se os padrões de resultado ou impacto do plano e na segunda os de execução ou de atividade, sendo que nesta etapa se avaliam, a curto prazo, os indicadores de atividade, e a médio prazo, os resultados obtidos nos principais problemas de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

Assim sendo, a avaliação de resultados/impacto é realizada a médio prazo, a partir dos resultados obtidos, identificando as mudanças de comportamento atribuíveis à intervenção efetuada. Esta avaliação deve ser realizada três meses após a intervenção comunitária junto das AAD. No entanto, duas semanas após a intervenção realizámos uma visita ao centro de dia para realizar uma avaliação, através da aplicação da *check-list*, no sentido de perceber se as intervenções relacionadas com a preparação/administração da medicação e registos estavam a ser executadas. As intervenções relativas à aquisição não foram avaliadas, uma vez que a observação se realizou apenas no momento relativo à preparação e administração da medicação. No que concerne às intervenções relativas ao armazenamento da medicação, tinha sido expresso pela direção do centro, após a intervenção comunitária, que numa fase inicial se iriam organizar os processos clínicos com as folhas de registo e iriam adotar as medidas relativas à preparação da medicação.

Como observado no gráfico seguinte (gráfico 11), no que diz respeito às folhas registo: todos os processos tinham presentes as duas folhas de registos proposta, sendo que se encontravam devidamente preenchidas, o registo de administração da terapêutica estava a ser realizado e de forma correta, ou seja, após a toma da mesma por parte dos utentes.

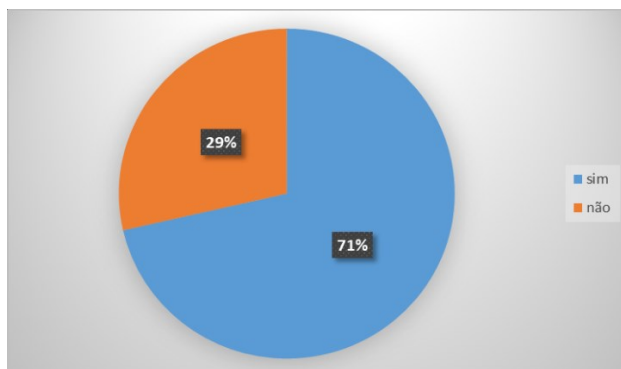
No que diz respeito à preparação e administração da terapêutica: foi observado que nem sempre existe a lavagem das mãos após a administração da medicação e entre utentes; verificou-se que a preparação da terapêutica é realizada no refeitório da instituição com os utentes presentes na mesma.

Gráfico 11- Resultados relativos à aplicação da *check-list*



Apenas 71% das intervenções sugeridas estão a ser realizadas (gráfico 12), pelo que a meta definida não foi atingida (80%).

Gráfico 12 - Percentagem de intervenções realizadas presentes na *check-list*



Após esta observação foi reforçada à AAD a importância da lavagem das mãos antes da preparação e a cada administração da medicação aos utentes.

De ressaltar que a diretora do centro referiu estarem a ser tomadas as diligências necessárias para que a preparação da medicação por parte das AAD começasse a ser realizada num local próprio por forma a cumprir o sugerido na sessão de educação para a saúde.

Considerou-se que o intervalo de tempo entre a intervenção e a aplicação da *check-list* foi insuficiente, sendo um item a melhorar futuramente. Uma vez que foram consideradas apenas duas semanas, tendo-se verificado insuficiente, também como referiu a diretora, para as alterações às dinâmicas da instituição para otimização das intervenções relativas à preparação da medicação, nomeadamente organização de um local apropriado para o armazenamento e preparação da medicação.

Importante de salientar é o facto de as duas folhas estarem presentes na totalidade dos processos dos utentes e corretamente preenchidas.

As atividades e resultados descritos dão assim resposta ao objetivo geral e específico da intervenção. Tendo presentes os objetivos e resultados alcançados faz-se um balanço positivo da intervenção, para as AAD (pela otimização das intervenções relativas ao processo de gestão da medicação), para a instituição (pela melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos utentes e segurança dos mesmos).

2.9 Implicações para a prática clínica

A elaboração de um projeto de intervenção é estabelecida para procurar solucionar os desafios em saúde, de forma a suportar as comunidades na satisfação das suas necessidades e promover comportamentos geradores de bem-estar.

O enfermeiro que trabalha com e para a comunidade é um mediador entre o saber baseado na evidência científica, característico da sua disciplina e a transmissão do conhecimento para o quotidiano na vida das pessoas.

A condição que valida a existência de uma exigência de enfermagem no adulto é a ausência da capacidade de manter continuamente a quantidade e qualidade do autocuidado. Esta capacidade é terapêutica na sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença, da lesão ou no enfrentar dos seus efeitos (Orem, 2001).

Os enfermeiros são potenciais educadores, através do sistema de apoio-educação, em que a pessoa consegue realizar todas as ações do autocuidado, contudo não o consegue sem assistência e supervisão do enfermeiro. Estas exigências de ajuda estão assim, confinadas à tomada de decisão, ao controlo do comportamento e à aquisição de conhecimentos e habilidades, sendo que o papel do enfermeiro é promover o cliente como um agente do autocuidado (Orem, 2001).

O planeamento em saúde é um processo de intervenção sobre a realidade sócio económica, constituindo-se como um conjunto de instrumentos de racionalização de decisões das ações conducentes à transformação da realidade, assente no diagnóstico de situação, na inventariação dos recursos disponíveis, na fixação dos objetivos e determinação das respetivas prioridades, na formulação do tipo de ações a empreender e na escolha dos meios que permitirão alcançar as metas propostas (Imperatori e Giraldes, 1993). Constitui uma ferramenta técnica e administrativa imprescindível à gestão, que traduz o desejo de mudança, equacionando durante o processo, atributos como a eficácia, a eficiência, a qualidade e a equidade (Nunes, 2016).

Assim, através da identificação das necessidades, implementação de sessões de educação e reflexão capazes de fomentar a aprendizagem profissional e trabalho em equipa, consegue-se um papel preponderante na capacitação das AAD e de toda a comunidade, que vai ao encontro de uma das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2018).

Surgem atualmente inúmeras exigências relacionadas com o impacto do envelhecimento, a diversidade de patologias, situações de dependência e vulnerabilidade. A

polimedicação é responsável por custos excessivos decorrentes da não adesão aos medicamentos, de reações adversas, de grande número de interações medicamentosas e possíveis erros na medicação, que provocam aumento na procura a profissionais de saúde, diminuição da qualidade de vida da pessoa idosa, agravamento da doença e reinternamentos. A temática da gestão da medicação é pertinente para a saúde das pessoas e sabe-se que a literacia em saúde é hoje fundamental, como recurso à adequada tomada de decisão de cada um de nós, sobre a nossa saúde.

As instituições nos dias de hoje são confrontadas com novas situações e exigência de respostas, neste sentido é necessária a melhoria de qualificações dos seus funcionários de forma a estarem habilitados para esta realidade. A formação orienta-se então, em função das necessidades da instituição, dos funcionários e dos seus utentes (Conceição, 2012).

Das muitas áreas de intervenção em cuidados de saúde primários, é importante salientar a necessidade de intervenções comunitárias principalmente com grupos de cuidadores que prestam apoio a pessoas idosas, para formações tão úteis e que tanto contribuem para uma melhoria deste mesmo apoio e manutenção da segurança das pessoas idosas.

No caso concreto desta intervenção, ao nível do centro de dia, existiu uma contribuição para uma melhoria contínua da qualidade relativa à segurança dos utentes, bem como, uma parceria com a direção do mesmo para a otimização do processo de gestão da medicação das pessoas idosas e da capacitação das AAD.

No que diz respeito às AAD, contribuiu-se para uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados ao grupo de pessoas idosas que frequentam este centro de dia, no que diz respeito à sua qualidade de vida e segurança.

À UCC permitiu o seu contributo ao nível da comunidade cooperando na melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde.

3. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E ADQUIRIDAS

Durante o percurso de estágio, fui adquirindo e desenvolvendo competências fundamentais para se dar lugar à mudança e crescimento pessoal e profissional, refletindo-se na prática exercida.

Como define a *Community Health Nurses of Canada*, competências são um integrado de conhecimento, habilidades, julgamento e atributos necessários a uma enfermeira, para que esta consiga exercer a sua prática com segurança e ética. Sendo que estes atributos incluem, mas não se encontram limitados a valores, atitudes e crenças. (CHNC, 2009)

As competências comuns do enfermeiro especialista estão organizadas em quatro domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; do domínio da melhoria contínua da qualidade; do domínio da gestão dos cuidados e do domínio das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

No que diz respeito ao primeiro domínio foram garantidos todos os pressupostos éticos e legais. A Enfermagem enquanto profissão autorregulada tem definidos na Deontologia Profissional todos os princípios ético-legais e deontológicos, a cumprir no seu exercício, servindo de instrumento de fundamentação para o “agir profissional baseado na lei, colocando as suas disposições a par da obrigatoriedade jurídica das demais leis de Portugal” (OE, 2015b, p. 9)

Ao longo de todo o projeto foram tidas em conta todas as considerações ético-legais inerentes à profissão e para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

Numa primeira etapa, foram elaborados os pedidos de autorização para a aprovação do projeto, aos Senhores Diretores e Coordenadores das instituições implicadas: ACES Amadora; Coordenador da UCC Amadora + e Direção do Centro de dia. Após a receção das respetivas autorizações (anexo I), numa segunda etapa foi redigido o consentimento informado, livre e esclarecido (apêndice XII).

Antes da realização da entrevista, as AAD do centro de dia foram informadas sobre a finalidade e o objetivo da mesma, foi pedido o seu consentimento informado e disponibilizada oportunidade para esclarecimento de dúvidas. Após a assinatura (pela AAD e pela autora) do mesmo, foi-lhes entregue um duplicado. O modelo de consentimento

informado, livre e esclarecido para participação neste projeto está de acordo com a declaração de Helsínquia (WMA, 2013) e a convenção sobre os direitos do Homem e a biomedicina de Oviedo (1998) (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001). O consentimento informado garante o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos. Informa as AAD que podem recusar ou interromper a sua participação no projeto em qualquer momento, informa ainda que a sua participação é voluntária e gratuita, sem qualquer tipo de contrapartida.

Todas as intervenções foram realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, tendo em conta os valores universais na relação profissional, de igualdade, liberdade, verdade e justiça, altruísmo e solidariedade bem como a competência profissional. A autora assumiu o compromisso de honra de anonimato e confidencialidade dos dados utilizados no projeto, bem como o financiamento do mesmo.

No segundo domínio existiu uma colaboração com a equipa de enfermagem da UCC no desenvolvimento e implementação dos projetos existentes nesta unidade e criou-se e implementou-se o projeto referente ao relatório de estágio, contribuindo, assim, para a melhoria contínua da qualidade desta unidade de saúde e também da instituição onde foi implementado o projeto de intervenção comunitária.

No terceiro domínio colaborou-se na partilha da tomada de decisão com a equipa de enfermagem da UCC nos vários contextos de prática clínica e na gestão e definição da intervenção comunitária, promovendo um ambiente favorável à prática e envolvendo de forma efetiva e plena toda a equipa multiprofissional.

No quarto domínio, sendo a reflexão uma ferramenta de capacitação na obtenção de conhecimentos, foi possível aumentar a nossa capacidade de aprender a partir do que nos rodeia. Surgiram em contexto do estágio oportunidades de aprendizagem reflexiva com a equipa de enfermeiros especialistas, cujo *feedback* foi constante no sentido da melhoria e aquisição de novos conhecimentos e competências baseadas na prática e na evidência científica.

A enfermagem de saúde pública tem foco e âmbito de prática distintos, sendo focada na população, orientada para a comunidade. O seu objetivo é a promoção da saúde e prevenção da doença com intervenções realizadas ao nível da comunidade através da informação, educação e capacitação das pessoas (Stanhope e Lancaster, 2011)

Com a elaboração deste projeto e a sua implementação com sucesso, estudaram-se, desenvolveram-se e adquiriram-se todas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

De acordo com o regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho (OE, 2018) as competências específicas do EEECSF e no que diz respeito à área da Saúde Comunitária e Saúde Pública: estabeleceu-se, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, nomeadamente a um grupo de AAD do centro de dia, para de seguida e conforme as necessidades encontradas, intervir promovendo a saúde e segurança dos utentes que o frequentam.

Compreender a dinâmica e o rigor científico e metodológico inerente a cada etapa do Planeamento em Saúde foi um desafio muito gratificante que contribuiu bastante para a aquisição das competências específicas do EEECSF. Com esta metodologia foi possível identificar problemas e necessidades desta comunidade, no contexto de um grupo, priorizar os mesmos, definir objetivos e selecionar estratégias. A educação para a saúde foi a estratégia escolhida, tendo por base como referencial teórico de enfermagem a Teoria do autocuidado de Dorothea Orem, uma vez que defende que ao enfermeiro compete supervisionar o autocuidado e dinamizar estratégias objetivando a capacitação da pessoa no sentido da autonomia e da eficácia no autocuidado. Um equilíbrio saudável entre a saúde e o bem-estar dos utentes depende da consciencialização das AAD sobre a importância de um eficaz processo e gestão da medicação para a segurança e adesão do regime terapêutico do utente.

Incluiu também orientações emanadas pelo Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão até 2020, o Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020 e o Plano de ação para a Literacia em saúde 2019-2021. No âmbito da cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, esta competência desenvolveu-se durante o diagnóstico da situação, na colheita de dados, no tratamento e análise dos dados.

Ao longo do meu percurso e com intuito de crescimento pessoal e profissional dou conta que baseei as minhas decisões e intervenções na evidência científica, pois só uma prática integrada de experiência clínica, valores do utente e da melhor evidência de pesquisa disponível pode promover o não desperdício de recursos limitados na prestação de intervenções inúteis, garantindo deste modo a uma comunidade o fornecimento de cuidados mais atuais e eficazes.

A obtenção do grau de mestre implica o domínio de um conjunto de competências, no final do segundo ciclo de qualificação, definidos e adotados em conformidade com os Descritores de Dublin no Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior.

Estas competências genéricas descritas de forma a abranger todos os mestrados multidisciplinares a nível europeu são transversais e complementares às competências comuns do enfermeiro especialista e às competências específicas do EEECSF definidas pela

Ordem dos Enfermeiros. Esta complementaridade exige do mestrando em enfermagem um maior aprofundamento a nível do seu conhecimento e capacidade de compreensão, sustentando-se nos conhecimentos do primeiro ciclo de qualificação que deve desenvolver no sentido de os melhorar e aumentar.

O saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e diferentes, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo, foi adquirido através da agilização e articulação com enfermeiros especialistas de outras áreas, psicólogos, técnicos superiores dos serviços sociais e outros. Houve necessidade de demonstrar a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais resultantes ou condicionadas por essas soluções e esses juízos.

Como mestranda aperfeiçoou-se a capacidade de comunicar para todos de forma clara e sem ambiguidades. Desenvolveram-se competências que permitiram uma autoaprendizagem auto-orientada e autónoma (*Bologna Working Group on Qualifications Frameworks*, 2005).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população é um desafio para governos, responsáveis políticos, para a sociedade em geral, e profissionais de saúde em particular. A diversidade das capacidades e necessidades de saúde das pessoas idosas não é aleatória, mas resulta de eventos ao longo do ciclo de vida que muitas vezes podem ser modificados, salientando-se a importância de uma abordagem global do ciclo de vida (OMS, 2005a).

Com o envelhecimento aumentam o número de doenças não transmissíveis de evolução prolongada e com elas a consequente necessidade de utilizar medicamentos para o seu controlo. Embora nem todas as pessoas idosas necessitem de medicamentos, a existência de múltiplas doenças na mesma pessoa pode implicar a prescrição de fármacos de diferentes grupos terapêuticos aumentando assim os riscos.

As características da população idosa influenciaram a criação de diferentes respostas sociais, entre elas o centro de dia. A integração das pessoas idosas nos centros de dia tornou-se uma alternativa à institucionalização, permitindo que a pessoa idosa possa continuar a habitar a sua casa, a manter o seu relacionamento com pessoas significativas, criando-se assim condições para a sua participação na vida da comunidade em que está inserido. Entre as muitas contratualizações que oferece, os centros de dia responsabilizam-se pela assistência na medicação, assim sendo, a garantia de cuidados de saúde com qualidade e bons resultados passa pela procura de um elevado grau de segurança do utente. Esta é uma meta comum às entidades e serviços que prestam cuidados de saúde, independentemente da sua localização geográfica, religião ou cultura. A segurança em saúde é um tema muito sensível e próximo a todos.

A temática que serviu de base à construção do projeto de intervenção comunitário foi relativa às necessidades identificadas nas AAD que desenvolvem a sua atividade no centro de dia no âmbito do processo de gestão da medicação. Este grupo profissional não tem constituído uma prioridade para os governantes, contudo o investimento na formação e na valorização das AAD é fundamental para a qualidade dos cuidados aos idosos (Sousa, 2011).

Pela proximidade que o enfermeiro de enfermagem comunitária tem com a comunidade e pelos problemas de saúde que identifica, encontra-se num papel privilegiado para o apoio e acompanhamento das AAD, ou seja, é necessário que o enfermeiro coloque

em prática as suas competências específicas em prol da melhoria da prestação de cuidados, nomeadamente através da implementação de projetos de intervenção que respondam às necessidades identificadas.

A enfermagem constitui um sistema de apoio na identificação de capacidades, necessidades terapêuticas e na aquisição de habilidades para reduzir o défice de autocuidado. A teoria do défice do autocuidado de Orem permitiu enquadrar e refletir sobre a realidade da enfermagem avançada, que a metodologia de Planeamento em Saúde evidenciou, constituindo um modelo de prática adequado à intervenção comunitária.

O recurso à revisão da literatura constituiu uma estratégia à concretização do projeto delineado tendo sido realizadas intervenções de enfermagem que refletem a evidência científica para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem sustentada na evidência e com maiores ganhos em saúde. As atividades realizadas seguiram a metodologia do planeamento em saúde permitindo o desenvolvimento e aquisição das competências específicas de enfermagem comunitária.

Todo o percurso realizado proporcionou momentos de grande aprendizagem, crescimento e de reflexão extremamente importantes, tendo em consideração a minha inexperiência na prestação de cuidados à comunidade, traduzida pelos treze anos de prática em contexto hospitalar, por este motivo o contacto com a realidade dos cuidados de saúde primários mostrou-se fundamental para a compreensão do cuidar na perspetiva da enfermagem comunitária. No entanto a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas do EEECSF contribuíram para a minha prestação de cuidados também em contexto hospitalar.

As pessoas hospitalizadas, os colaboradores das instituições hospitalares ou os utentes para os quais se planeiam uma alta clínica, de acordo com o seu défice de autocuidado necessitam de cuidados de enfermagem.

Planear estes cuidados é idealizar um futuro alcançável, decidindo, com base no conhecimento atual da realidade, qual a melhor forma de avançar rumo a esse futuro, considerando os recursos disponíveis (Nunes, 2016). Consiste num processo que tem como objetivo a tomada de decisão sobre o que fazer, como fazer (tendo em consideração os recursos disponíveis como por exemplo, elementos da equipa multidisciplinar ou o encaminhamento para recursos da comunidade) e de que forma se irá avaliar os resultados dessa ação, no restabelecimento do autocuidado dessas pessoas.

O planeamento, na sua essência, é um modelo teórico de ação futura, para que a transformação da realidade ocorra de forma mais eficiente (Tavares, 1990). Pretende-se o

melhor planeamento, a obtenção dos melhores resultados, economizando recursos, tentando satisfazer as necessidades dos utentes (Nunes, 2016). Segundo o mesmo autor para executar qualquer trabalho que almeje a melhoria da qualidade, é fundamental recorrer ao planeamento.

A qualidade dos cuidados de saúde é transversal a todas as organizações de saúde. A enfermagem visa a melhoria da qualidade, progredindo para isso, para níveis mais rigorosos do conhecimento específico da profissão, compatíveis com a obtenção de cuidados de enfermagem de excelência. Uma prática reflexiva associa-se à aprendizagem construtiva, neste sentido o enfermeiro especializado deve ser um profissional, que na sua tomada de decisão, tenha sentido crítico, com base na melhor evidência científica e fundamentação teórica de enfermagem, de forma a apoiar a sua prática (Deodato, 2008).

O enfermeiro especialista adequa os recursos às necessidades de cuidados, promovendo a qualidade dos mesmos, encontrando-se numa posição privilegiada que lhe permite, face às conceções de cuidados que defende ser agente de mudança, organizando a prestação de cuidados e incentivando o trabalho em equipa, em prol da prestação de cuidados de qualidade.

Por tudo o que já foi exposto ao longo deste documento, considero que os objetivos do estágio foram alcançados e adquiridas as competências específicas do enfermeiro de enfermagem comunitária e de saúde pública.

BIBLIOGRAFIA

Araújo, I. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em enfermagem* (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto). Retrieved from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>

Associação Médica Mundial (WMA) (2013). *Declaração de Helsínquia*. [PDF] Retrieved from: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. [PDF] Retrieved from: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>

Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica - Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico* (Tese de doutoramento apresentada à Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde – Porto). Retrieved from: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11990/1/A%20pessoa%20com%20doen%C3%A7a%20cronica_Tese%20Doutoramento_Reitoria.pdf

Benet, A. (2003). *Los centros de día para personas mayores*. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida.

Bologna Working Group on Qualifications Frameworks. (2005). *A Framework for Qualifications of the European Higher Education Area. Innovation*. [PDF] Retrieved from: http://ecahe.eu/w/images/7/76/A_Framework_for_Qualifications_for_the_European_Higher_Education_Area.pdf

Brandt, N., Hanna, K. & Walters, S. (2013). Medication Management and Older Adults - Opportunities and Challenges. *Journal of Gerontological Nursing*. 39(2), 3-7. doi:10.3928/00989134-20130109-01

Bushardt, R., Massey, E., Simpson, T., Ariail, J., & Simpson, K. (2008). Polypharmacy: misleading, but manageable. *Clinical interventions in aging*, 3(2), 383–389. doi: <https://doi.org/10.2147/cia.s2468>

Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D. & Zentner, A. (2010). *Tackling chronic disease in Europe - Strategies, interventions and challenges*. [PDF] Retrieved from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf

Carta de Ottawa (1986). *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>

Carvalho, M. (2009). *Os cuidados domiciliários em Instituições de Solidariedade Social no concelho de Cascais* (Tese de doutoramento, ISCTE-IUL). Retrieved from: [www:http://hdl.handle.net/10071/2364](http://hdl.handle.net/10071/2364)

Carvalho, A. (2012). *Ajudantes de Ação Direta: Perceções sobre Formação Profissional e Impacto da Formação na Prestação de Cuidados a Idosos Dependentes Internados* (Dissertação de Mestrado em Saúde e Envelhecimento, Universidade Nova de Lisboa). Retrieved from: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/7742/1/Carvalho%20Andreia%20TM%202012.pdf>

Castiello, M. (1996). Centro de Día: Conceptualizacion. In Alda, J. Madrid: Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales, *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes* (pp. 11-17). Retrieved from: http://www.oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/GUIA_DE_CENTROS_DE_DIA_prog-lb-def.pdf

Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (CEPCEP) (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas Universidade Católica Portuguesa. [PDF] Retrieved from: http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf

Community Health Nurses of Canada (2009). *Public health nursing discipline specific competencies*. [PDF] Retrieved from: https://www.chnc.ca/documents/competencies_june_2009_english.pdf

Conceição, J. (2012). *Envelhecimento de Idosos Institucionalizados - Formação de Auxiliares de Ação Direta na Associação Casapiana de Solidariedade* (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa). Retrieved from: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3534/Jocelina%20Gameiro%20dos%20Santos%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20-%20Projeto%20Mestrado%2026J.pdf?sequence=1>

Conselho da União Europeia (2009). *Recomendações sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde* (2009/C 151/01) [PDF] Retrieved from: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=EN)

Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2015*. [PDF] Retrieved from: https://futuresenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Costa, A. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho de Lisboa* (Tese de Doutoramento em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde). Retrieved from: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13420/3/Tese%20Doutoramento%20V10%20-18%20Maio%202013_CD.pdf

Decreto-Lei nº 414/99. Diário da República n.º 241/1999, Série I-A de 15 de Outubro de 1999. Cria nos serviços e organismos dependentes do Ministério do Trabalho e da Solidariedade as carreiras de ajudante de ação sócio-educativa, preceptor, ajudante de ocupação e ajudante de ação direta. [PDF] Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/667139>

Decreto-Lei n.º 64/2007. Diário da República, 1.ª série, N.º 52 de 14 de Março de 2007. Define o regime jurídico de instalação, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas. [PDF] Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/518425>

Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra: Almedina

Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Direcção Geral da Saúde Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. [PDF] Retrieved from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>

Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. [PDF] Retrieved from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2015a). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. Despacho n.º 5613/2015. [PDF] Retrieved from: <https://dre.pt/application/file/67318639>

Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2015b). *Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020*. [PDF] Retrieved from: <https://dre.pt/application/file/66457154>

Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2015c) - *Plano nacional de saúde: Revisão e Extensão a 2020*. [PDF] Retrieved from: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/PlanoNacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>.

Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º 12427/2016). [PDF] Retrieved from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2019). *Plano de ação para a Literacia em saúde 2019-2021*. [PDF] Retrieved from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>

Estevens, J. (2017) Saúde e despesa em saúde num Portugal envelhecido. In INE. *Revista de Estudos Demográficos* (pp. 41 – 63). Retrieved from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=297753044&ESTUDOSmodo=2&xlang=pt

European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, EDQM (2012) *Pharmaceutical Care – Policies and Practices for a Safer, More Responsible and Cost-effective Health System*. [PDF] Retrieved from: https://www.edqm.eu/medias/fichiers/policies_and_practices_for_a_safer_more_responsibl.pdf

Ezzel, K. (2017) Strategies to Guide Medication Adherence Discussions with Parents Of Children with Asthma. *Pediatric Nursing*. 43(5), 219–222. Retrieved from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=29f5087d-a217-47e1-acfd-1d303058a5bc%40sessionmgr4008>

Fernandes, S. (2010). *Vivências em lares de idosos: Diversidade de Percursos: um estudo de caso*. (Dissertação de mestrado, Universidade Portucalense Infante D. Henrique). Retrieved from: <http://repositorio.uportu.pt:8080/bitstream/11328/219/2/TME%20434%20tese.pdf>

Ferreira, M. (2014). *Plano Ação da UCC Amadora + 2014/2016*.

Firmino, H., Simões, M. & Cerejeira, J. (2016). *Saúde Mental das Pessoas mais velhas*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fragata, J. (2011) *Segurança dos doentes: uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.

Galato, D., Silva, E. & Tiburcio, L. (2008). Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Ciênc. saúde coletiva*. 15(6), 2899-2905. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600027&script=sci_abstract&tlng=pt

Gomes, H., Caldas, C. (2008). Uso Inapropriado de Medicamentos pelo Idoso: Polifarmácia e seus Efeitos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 7, 88-98. Retrieved from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9285/7191>

Guedes, J. (2014). Cuidados formais a idosos – desafios inerentes à sua prestação. In Fonseca, A. M. (coord.). *Envelhecimento, Saúde e Doença – Novos Espaços para a Prestação de Cuidados a Idosos*. (pp. 163-211). Lisboa: Coisas de Ler.

Health System, Directorate for the Quality of Medicines & Health Care of the Council of Europe (EDQM). (2012). *Pharmaceutical Care - Policies and Practices for a Safer, More Responsible and Costeffective*. [PDF] Retrieved from: https://www.edqm.eu/medias/fichiers/policies_and_practices_for_a_safer_more_responsibl.pdf

Henriques, M. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem* (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). Retrieved from: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959_td_MAdriana_Henriques.pdf

Hicks, D. (2010). Self-management skills for people with type 2 diabetes. *Nursing standard*, 25 (6). 48-56. doi: 10.7748/ns2010.10.25.6.48.c8039

Husebo, B., Flo, E., Aarsland, D., Selbaek, G., Testad, I., Gulla, C.,..., Ballard C. (2015) COSMOS—improving the quality of life in nursing home patients: protocol for na

effectiveness-implementation cluster randomized clinical hybrid trial. *Implementation Science Noruega*. 10(131) Doi: 10.1186/s13012-015-0310-5

Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de estatística (INE) (2012). *Censos 2011- Resultados definitivos*. [PDF] Retrieved from: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tabelle1&pcensos=61969554

Instituto Nacional de estatística (INE) (2014). *Inquérito Nacional de Saúde – 2014*. [PDF] Retrieved from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de estatística (INE) (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. [PDF] Retrieved from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de estatística INE (2017). *Projeções de População Residente – 2015-2080*. [PDF] Retrieved from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Instituto da Segurança Social (2006). *Respostas Sociais- Nomenclaturas/Conceitos*. [PDF] Retrieved from: <https://docplayer.com.br/16622576-Respostas-sociais-nomenclaturas-conceitos.html>

Instituto da Segurança Social (2014a). *Guia Prático – Constituição de Instituições Particulares de Solidariedade Social*. [PDF] Retrieved from: http://www.seg-social.pt/documents/10152/15030/constituicao_ipss

Instituto da Segurança Social (2014b). *Centro de dia – Manual de processos chave*. [PDF] Retrieved from: http://www.seg-social.pt/documents/10152/13694/gqrs_centro_dia_processos-chave/439e5bcd-0df3-4b03-a7fa-6d0904264719

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2015). *Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico: Infográfico Doenças Crónicas*. [PDF] Retrieved from: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/5748/6/INSA-info-doenca-cronica-PT.jpg>

Lang, A., Macdonald, M., Marck, P., Toon, L., Griffin, M., Easty, T., ..., Goodwin, S. (2015). Seniors managing multiple medications: using mixed methods to view the home care safety lens. *BMC Health Services Research Canadá*. 15, 548. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1193-5>

Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E. & Glinos, I. (2008). *Assuring the Quality of Health Care in the European Union: A case for action*. World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies. [PDF] Retrieved from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf

Leite, A., Santos, A. & Silva, A. (2014). *Plano Local de Saúde Amadora 2014-2016*. [PDF] Retrieved from: http://www.cm-amadora.pt/images/artigos/saudavel/noticias/pdf/2014/plano_local_saude.pdf

Mair, A., Fernandez-Llimos, F., Alonso, A., Harrison, C., Hurding, S., Kempen, T. Moira, ... Wilson, M. (2017). *Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge*. [PDF] Retrieved from: http://www.simpathy.eu/sites/default/files/Managing_polypharmacy2030-web.pdf

Mercer S, Salisbury C, Fortin M. (2014) *ABC of multimorbidity*. [PDF] Retrieved from: <https://books.google.pt/books?hl=pt->

[PT&lr=&id=ezyTAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT11&dq=Mercer+S,+Salisbury+C,+Fortin+M.+ABC+of+multimorbidity.+London:+BMJ+Books%3B+2014.&ots=HJQcem3FdV&sig=kTkRIfx2FNC-dOVI2FqQEy90EZM&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.328.7453.143)

Melo, R., Rua, M. & Santos, S. (2014) Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(2). 143-151. Doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14003>

Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde*. [PDF] Retrieved from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Monterroso, L. (2015). *Avaliação da adesão e da gestão do regime terapêutico medicamentoso das pessoas idosas dependentes* (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde). Retrieved from: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24193/1/Tese%20Final%20L%C3%ADgia%20Monterroso.pdf>

Nazarko, L. (2007). Managing medication. *Nursing & Residential Care*, 9(9).434-437. Doi: <https://doi.org/10.12968/nrec.2007.9.5.23548>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2015). *Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes*. [PDF] Retrieved from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5/resources/medicines-optimisation-the-safe-and-effective-use-of-medicines-to-enable-the-best-possible-outcomes-pdf-51041805253>

Nogueira, H., Remoaldo, P. (2010). *Olhares geográficos sobre a saúde*. Lisboa: Edições Colibri.

Nunes, M. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as ferramentas de auxílio*. Lisboa: Chiado Editora

Omram, A. (2001). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Bulletin of the World Health Organization: the International Journal of Public*

Health 2001. 79(2). 161-170. Retrieved from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566347/pdf/11246833.pdf>

Orem, D., Taylor, S., Renpenning, K. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015a). CIPE® Versão 2015 – Classificação internacional para a prática de enfermagem. Edição Portuguesa. [PDF] Retrieved from:
https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Código Deontológico. Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. [PDF] Retrieved from:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015c) *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. [PDF] Retrieved from:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descri_PQCER.pdf;

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar*. [PDF] Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%BAdede-p%C3%BAblica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República n.º 26/2019, Série II (No 140/2019 de 2019-02-06), 4744–4750. [PDF] Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Organização Mundial de Saúde (OMS) (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Declaração de Alma-Ata*. [PDF] Retrieved from:

<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

Organização Mundial de Saúde (OMS) (1997). *Declaração de Jacarta*. [PDF] Retrieved from:

https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf

Organização Mundial de Saúde (OMS) (1998). *Health promotion glossary*. [PDF] Retrieved from: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002). *Active ageing: a policy Framework*. [PDF] Retrieved from:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons. Japan: World Health Organization. [PDF] Retrieved from:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005a). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. [PDF] Retrieved from:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005b). *Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital*. [PDF] Retrieved from:

https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012). *Patient Safety Research: A guide for developing training program*. [PDF] Retrieved from:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75359/9789241503440_eng.pdf?sequence=1

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Editora Quarteto

Pineault, R. (2016). *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão*. Brasília: Linha editorial internacional de apoio aos sistemas de saúde

PORDATA. (2019). *Retrato de Portugal. Edição 2019*. [PDF] Retrieved from: <https://www.pordata.pt/ebooks/PT2019v20190711/mobile/index.html>

Quivy, R., Campenhoudt, L. V. (1995). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Reis, E., Melo, P., Andrade, R., Calapez, T. (2018) *Estatística Aplicada – Vol. 2*. Lisboa: Edições Sílabo.

Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina. [PDF] Retrieved from: <https://dre.pt/application/file/a/235068>

Rigueiro, G. (2015). *Da Segurança do Doente até à Segurança no Uso do Medicamento* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra). Retrieved from: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/37768/1/Da%20seguranca%20do%20doente%20ate%20a%20seguranca%20no%20uso%20do%20medicamento.pdf>

Romana, G., Kislaya, I., Salvador, R., Cunha, S., Nunes, B., Dias, C. (2019) Multimorbilidade em Portugal: Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. *Acta Med Port.* 32(1). 30-37. Doi: <https://doi.org/10.20344/amp.11227>

Rudnitzki, T., McMahon D. (2015) Oral agents for cancer: Safety challenges and recommendations. *Clinical Journal of Oncology Nursing.* 19(3), 2015. 41-46. Retrieved from: <https://pdfs.semanticscholar.org/40a2/1f5cda51bcdeb008ab2abb3cd5368134c77b.pdf>

Santos-Preciado, J., Villa-Barragán, J., García-Avilés, M., León-Álvarez, G., Quezada-Bolaños, S. & Tapia-Conyer, R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes em México. *Salud Pública de México*. 45(1). 140-152. Retrieved from: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10609518.pdf>

Schaeffer D, Müller-Mundt G. (2012). Management of complex medication regimes in chronic illness - challenges and support needs from the health professional's view. *Pflege*. 25(1). 33–48. Doi 10.1024/1012-5302/a000168

Schumacher, K., Clark, V., West, C., Dodd, M., Rabow, M., Miaskowski, C. (2015). Pain Medication Management Processes Used by Oncology Outpatients and Family Caregivers Part II: Home and Lifestyle Contexts. *J Pain Symptom Manage*. 48(5). 770–783. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.12.242

Secoli, S. (2010). Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. bras. enferm*. 63(1). 136-140. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023>

Sousa, M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Princípia. Cascais.

Spoelstra, S. (2015) Why patients prescribed oral agents for cancer need training: a case study. *CJON*. 19(3). 3-5. Doi: 10.1188/15.S1.CJON.3-5

Stanhope, M. (1999) Teorias e desenvolvimento familiar. In: Stanhope, M. *Enfermagem Comunitária – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência,

Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública- Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Ed.: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Trinidad, D. (1996). Programas de intervención terapéutica. In Alda, J. Madrid: Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales, Centro de Día para Personas Mayores Dependientes (pp. 54-63). Retrieved from: http://www.oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/GUIA_DE_CENTROS_DE_DIA_prog-lb-def.pdf

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, Highlights and Advance Tables*. [PDF] Retrieved from: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2012_HIGHLIGHTS.pdf

ANEXOS

Anexo I – Autorizações do ACES, UCC e Centro de dia para implementação do projeto de intervenção comunitária



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO DO ACES AMADORA PARA A REALIZAÇÃO DO PROJETO

Lisboa, 7 de Outubro de 2019

Ex^{as}. Sr^{as}. Diretora Executiva do ACES Amadora, Dr. ^a Ana Isabel Pereira da Silva

No âmbito do protocolo assinado entre a UCP /ARS para a realização do Estágio Final e Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica, Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem de Lisboa que se encontra a decorrer na UCC Amadora +, num procedimento usual de prestação de cuidados de saúde, realizado por estudantes em contexto de estágio de formação, para o desenvolvimento de competências de especialista de Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, venho solicitar autorização, no âmbito do regular funcionamento da Enfermeira orientadora, Sr^a Enf^a Andreia Gomes (enfermeira especialista em enfermagem comunitária), para desenvolver um projeto de intervenção comunitária com o objetivo de contribuir para a literacia em saúde, dos funcionários do Centro de Dia do Centro Social e Paroquial [REDACTED] sobre gestão do regime terapêutico das pessoas idosas.

Mais solicita autorização para a divulgação do nome da orientadora da prática clínica e da vossa instituição no relatório final que será tornado público, tendo em consideração o regulamento geral de proteção de dados


Agradecemos desde já uma resposta o mais breve possível tendo em atenção o tempo disponível para a implementação de todas as fases do projeto.

Atentamente

Marisa Filipa do Rosário e Sousa

ACES Amadora - UAG
Entrada nº 9459
Data 9/10/19
Assinatura: [REDACTED]

Assinatura: Filipa do Rosário e Sousa

A.R.S LISBOA E VALE DO TEJO		PARECERES	
Assunto		<u>Pedido de Autorização para trabalho de investigação da aluna da Especialidade SCOM - Enª Marisa Filipa do Rosário e Sousa</u>	
Registo de Entrada nº			
3 -		4 -	
1 -		2 -	
<p> É de deferir a autorização, pois trata-se de um trabalho de investigação de uma aluna que estagia na UCC Amadora +, no âmbito de um Mestrado em Enfermagem Comunitária : área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Universidade Católica e que pretende contribuir para o aumento da literacia em saúde dos Funcionários do Centro de Dia e do Centro Social e Paroquial de [REDACTED] sobre a gestão do regime terapêutico das pessoas idosas. Projecto ezequível, enquadrado na realidade local, com concordância da instituição e com possibilidade de executabilidade e alargamento posterior pela UCC noutras instituições. Garantidas todas as responsabilidades éticas e deontológicas e formais, conforme solicitado pela própria no seu requerimento. Damaia, 08/10/2019 Coordenador da UCC Amadora + </p> <p>  JOSE CABRITA Enfermeiro </p>			

2 anexos



Coordenação C. Dia e SAD

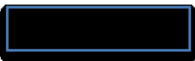
para mim ▾

Boa tarde Enfermeira Marisa Sousa,

informo que a Direção do [REDACTED] autorizou a implementação do seu projeto de intervenção comunitária sobre a "Gestão do regime terapêutico das pessoas idosas" a aplicar às colaboradoras da resposta social de Centro de Dia.

Fico ao dispor.

Com os melhores cumprimentos.



10 de out. d

APÊNDICES

Apêndice I- Guião da entrevista diretora

Estrutura	Objetivos	Estratégias	Questões	Linhas de orientação
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> – Apresentar a razão do trabalho e os objetivos; – Garantir confidencialidade de todos os dados colhidos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Explicar os objetivos do trabalho; – Reforçar a importância da sua participação; – Referir que toda a informação será objeto de confidencialidade; 	<ul style="list-style-type: none"> – Está esclarecido(a) sobre as razões que levaram à realização deste trabalho? – Compreendeu a razão de participar neste trabalho? – Gostaria de colocar alguma questão? 	<ul style="list-style-type: none"> • Facultar o documento do consentimento informado, livre e esclarecido e dar tempo para que o participante o leia; • Pedir para assinar o consentimento informado;
Corpo da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> – Caracterizar a dinâmica referente à gestão do regime terapêutico medicamentoso nesta instituição; – Conhecer as expectativas da diretora em relação ao projeto de intervenção comunitária. 	<ul style="list-style-type: none"> – Colocar as questões de forma adequada e explícita aos participantes. – Entender a definição de Gestão do Regime Terapêutico Medicamentoso na perspetiva da diretora. 	<ul style="list-style-type: none"> – Quem traz os medicamentos dos utentes? – Como é feita a gestão entre a família dos utentes e o centro de dia? – Qual o local de armazenamento dos medicamentos? – Como são acondicionados os medicamentos? – Quem prepara os medicamentos dos utentes? Existe um horário definido? – Na sua perspetiva quais são as maiores dificuldades/necessidades que sentem os funcionários em relação à gestão do regime terapêutico medicamentoso dos utentes? 	<ul style="list-style-type: none"> • Circuito dos medicamentos? • Conhecimentos sobre a dinâmica da Gestão do Regime terapêutico medicamentoso na instituição? • Orientações/informações que acha pertinente para a intervenção a realizar com os colaboradores?

<p>Conclusão</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Informar acerca da forma de conhecer os resultados no trabalho final; – Finalizar a entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> – Explicar o local onde se encontrará o trabalho final e como consultá-lo; – Formalizar os agradecimentos pela colaboração 	<ul style="list-style-type: none"> – Tem alguma questão que necessite de esclarecimento ou que queira falar em relação ao tema que estivemos a conversar? 	
-------------------------	--	---	--	--

Apêndice II- Guião da entrevista AAD

Estrutura	Objetivos	Estratégias	Questões	Linhas de orientação
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> – Apresentar a razão do trabalho e os objetivos aos participantes; – Garantir confidencialidade de todos os dados colhidos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Explicar os objetivos do trabalho; – Reforçar a importância da sua participação; – Referir que toda a informação será objeto de confidencialidade; 	<ul style="list-style-type: none"> – Está esclarecido(a) sobre as razões que levaram à realização deste trabalho? – Compreendeu a razão de participar neste trabalho? – Gostaria de colocar alguma questão? 	<ul style="list-style-type: none"> • Facultar o documento do consentimento informado, livre e esclarecido e dar tempo para que o participante o leia; • Pedir para assinar o consentimento informado, livre e esclarecido;
Corpo da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar a existência de formação anterior acerca da temática realizada pelos participantes; – Identificar as necessidades/dificuldades sentidas pelos participantes em relação à temática; – Conhecer as expectativas dos participantes em relação ao projeto de intervenção comunitária; 	<ul style="list-style-type: none"> – Explicar a terminologia em linguagem adequada, para que os participantes percebam do que se está a falar; – Colocar as questões de forma adequada e explícita aos participantes; 	<ul style="list-style-type: none"> – Frequentou alguma formação no âmbito desta temática? – Quais são as maiores dificuldades que sente em relação à gestão do regime terapêutico medicamentoso dos utentes? – Quais as necessidades que sente para melhorar a gestão do regime terapêutico medicamentoso dos utentes? 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimentos sobre a temática? • Orientações/ informações sobre o Regime Terapêutico Medicamentoso? • O que esperam da nossa intervenção?

<p>Conclusão</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Obter informação que não foi recebida durante a entrevista; – Informar acerca da forma de conhecer os resultados no trabalho final; – Finalizar a entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> – Explicar o local onde se encontrará o trabalho final e como consultá-lo; – Formalizar os agradecimentos pela colaboração 	<ul style="list-style-type: none"> – Tem alguma questão que necessite de esclarecimento ou que queira falar em relação ao tema que estivemos a conversar? 	
-------------------------	---	---	--	--

Apêndice III- *Corpus* da análise das entrevistas

Unidades de registo	Unidades de contexto	Categorias
Formação	<p>“Não” (E1)</p> <p>“Não” (E2)</p> <p>“Não” (E3)</p> <p>“Não” (E4)</p> <p>“Não temos formação” (E5)</p>	Formação sobre processo de gestão da medicação
Dificuldades evocadas pelos informantes	<p>“Será que estou a fazer a coisa certa, se faço bem, se não faço” (E3)</p> <p>“Tenho receio que me possa enganar” (E3)</p> <p>“No momento em que estamos a preparar ou dar a medicação temos de estar concentradas, às vezes não estou” (E3)</p> <p>“A única dificuldade que acho que sinto preenchem o formulário, introduzem um medicamento novo, têm de preencher novo formulário” (E4)</p> <p>“Às vezes existem alturas em que não compreendemos, pedimos umas às outras e não sabemos o que é 100% correto... já tivemos momentos desses aqui” (E4)</p> <p>“...o facto de acontecer com muita frequência eles trazerem os genéricos ou os não genéricos... depois às vezes as dosagens são um pouco diferentes, e às tantas não sabemos muito bem...” (E5)</p> <p>“Nem sempre o dossier está organizado” (E5)</p>	Segurança do utente

	<p>“Alguém que não está habituado a fazer a gestão da medicação, vai pegar no dossier e não vai perceber qual é a informação mais atualizada” (E5)</p> <p>“Nós temos um armário onde armazenamos os medicamentos, entenda-se, um armário vulgar” (E5)</p> <p>“Não fazemos registos da medicação” (E5)</p> <p>“...nós fazemos muitas coisas e portanto nem sempre poderá haver uma pausa para preparar como deve ser” (E5)</p>	
	<p>“...gostava que houvesse uma pessoa específica para dar a medicação, no meu ponto de vista” (E3)</p> <p>“Melhorar a nossa organização” (E4)</p> <p>“Arranjarmos uma forma ainda mais fácil e eficaz da gestão” (E4)</p> <p>“Não existe um horário definido para a preparação da medicação, uns minutos antes ou depois da refeição” (E5)</p>	<p>Método individual de trabalho no que diz respeito à preparação e administração da medicação</p>
	<p>“Termos de andar sempre em cima das famílias para trazerem a medicação” (E4)</p> <p>“Estar constantemente a ligar e a dizer, tenha cuidado que o seu familiar já não tem medicação” (E4)</p> <p>“Temos de estar constantemente a pedir a medicação e quase nunca vem a tempo e horas” (E5)</p> <p>“O contacto é feito telefonicamente.” (E5)</p>	<p>Comunicação com as famílias</p>

Apêndice IV – Instrumento de avaliação da sessão de educação para a saúde



Cumprir a medicação +

Avaliação da sessão

A sua opinião é importante para nós. A avaliação desta sessão tem como objetivo conhecer em que medida ela foi adequada e correspondeu às suas necessidades e expectativas. Para tal, assinale com um **(X)** o quadrado correspondente a cada item de acordo com a escala.

	MUITO INSATISFEITO				MUITO SATISFEITO
	1	2	3	4	5
Os conteúdos abordados foram relevantes e úteis.					
Permitiu-lhe adquirir conhecimentos novos.					
Os temas foram apresentados com clareza.					
A sessão foi uma mais-valia para o seu desempenho profissional.					
A duração da sessão foi adequada.					
A sessão correspondeu às suas expectativas iniciais.					

Assinale com um **(X)** a opção de resposta correta.

1. Quando recebe a medicação do utente no Centro de Dia deve:

- ☐ Confirmar a medicação recebida com a receita médica;
- ☐ Arrumar a medicação em local próprio;
- ☐ Colocar os medicamentos no saco referente ao utente.

2. Quando se armazena a medicação, deve ter-se especial atenção:

- ☐ Verificar a validade dos medicamentos;
- ☐ Dividir os medicamentos pelos sacos destinados a cada utente;
- ☐ Manter sempre os medicamentos na embalagem original de forma a garantir sua conservação e identificação.

3. A medicação deve ser preparada:

- ☐ Em ambiente com pouco ruído;
- ☐ Em ambiente com pouca luz;
- ☐ Com interrupções.

4. Para que a preparação da administração seja realizada de forma mais segura:

- ☐ Adotar o método dos “5 certos”;
- ☐ Procurar a verificação por outra pessoa;
- ☐ Lavar as mãos antes de iniciar a preparação da medicação.

5. Porque é importante registar a administração da terapêutica?

- ☐ Para completar o processo individual do utente;
- ☐ Permite saber que medicamentos foram administrados ao utente;
- ☐ Para a família dos utentes consultarem.

Sugestões que queira referir para melhorar o projeto:

Obrigada pela sua participação!

Apêndice V- *Scoping Review* – Fluxograma PRISMA e Tabelas de extração de resultados

FLUXOGRAMA PRISMA

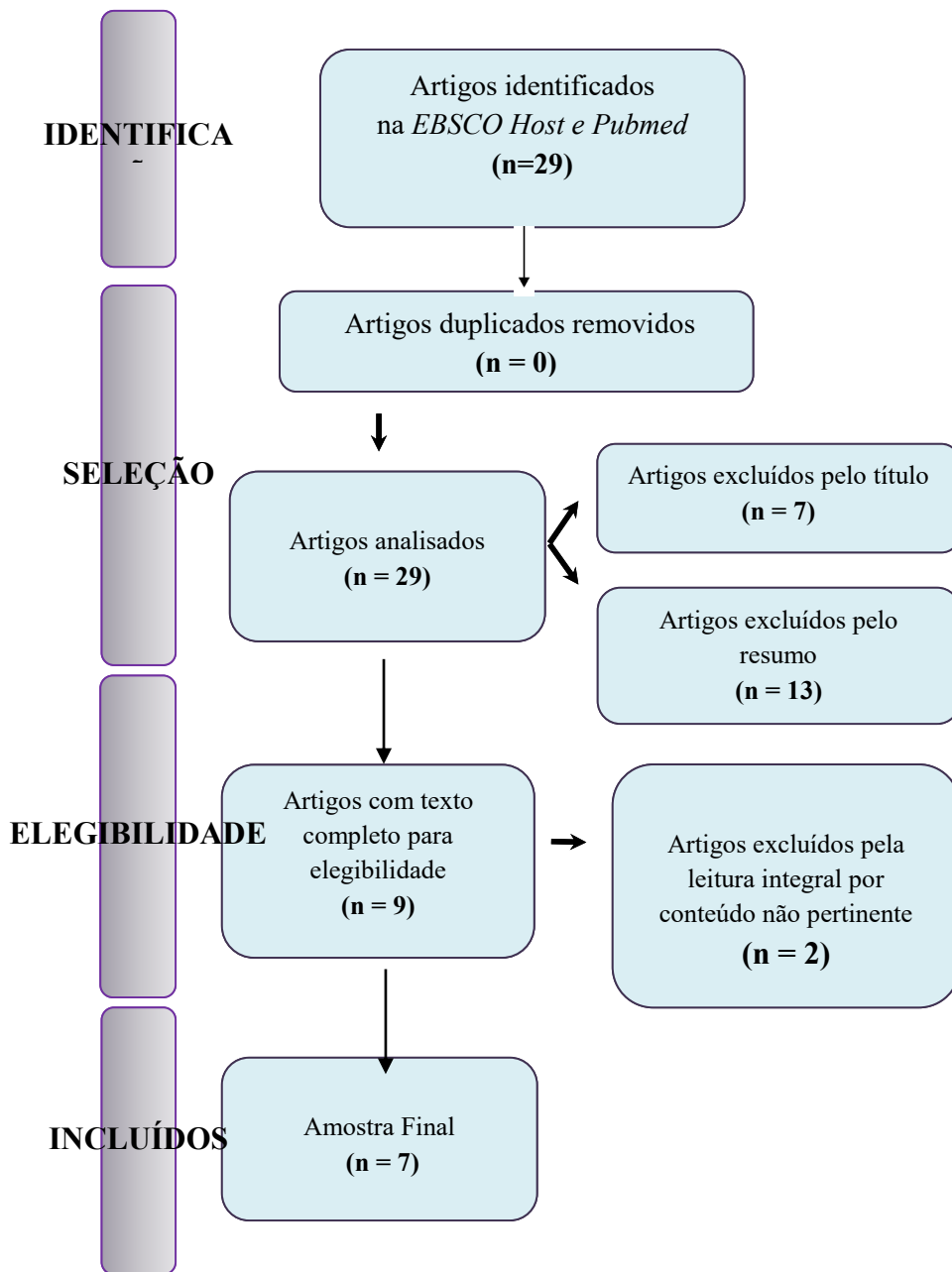


Tabela de extração de resultados

Identificação do Artigo	País	Objetivo	Tipo de Estudo	População/ Amostra	Intervenções de enfermagem na capacitação do cuidador na gestão do regime terapêutico medicamentoso	Conclusões
<p>Kelly G. Ezzel</p> <p>Strategies to guide medication adherence</p> <p>Discussions with parents of children with asthma</p> <p>2017</p>	Estados Unidos da América	Identificar as barreiras que dificultam a adesão terapêutica e identificar intervenções que auxiliem os cuidadores no processo de gestão da medicação.	Revisão sistemática		<p>Barreira: Nível de literacia em saúde baixo Fornecer material escrito com linguagem adequada ao cuidador; Oferecer suporte educacional (vídeo, imagens).</p> <p>Barreira: Regime terapêutico complexo Incentivar o cuidador a participar na tomada de decisões; Motivar o cuidador no seu papel; Simplificar o regime da medicação; Criar um plano que se adapte à dinâmica da família;</p> <p>Barreira: Restrições financeiras – Identificar os encargos financeiros; – Fornecer amostras da medicação quando disponíveis; – Informar acerca dos recursos sociais/comunitários disponíveis.</p> <p>Barreira: Confiança na equipa de saúde – Ouvir as preocupações do cuidador em relação à temática; – Disponibilizar tempo para esclarecimento de dúvidas; – Envolver-se em decisões comuns; – Reconhecer sucessos no processo de gestão da medicação.</p> <p>Barreira: Falta de apoio familiar Ajudar o cuidador a estabelecer rotinas familiares.</p>	<p>É baseado na evidência científica; Centra-se nas crenças dos cuidadores quanto ao diagnóstico, tratamento, gestão e confiança na equipa de saúde; Melhora a relação entre o cuidador e a equipa de saúde, através de: comunicação não coerciva; atitude não-crítica; incentivo no desempenho do papel de cuidador;</p> <p>A colaboração entre a equipa de saúde motiva e capacita o cuidador a aderir ao plano de tratamento.</p> <p>Os elementos da equipa de saúde não são apenas responsáveis pela gestão da doença crónica, também são um importante suporte ao cuidador, fornecendo aos cuidadores com ferramentas adequadas e necessárias para reduzir com sucesso potenciais barreiras à adesão terapêutica.</p>

Identificação do Artigo	País	Objetivo	Tipo de Estudo	População/ Amostra	Intervenções de enfermagem na capacitação do cuidador na gestão do regime terapêutico medicamentoso	Conclusões
<p>Spoelstra, Sandra L</p> <p>Why patients prescribed oral agents for cancer need training: a case study</p> <p>2015</p>	Estados Unidos da América	Apresentar a perspectiva do paciente na gestão da medicação oral usada no tratamento de neoplasias.	Observacional descritivo - Estudo de caso	<p>Caucasiana de 52 anos com diagnóstico de leucemia linfocítica e outras doenças crônicas.</p>	<p>Início do tratamento:</p> <p>Fornecer ensinios ao cuidador e paciente e materiais de suporte educacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> – informações sobre medicamentos: potenciais interações medicamentosas; – horários: número de medicamentos a serem tomados e hora da toma; – como proceder em caso de se esquecer de fazer a toma da medicação; – o que fazer para obter a receita médica; – possíveis efeitos colaterais e gestão dos sintomas; – importância da adesão ao regime medicamentoso; – a segurança na gestão da medicação; – a importância da comunicação com os profissionais de saúde; – fornecer contatos telefônicos da equipa de saúde e farmácia. <p>Follow-up telefónico e visitas domiciliare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar <i>follow-up</i> telefónico; • Agendar visitas domiciliare conforme necessário para: <ul style="list-style-type: none"> – Examinar as caixas/frascos da medicação por forma a garantir a prescrição correta; – Verificar se o regime terapêutico está a ser seguido conforme prescrição; – Auxiliar na autogestão; – Fornecer informações adicionais e esclarecer dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Os pacientes e cuidadores precisam de ser capacitados e encorajados a expressarem as suas dúvidas e necessidades em relação à gestão da medicação; – Destaca a urgência da necessidade da intervenção da enfermagem para a capacitação dos cuidadores e pacientes; – Sugere a elaboração de projetos que ajudem a fornecer suporte e acompanhamento de pacientes ou cuidadores sob prescrição de quimioterapia oral; – Refere que os enfermeiros estão em posição de liderança para apoiar pacientes e cuidadores na gestão segura da medicação.

Identificação do Artigo	País	Objetivo	Tipo de Estudo	População/ Amostra	Intervenções de enfermagem na capacitação do cuidador na gestão do regime terapêutico medicamentoso	Conclusões
<p>Rudnitzki Theresa; McMahon Diana</p> <p>Oral agents for cancer: Safety challenges and recommendations</p> <p>2015</p>	Estados Unidos da América	Fornecer informação e recomendações para a gestão da medicação em ambiente comunitário	Revisão sistemática		<p>Ensinos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Armazenamento e utilização segura: <ul style="list-style-type: none"> – Armazenar os citostáticos orais separadamente de outros medicamentos, longe de alimentos, bebidas, crianças ou animais, protegidos da luz; – Devolver os citostáticos não utilizados à farmácia; – Evitar contato com os citostáticos em caso de gravidez ou aleitamento materno; – Não administrar os citostáticos a outras pessoas; – Se os citostáticos necessitarem de ser divididos ou triturados, deve ser feito em farmácias; – Lavar as mãos antes e após contacto com os citostáticos; • Administração segura: <ul style="list-style-type: none"> – Os cinco certos da medicação (medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa e paciente certo); – Interações dos citostáticos com alimentos; outros medicamentos, produtos fitoterápicos e suplementos nutricionais; – Efeitos colaterais esperados; – Como atuar em caso de uma dose esquecida; – Administração adequada (não mastigar, partir, dividir ou esmagar os citostáticos); – Quando notificar a equipa de saúde. 	<p>As estratégias sugeridas no artigo podem ser utilizadas para:</p> <ul style="list-style-type: none"> – educar profissionais, pacientes, cuidadores informais sobre práticas seguras; – conhecimento acerca das necessidades dos pacientes/cuidadores; – otimizar a segurança e acompanhamento do paciente.

Identificação do Artigo	País	Objetivo	Tipo de Estudo	População/ Amostra	Intervenções de enfermagem na capacitação do cuidador na gestão do regime terapêutico medicamentoso	Conclusões
<p>Schumacher, Karen L.; Clark, Vicki L. Plano; West, Claudia M.; Dodd, Marylin J.; Rabow, Michael W.; Miaskowski, Christine</p> <p>Pain Medication Management Processes Used by Oncology Outpatients and Family Caregivers Part II: Home and Lifestyle Contexts</p> <p>2015</p>	Estados Unidos da América	Descrever a gestão de analgésicos por pacientes e cuidadores familiares em contexto domiciliar e estilo de vida	Ensaio clínico randomizado	Doentes com dor somática e visceral resultante do diagnóstico de neoplasias (n= 42 pacientes dos quais 20 com cuidador informal)	<p>Educação:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Informações sobre os medicamentos e esquema terapêutico; – Indicação terapêutica de cada medicamento do esquema terapêutico instituído; – Informação sobre dose máxima diária que podem tomar e intervalos a cumprir entre tomas; – Fornecer suporte educacional (escrita; informático) <p>Organização e armazenamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Utilização de caixas de medicação ou sugestão de outras estratégias de acordo com as rotinas de vida diárias; – Armazenamento seguro da medicação. <p>Agendamento e lembretes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fornecer estratégias para otimizar as tomas da medicação de acordo com a rotina diária; – Fornecer estratégias que evitem a falha nas tomas da medicação. 	Os resultados do estudo chama a atenção para a a capacitação nesta área para uma gestão eficaz e segura da medicação analgésica; Evidencia a necessidade de intervenção numa ampla gama de habilidades comportamentais; Permitiu identificar os processos comportamentais fundamentais para a gestão da medicação analgésica.

Identificação do Artigo	País	Objetivo	Tipo de Estudo	População/ Amostra	Intervenções de enfermagem na capacitação do cuidador na gestão do regime terapêutico medicamentoso	Conclusões
<p>Lang, Ariella; Macdonald, Marilyn; Marck, Patricia; Toon, Lynn; Griffin, Melissa; Easty, Tony; Fraser, Kimberly; MacKinnon, Neil; Mitchell, Jonathan; Lang, Eddy; Goodwin, Sharon.</p> <p>Seniors managing multiple medications: using mixed methods to view the home care safety lens</p> <p>2015</p>	Canadá	Gerar novos <i>insights</i> sobre o processo de gestão da medicação em contexto de assistência domiciliar	Ensaio observacional descritivo	Idosos com doenças crônicas, familiares/cuidadores, cuidadores pagos (n=94)	<p>Adaptar modelos de prestação de cuidados a contextos domiciliários:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fornecer ensinios sobre a medicação e segurança da medicação tendo em conta o conhecimento limitado sobre a temática; – Olhar para o idoso e cuidador como alvo de intervenção e alargar a intervenção a pessoas significativas (a segurança do idoso está indissolivelmente ligada à segurança da família), bem como avaliar a existência de redes de apoio e disposição para aceitar responsabilidades; – Adaptar a intervenção ao contexto domiciliar (caraterísticas da habitação que afetam o processo de gestão da medicação pelo idoso/cuidador com segurança); <p>Desenvolver ferramentas centradas no idoso; cuidador/familiar; cuidador pago na segurança de medicamentos em casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Optar por suportes educacionais com imagens, de fácil compreensão (prescrição, aquisição e armazenamento da medicação); – Rastreamento de medicamentos por parte da equipa domiciliar; – Adaptar as ferramentas às caraterísticas individuais de cada pessoa e contexto habitacional, recorrendo a outros recursos disponíveis como unidades de cuidados continuados ou farmácias comunitárias. <p>Fortalecer a integração dos sistemas de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Implementar projetos de transição de cuidados (contexto hospitalar para a comunidade assegurando a comunicação eficaz sobre assuntos relacionados com a medicação). 	<p>Este estudo relata as perspetivas e experiências dos idosos; cuidadores/familiares ou cuidadores pagos acerca da gestão da medicação em contexto domiciliar e torna evidente a necessidade de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptar dos modelos de prestação de cuidados acerca da gestão da medicação e segurança dos medicamentos ao contexto domiciliar individualizado; • Refere a importância de estudos futuros com o objetivo de otimizar e desenvolver ferramentas centradas no individuo, a sua segurança e apoio na gestão da medicação.

Identificação do Artigo	País	Objetivo	Tipo de Estudo	População/ Amostra	Intervenções de enfermagem na capacitação do cuidador na gestão do regime terapêutico medicamentoso Conclusões
<p>Husebo, Bettina S.; Flo, Elisabeth; Aarsland, Dag; Selbaek Geir; Testad, Ingelin; Gulla, Christine; Aasmul, Irene; Ballard, Clive</p> <p>COSMOS—improving the quality of life in nursing home patients: protocol for an effectiveness-implementation cluster randomized clinical hybrid trial</p> <p>2015</p>	Noruega	Descrever o processo de desenvolvimento, conteúdo e execução do estudo COSMOS ³	Protocolo para um ensaio clínico randomizado	571 participantes em 67 lares de idosos	<p>A intervenção será realizada pelos "embaixadores COSMOS", estes embaixadores são funcionários dos lares de idosos onde se realiza a intervenção (médicos, enfermeiros ou auxiliares de enfermagem). No entanto é exigido um mínimo de dois enfermeiros de cada lar no grupo de intervenção para participar. Estes embaixadores participam numa formação de dois dias em relação a cada componente COSMOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Comunicação – Avaliação sistemática e tratamento da dor – Revisão da medicação: revisão de medicamentos com reunião entre o médico responsável, os colaboradores dos lares de idosos e a equipa de pesquisa: <ul style="list-style-type: none"> • Discussão do processo clínico do utente; • Otimização da terapia medicamentosa; • Prevenção de reações adversas e efeitos secundários; <ul style="list-style-type: none"> • Melhorar registos e <i>follow-up</i>. – Segurança: <ul style="list-style-type: none"> • Revisão terapêutica reduz o número total de medicamentos, interações e efeitos secundários. <p>Após esta formação e de receber supervisão da equipa de pesquisa implementa-se a intervenção pelos embaixadores COSMOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A cada semana de cada mês será realizada formação sobre um dos componentes do COSMOS: serão realizadas sessões de educação e fornecido suporte escrito aos colegas da instituição, idealmente estas formações deverão ser repetidas por quatro meses consecutivos; • Para garantir a revisão terapêutica dois pesquisadores COSMOS procuram médicos e enfermeiros para uma reunião por forma a realizar uma revisão sistemática da medicação. <p><i>Follow-up</i> realizado por contactos telefónicos a cada duas semanas, uma visita à instituição dois meses após a intervenção.</p> <p>Serão disponibilizadas visitas em caso de necessidade e uma linha telefónica de apoio/e-mail (segunda a sexta-feira entre as 8H e as 16H).</p>

³ **C**omunication; **S**ystematic assessment and treatment of pain; **M**edication review; **O**rganization of activities and **S**afety.

Identificação do Artigo	País	Objetivo	Tipo de Estudo	População/A mostra	Intervenções de enfermagem na capacitação do cuidador na gestão do regime terapêutico medicamentoso	Conclusões
<p>Schaeffer, Doris; Müller-Mundt, Gabriele</p> <p>Management of complex medication regimes in chronic illness - challenges and support needs from the health professional's view</p> <p>2012</p>	Alemanha	Determinar as necessidades de suporte educacional e estratégias de otimização no processo de gestão da medicação na doença crónica na perspectiva dos profissionais.	Observacional descritivo – série de casos	Farmacêuticos; médicos; enfermeiros. (n=26)	<p>Educação: Fornecer informações acerca das doenças; terapia e medicação; Informar acerca dos efeitos possíveis, cuidados na administração e armazenamento da medicação; Promover a monitorização de sinais e sintomas; Apoio o instrumental (suporte educacional)</p> <p>Apoio: Envolver as pessoas significativas na gestão da medicação; Incentivar a partilha de emoções em relação à experiência do cuidar; a doença e preocupações. Integração do cumprimento do esquema terapêutico na vida quotidiana; Garantir a promoção do bem-estar social; Eliminação de crises de motivação e sugestão de estratégias para lidar com situações problemáticas na gestão da medicação; Acompanhamento e disponibilidade permanente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – A implementações destas intervenções leva à necessidade de mais tempo disponível mais tempo para os pacientes e família; – Aquisição de competências comunicativas e educacionais; – Cooperação entre a equipa multidisciplinar de saúde, – Adotar o contexto domiciliar como o mais adequado para comunicação/educação/Intervenção; – Os enfermeiros da comunidade, nomeadamente na assistência domiciliar assumem um papel importante na gestão do processo da medicação no quotidiano aos utentes com doenças crónicas.

Apêndice VI- Sessão informativa para a direção do centro de dia

Processo de Gestão da Medicação



Cumprir a medicação +

Enf.^a Marisa Sousa, estudante de Mestrado em Enfermagem Comunitária

OBJETIVOS DA SESSÃO

Sensibilizar para a complexidade do processo de gestão da medicação e as exigências que implica

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ☐ Apresentar os resultados das entrevistas;
- ☐ Definir conceitos relacionados com o processo de gestão da medicação;
- ☐ Apresentar suportes para elaboração de registos;
- ☐ Expor as intervenções planeadas para as AAD.

Necessidades identificadas neste grupo de informantes

01

**Formação sobre gestão do regime
terapêutico medicamentoso**

02

**Segurança da pessoa idosa relacionada com a gestão e organização da
terapêutica, registos e articulação com a família**

03

**Método de trabalho individual para a preparação e administração da
terapêutica**

3

**A gestão da medicação das pessoas idosas é particularmente importante
porque esta população é extremamente vulnerável aos efeitos adversos da
medicação.**

4

O que é um comportamento de adesão?

“Ação autoiniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.”

(Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015, p. 38).

Processo de gestão da medicação:

Processo que tem início na seleção, aquisição e armazenamento do medicamento, preparação, administração e monitorização.

Este processo visa a prestação integrada de cuidados de saúde ao utente promovendo o uso racional e seguro da medicação, quer por este, quer pela equipa multidisciplinar envolvida.

Segurança na medicação:

Atividades para evitar, prevenir ou corrigir incidentes que podem resultar do uso de medicamentos.

SEGURANÇA DO UTENTE

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020

Quarto objetivo estratégico:

- ☐ **Aumentar a segurança na utilização da medicação.**

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020

Melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes que deve identificar:

- ❑ Os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear;
- ❑ A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde deve assentar nestes princípios fundamentais:
 - A identificação das ações preventivas que já existem e a avaliação das medidas tomadas;
 - A tomada de medidas reativas e corretoras após a ocorrência de incidentes.

A Organização Mundial de Saúde estima que entre 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação

Estima-se que anualmente ocorram inúmeras consultas em serviços de urgência devido a incidentes relacionados com a medicação

A elevada prevalência de incidentes relacionados com a medicação não é exclusiva do ambiente hospitalar. Estima-se que entre 4% a 7% das admissões hospitalares resulte destes incidentes

Necessidade:
Aumentar a cultura de segurança do utente

INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE CUIDADOS DE SAÚDE DEVEM:

- ☐ Adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla-validação de procedimentos;
- ☐ Reforço da atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação e à monitorização da terapêutica;
- ☐ Os cidadãos devem ser ativamente envolvidos na utilização da medicação.

Quais são os problemas mais comuns na gestão da medicação?

- ☐ Escassez de informação sobre a terapêutica;
- ☐ Armazenamento inseguro;
- ☐ Armazenamento sem controlo de temperatura;
- ☐ Erros na troca do utente a quem é administrada a medicação;
- ☐ Fracos registos acerca da medicação.

CIRCUITO DA TERAPÊUTICA



13



AQUISIÇÃO

Que cuidados ater?

- ❑ Confirmar a terapêutica recebida com a descrita na receita médica;
- ❑ Avaliar se os medicamentos estão com a embalagem íntegra e rótulos;
- ❑ Conferir a validade;
- ❑ Identificar a terapêutica com os dados do utente a que pertence.



ARMAZENAMENTO

Que cuidados ater?

***“A medicação deve estar em local seguro, acessível
apenas aos técnicos de saúde e aos colaboradores que a ministram”***

Manual de Boas Práticas - Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas do Instituto da
Segurança Social, I.P. (2005, p.61)

***“Os medicamentos trazidos pelos clientes são
identificados, manuseados de forma segura, armazenados numa área específica, segura e
salvaguardadas as condições de preservação”***

(Instituto da Segurança Social, I.P., 2007,
p.41).

- ☐ Deve existir um local específico para o armazenamento de medicamentos;
- ☐ A área destinada ao acondicionamento de medicamentos deve ter condições que permitam preservar suas condições de uso (locais frescos, longe do calor, luz e humidade);
- ☐ Os medicamentos devem ser guardados divididos por utente e devidamente identificados.



PREPARAÇÃO

Que cuidados ater?

- ❑ **Verificação da medicação por uma segunda pessoa.** Seria particularmente importante esta verificação, a preparação é de facto um momento crítico no uso seguro do medicamento: uma falha neste passo já não será provavelmente corrigida;
- ❑ **Promover um ambiente de trabalho que permita o desenvolvimento adequado da preparação, nomeadamente no que respeita à iluminação, ruído;**
- ❑ **Reduzir ao mínimo as interrupções/distrações.**



REGISTOS

O quê e porquê?

Estão estabelecidos dois requisitos necessários à implementação do sistema de gestão da qualidade que têm a ver com os registos de medicação, a saber:

- 1. Manutenção dos registos, datados e assinados, da administração de medicamentos e dado o caso, da ocorrência de situações anómalas;***
- 2. Incorporação dos registos como parte integrante do Processo Individual do cliente.***

*Manual português Modelo de Avaliação da Qualidade nas ERPIs do Instituto da
Segurança Social, I.P. (2007)*

Os registos são um requisito indispensável, permitem o conhecimento das intervenções realizadas ao utente.

Constituem um elemento essencial, quer para garantir a prestação de cuidados, como para a sua continuidade.

São uma poderosa fonte de informação para todos os intervenientes no processo de acompanhamento do utente.

O que registar?

- ☐ A medicação que se administrou ao utente;
- ☐ A medicação que não se administrou e os motivos dessa não administração;
- ☐ As queixas e efeitos adversos ocorridos.

FOLHA FARMACOTERAPÊUTICA

Constitui um registo central do processo clínico do utente, acerca do qual todas as Instituições têm um modelo próprio, e que pode ser utilizado:

- **Aquando das transferências do utente para instituições de saúde.**
- **Ferramenta no processo da preparação da medicação, servindo de bom auxiliar neste momento mais crítico do circuito da medicação.**

FOLHA FARMACOTERAPÊUTICA

Existe uma folha modelo nacional, no Manual de processos chave - Estrutura Residencial para Idosos do Instituto da Segurança Social, I.P. (2011)

[illegible]

FOLHA FARMACOTERAPÊUTICA, SUGERIMOS:

- ☐ Nome do utente;
- ☐ Nome do medicamento;
- ☐ A principal indicação terapêutica de cada medicamento;
- ☐ Dosagem e posologia;
- ☐ Data da prescrição;
- ☐ Duração do tratamento;
- ☐ Via de administração;
- ☐ Um campo para as patologias ou antecedentes pessoais.

27

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA – INFORMAÇÃO GENÉRICA

Nome do utente: _____

Patologias conhecidas:

Nome do Medicamento	Dosagem	Posologia	Indicação terapêutica	Data de prescrição	Duração do tratamento	Via de administração

28

Nome do utente:

Observações:

29

- 26

INTERVENÇÕES E FERRAMENTAS A REALIZAR

- ☐ Sessão de educação para a saúde às AAD sobre gestão do regime terapêutico medicamentoso, segurança do utente e articulação com a família;
- ☐ Construção de suporte escrito da sessão de educação para a saúde para ficar na instituição para ser consultado pelas AAD;
- ☐ Apresentação das folhas de registo terapêutico como ferramenta de suporte no processo de gestão terapêutica medicamentosa
- ☐ Folheto informativo a entregar às famílias sobre cuidados a ter com os medicamentos.

27

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Pretendeu-se com esta sessão mostrar o processo de gestão terapêutica;
- Sugerir intervenções a realizar a cada etapa do processo pelas AAD.

28

Apêndice VII - Folhas de registo de terapêutica

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA – INFORMAÇÃO GENÉRICA

Nome do utente: _____

Patologias conhecidas:

Alergias: _____

Nome do Medicamento	Dosagem	Posologia	Indicação terapêutica	Data de prescrição	Duração do tratamento	Via de administração

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA – INFORMAÇÃO GENÉRICA

Nome do utente: _____

Mês _____ Ano _____

[illegible]

Observações:

Apêndice VIII - Sessão de educação para a saúde das AAD

PROCESSO DE **Gestão** DA MEDICAÇÃO



Cumprir a medicação +

Enf.^a Marisa Sousa, estudante de Mestrado em Enfermagem Comunitária

2

Contribuir para o aumento da literacia em saúde acerca do processo de gestão da medicação para a segurança do utente e melhoria da adesão terapêutica.

- Apresentar os resultados das entrevistas;
- Indicar intervenções a adotar no processo de gestão da medicação;
- Apresentar suporte para o registo da terapêutica;
- Contribuir para a melhoria da articulação com as famílias;
- Apresentar suporte escrito de consulta com as intervenções sugeridas e algumas características gerais dos

NECESSIDADES IDENTIFICADAS**01**

**Formação sobre
gestão do regime
terapêutico
medicamentoso**

02

**Segurança do idoso
relacionada com a gestão
e organização da
terapêutica, registros e
articulação com a família**

03

**Método de trabalho
individual para a
preparação e administração
da terapêutica**

**Gestão da medicação das pessoas idosas é particularmente
importante porque esta população é extremamente vulnerável
aos efeitos adversos da medicação.**



Estudo realizado em Portugal em 1669 doentes:

- existiram 11,1% de eventos adversos;
- 53,2% foram considerados evitáveis

50 % dos incidentes são evitáveis

Disponível em: <<https://picsart.com/i/sticker-oi-265489237002212?hl=es>>

Incidentes relacionados com a medicação não são exclusivos do ambiente hospitalar. Estima-se que entre 4% a 7% das admissões hospitalares resulte destes incidentes.

Alguns destes eventos ocorreram devido a erros relacionados com a gestão do regime terapêutico

O que se entende por processo da gestão do regime terapêutico medicamentoso?

Processo que tem início na seleção, aquisição e armazenamento do medicamento, preparação, administração e monitorização.

O que se entende por segurança na medicação?

Atividades para evitar, prevenir ou corrigir incidentes que podem resultar do uso de medicamentos.

O que é um comportamento de adesão?

“Ação autoiniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.”

(Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015, p. 38).

melhorar a cultura de
segurança do utente

**Melhorar o
processo da gestão
do regime
terapêutico
medicamentoso**

**Aumentar a
segurança do
utente**

**Melhorar a adesão
do regime
terapêutico
medicamentoso**

CIRCUITO DA TERAPÊUTICA

Aquisição

Armazenamento

Preparação e
administração

Registos



AQUISiÇÃO

Que cuidados a ter?

AQUISiÇÃO

12

- ☐ Confirmar a terapêutica recebida com a receita médica;
- ☐ Avaliar se os medicamentos estão com a embalagem íntegra e rótulos;
- ☐ Conferir a validade;
- ☐ Identificar a terapêutica com os dados do utente a que pertence.



Disponível em: <https://www.123rf.com/profile_maximillion>



ARMAZENAMENTO

Que cuidados a ter?

ARMAZENAMENTO

14

- ☐ Deve existir um local específico para o armazenamento de medicamentos longe do calor, luz e humidade;
- ☐ Alguns medicamentos necessitam ser armazenados no frigorífico, porém não devem ser colocados na porta ou no congelador (exemplo: gotas para os olhos);
- ☐ Manter sempre os medicamentos na embalagem original para garantir sua conservação e identificação;
- ☐ Verificar as recomendações do fabricante e se as características do produto continuam as mesmas após abertura das embalagens;
- ☐ Os medicamentos devem ser guardados divididos por utente e devidamente identificados.



PREPARAÇÃO

Que cuidados a ter?

A **preparação** é um momento crítico no uso seguro do medicamento:

...uma falha neste passo já não será provavelmente corrigida!

- ❑ Ambiente de trabalho: **boa iluminação, pouco ruído;**
- ❑ Reduzir-se ao **mínimo** as **interrupções/distrações.**



Disponível em:
<https://www.123rf.com/photo_54199720_stock-vector-vector-illustration-of-cartoon-funny-light-bulb-pointing-his-finger.html>

1. Antes da preparação dos medicamentos deve fazer-se uma limpeza da superfície onde vão ser preparados;
2. Lavar as mãos antes de iniciar a preparação;
3. Garantir o ambiente calmo e sem ruídos;
4. **Preparação segura da medicação**
5. Assegurar que os utentes tomam a medicação;
6. Lavar as mãos após a administração da medicação e de utente para utente.

Quando um utente tem de tomar um medicamento fora das horas a que normalmente se faz a administração, colocar por exemplo um lembrete no telemóvel.

PARA A PREVENÇÃO DE ENGANOS ASSOCIADOS À MEDICAÇÃO:

“9 certos”



Disponível em: https://www.123rf.com/photo_75737949_stock-vector-good-idea-color-icon-light-bulb-eureka-isolated-vector-illustration.html



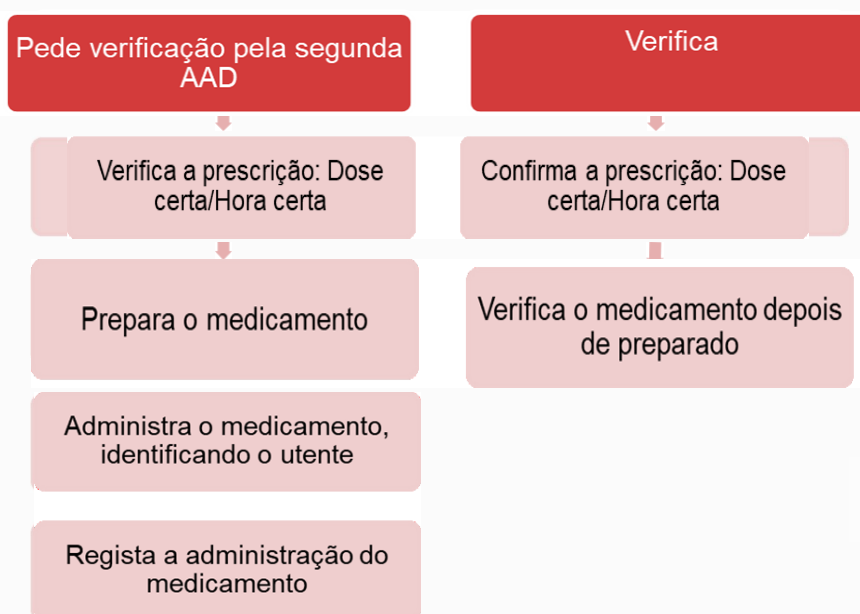
Disponível em: <https://www.thedealfindersacademy.com/the-deal-finders-academy30159277>

PARA A PREVENÇÃO DE ENGANOS ASSOCIADOS À MEDICAÇÃO:

“Dupla verificação”



Disponível em:
https://www.123rf.com/photo_75737949_stock-vector-good-idea-color-icon-light-bulb-eureka-isolated-vector-illustration.html



Disponível em:
<https://www.guiainfantil.com/articulos/ocio/cuentos-infantiles/los-dos-amigos-fabula-infantil-de-la-fontaine/>



REGISTOS

O quê e porquê?

REGISTOS

24

O que registar?

- ☐ A medicação que se administrou ao utente;
- ☐ A medicação que não se administrou e os motivos dessa não administração;
- ☐ As queixas e efeitos adversos ocorridos.



Disponível em:

<http://penskyconsultoria.blogspot.com/2016/08/priorizacao-das-atividades.html>

Porquê registar?

- ☐ Permitem o conhecimento das intervenções realizadas ao utente;
- ☐ Garantem a prestação de cuidados e a sua continuidade;
- ☐ Poderosa fonte de informação para todosos intervenientes no processo de acompanhamento do utente.



Disponível em:
<https://www.comoescreve.com/2013/06/quando-usar-por-que-por-que-porque-e.html>

Folha da medicação

Constitui um registo central do processo clínico do utente, acerca do qual todas as Instituições têm um modelo próprio, e que pode ser utilizado:

- Aquando das transferências do utente para instituições de saúde.
- Ferramenta no processo da preparação da medicação, servindo de bom auxiliar neste momento mais crítico do circuito da medicação.



Disponível em: <https://pt.dreamstime.com/>

- ❑ Nome do utente;
- ❑ Nome do medicamento;
- ❑ A principal indicação terapêutica de cada medicamento;
- ❑ Dosagem e posologia;
- ❑ Data da prescrição;
- ❑ Duração do tratamento;
- ❑ Via de administração;
- ❑ Campo para as patologias ou antecedentes pessoais.

Disponível em: <https://pt.dreamstime.com/>

Patologias conhecidas:

[illegible]



ARTICULAÇÃO COM AS FAMÍLIAS

ARTICULAÇÃO COM AS FAMÍLIAS

32

Consequências da não adesão medicamentosa ?

- ☐ Agravamento na evolução da doença;
- ☐ Redução nas capacidades das pessoas idosas e menor qualidade de vida;
- ☐ Aumento das idas ao médico ou das visitas ao hospital e até reinternamentos frequentes
- ☐ Desperdício da medicação;



Disponível em: <https://sp.depositphotos.com/67562067/stock-illustration-character-illustration-design-businessman-angry.html>

Como podemos ajudar?

- ❑ Lembretes via SMS;
- ❑ Folheto informativo a entregar às famílias com a importância do cumprimento do esquema terapêutico instituído à pessoa idosa.



Disponível em: <https://ndau.io/author/neil/>



É necessário ter cuidado a organizar e administrar os medicamentos.

Muitas vezes, as pessoas idosas tomam uma grande quantidade de medicamentos por dia.

Se não tomar os medicamentos, pode haver muitas consequências como:

- Agravamento da doença;
- Diminuição das suas capacidades;
- Aumento das idas ao médico, ao hospital e até internamentos...

Deve garantir:

1. Que a dose e a hora não sofrem erros
2. Que os medicamentos não são trocados.

COMO CONSEGUIR? VAMOS AJUDAR!



NAS IDAS AO CENTRO DE SAÚDE OU HOSPITAL

Pergunte ao médico/enfermeiro sobre os aspetos mais importantes sobre a toma de medicamentos na pessoa idosa:

- Medicação que toma atualmente;
- Eficácia da medicação;
- O que acontece se não cumprir o tratamento;
- Efeitos secundários possíveis;
- Interações medicamentosas;
- Prescrições de outros médicos que seguem o utente.



NAS IDAS À FARMÁCIA

Ao comprar medicamentos na farmácia deve ser sempre pedido ao farmacêutico que indique na caixa do medicamento qual a dose e hora certa da toma.



Não facilite, quando o alertarem que a medicação do seu familiar está a chegar ao fim, não se esqueça, o sucesso do tratamento também depende de si!

Colabore com a equipa, não deixe a medicação terminar!

Autor: Enf.ª Marisa Sousa

Orientadores:

Enf.ª Especialista em Enfermagem Comunitária

Prof. Doutora Elisa Garcia





MANUAL DE APOIO





CONSIDERAÇÕES FINAIS³⁷

- ☐ Pretendeu-se mostrar o processo de gestão da medicação;
- ☐ Sensibilizar para a complexidade deste processo e as exigências que implica;
- ☐ As intervenções a adotar em cada etapa deste processo;
- ☐ Contribuir para a melhoria dos registos;

Disponível em: <http://www.pesquisarac.info/2019/02/zec-i-kornjaca.html>



OBRIGADA

Disponível em: <https://statuv.com/media/529384131190990316>

Apêndice IX - *Check-list* de avaliação do projeto



AVALIAÇÃO DO PROJETO CUMPRIR A MEDICAÇÃO +

CHECK LIST

		SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Aquisição	Confere a terapêutica recebida com a receita médica.			
	Avalia se os medicamentos estão com a embalagem e rótulos íntegros.			
	Confere a validade.			
	Identifica a terapêutica com os dados do utente a que pertence.			
Armazenamento	Existe um local específico para os medicamentos devidamente protegidos da luz, humidade e fonte de calor.			
	Mantém os medicamentos na embalagem original.			
	Os medicamentos estão divididos por utente e identificados.			
Preparação/Administração	A preparação da terapêutica é realizada em ambiente com pouco ruído e sem interrupções.			
	Lavam as mãos antes da preparação.			
	Cumprem os “9 certos” e procuram a dupla verificação.			
	Verificam se os utentes tomam a medicação.			
Registos	As folhas de terapêutica estão completas.			
	Registam a administração/preparação da terapêutica dos utentes.			

Apêndice X - Folheto para distribuir às famílias dos utentes

RECOMENDAÇÕES GERAIS SOBRE A TOMA DE MEDICAMENTOS EM PESSOAS IDOSAS

- Medicamentos devem ser guardados em local seco e fresco e fora do alcance das crianças;
- Evitar guardar medicamentos na casa de banho a humidade pode alterar a medicação;
- Se a pessoa idosa não souber ler, desenhar na caixa dos medicamentos um sol ou uma lua, para indicar que a toma é de manhã ou à noite;
- No caso da pessoa idosa não conseguir tomar os comprimidos inteiros, consulte um profissional de saúde sobre a possibilidade de administrar de outra forma (dissolvidos em água);
- Se a pessoa idosa tiver o hábito de beber bebidas alcoólicas, consultar o médico;
- Não utilizar a cor dos comprimidos como referência para os administrar, as cores variam conforme o laboratório;
- Não usar medicamentos que foram prescritos para outra pessoa;
- Avisar a equipa de saúde se notar alguma reação secundária;
- Informar os profissionais de saúde sobre os medicamentos que toma, prescritos ou não, incluindo produtos naturais;
- Em caso de dúvida, contactar sempre a equipa de saúde.



Não facilite, quando o alertarem que a medicação do seu familiar está a chegar ao fim, não se esqueça, o sucesso do tratamento também depende de si!

Colabore com a equipa, não deixe a medicação terminar!



Disponível em: <https://ccohm.org.uk/tips-for-caring-for-parents-with-alzheimers/>

Autor: Enf.^a Marisa Sousa

Orientadores:

Enf.^a Especialista em Enfermagem
Comunitária Andreia Gomes

Prof. Doutora Elisa Garcia



É necessário ter cuidado a organizar e administrar os medicamentos.

Muitas vezes, as pessoas idosas tomam uma grande quantidade de medicamentos por dia.

Se não tomar os medicamentos, podem haver muitas consequências como:

- Agravamento da doença;
- Diminuição das suas capacidades;
- Aumento das idas ao médico, ao hospital e até internamentos...

Deve garantir:

1. **Que a dose e a hora não sofrem erros**
2. **Que os medicamentos não são trocados.**

COMO CONSEGUIR? VAMOS AJUDAR!



Disponível em: <https://pt.slideshare.net/Amayones/redes-sociais-como-herramienta-de-alfabetizacin-digital-en-saludafuimas-buenas-practicas>

NAS IDAS AO CENTRO DE SAÚDE OU HOSPITAL

Pergunte ao médico/enfermeiro sobre os aspetos mais importantes sobre a toma de medicamentos na pessoa idosa:

- ☐ Medicação que toma atualmente;
- ☐ Eficácia da medicação;
- ☐ O que acontece se não cumprir o tratamento;
- ☐ Efeitos secundários possíveis;
- ☐ Interações medicamentosas;
- ☐ Prescrições de outros médicos que seguem o utente.



NAS IDAS À FARMÁCIA

Ao comprar medicamentos na farmácia deve ser sempre pedido ao farmacêutico que indique na caixa do medicamento qual a dose e hora certa da toma.

HORA CERTA

- ☐ As caixas dos medicamentos podem ser organizados por horário da toma para facilitar a organização;
- ☐ Para evitar esquecimentos da toma de medicamentos em pessoas idosas, estes devem ser colocados perto da zona de refeição.

DOSE CERTA

- ☐ Muitas vezes as pessoas idosas interrompem a toma de um medicamento, quando se sentem melhor ou sentem que lhes está a fazer pior.
- ☐ Outras vezes em que os tomam por enganos mais que uma vez.

Deve ter atenção e verificar se a toma dos medicamentos está a ser respeitada.

PRAZO DE VALIDADE DOS MEDICAMENTOS

- ☐ Os medicamentos devem estar organizados por prazo de validade.

Medicamentos que se encontrem fora do prazo de validade podem ser devolvidos à farmácia.

Apêndice XI – Manual orientador



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA PORTO VISEU



Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.



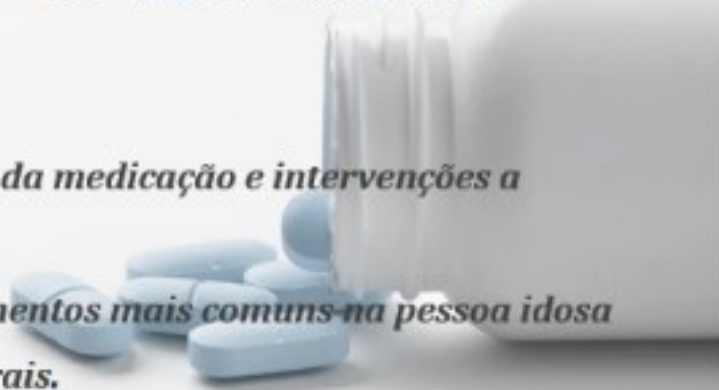
Cumprir a medicação +

PROCESSO DE GESTÃO DA MEDICAÇÃO

MANUAL ORIENTADOR

Processo de gestão da medicação e intervenções a executar.

Grupos de medicamentos mais comuns na pessoa idosa e características gerais.



AUTORES

Marisa Sousa, Mestranda – Curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica.

REVISÃO TÉCNICA E CIENTÍFICA

Elisa Garcia, Prof^a Doutora no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;

Andreia Gomes, Mestre e Enfermeira com especialização de Enfermagem Comunitária. ACES

Joana Rocha, Mestre em Ciências Farmacêuticas. Farmacêutica comunitária em Vila Nova de Gaia.

ATUALIZAÇÃO

Equipa de Cuidados Continuados Integrados da UCC

LOCAL E DATA

Amadora, 2019.

ÍNDICE

<u>NOTA INTRODUTÓRIA</u>	4
--------------------------------	---

Capítulo 1

Processo de gestão da medicação - Intervenções

<u>1. PROCESSO DE GESTÃO DA MEDICAÇÃO NA PESSOA IDOSA</u>	7
---	---

<u>1.1 Gestão do regime terapêutico medicamentoso</u>	7
---	---

<u>1.2. Segurança dos utentes</u>	8
---	---

<u>2. PROCESSO DE GESTÃO DA MEDICAÇÃO</u>	10
---	----

<u>2.1. Aquisição</u>	10
-----------------------------	----

<u>2.2. Armazenamento</u>	11
---------------------------------	----

<u>2.3 Preparação e administração</u>	13
---	----

<u>2.3.1 Preparação segura da medicação</u>	14
---	----

<u>2.4 Registos</u>	17
---------------------------	----

Capítulo 2

Medicamentos - Características gerais

<u>1. MEDICAMENTOS: CARACTERÍSTICAS GERAIS</u>	19
--	----

<u>BIBLIOGRAFIA</u>	34
---------------------------	----

NOTA INTRODUTÓRIA

Este manual surge no âmbito do projeto “Cumprir a Medicação +” tem como objetivo principal fornecer a informação necessária para que as ajudantes de ação direta conheçam as intervenções a realizar em cada uma das etapas do processo de gestão terapêutica, por forma a garantir a segurança do utente e a adesão terapêutica medicamentosa.

Nos últimos anos temos assistido a um envelhecimento gradual da população em grande parte devido ao avanço da medicina e à descoberta de diversos fármacos que permitiram controlar diversas patologias e comorbilidades, o que se traduziu num aumento nunca antes visto da esperança média de vida. Contudo, esta situação proporcionou um aumento da prevalência de diversas doenças crónicas que podem exigir medicamentos para o tratamento de cada uma delas, levando a pessoa idosa a tomar vários medicamentos ou seja à polimedicação.

A polimedicação é responsável por custos excessivos decorrentes da não adesão aos medicamentos, de reações adversas, de grande número de interações medicamentosas e possíveis erros na medicação. De todos estes fatores, nomeadamente a não adesão ao regime terapêutico medicamentoso e o erro na medicação estão associados ao agravamento da doença da pessoa idosa, aumento na procura aos profissionais de saúde e idas ao serviço de urgência e internamentos.

A temática da gestão da terapêutica medicamentosa é pertinente para a saúde das pessoas e sabe-se que a literacia em saúde é hoje fundamental como recurso à adequada tomada de decisão de cada um de nós sobre a nossa saúde. Em algum momento das nossas vidas, todos nós precisamos de ser capazes de encontrar, entender e utilizar as informações relacionadas com saúde e serviços de saúde. Cuidar da nossa saúde e da saúde daqueles de quem cuidamos deve fazer parte do nosso dia-a-dia.

Capítulo 1

Processo de gestão da medicação - Intervenções

1. PROCESSO DE GESTÃO DA MEDICAÇÃO NA PESSOA IDOSA

A gestão da medicação dos idosos é particularmente importante porque esta população é extremamente vulnerável aos efeitos adversos da medicação.

1.1 Gestão do regime terapêutico medicamentoso

Gestão do regime terapêutico designa-se como um tipo de comportamento de adesão com características muito específicas: a execução das atividades de cumprimento de um programa de tratamento da doença e das suas complicações, considerando-se essas atividades como satisfatórias para se atingirem objetivos concretos de saúde.

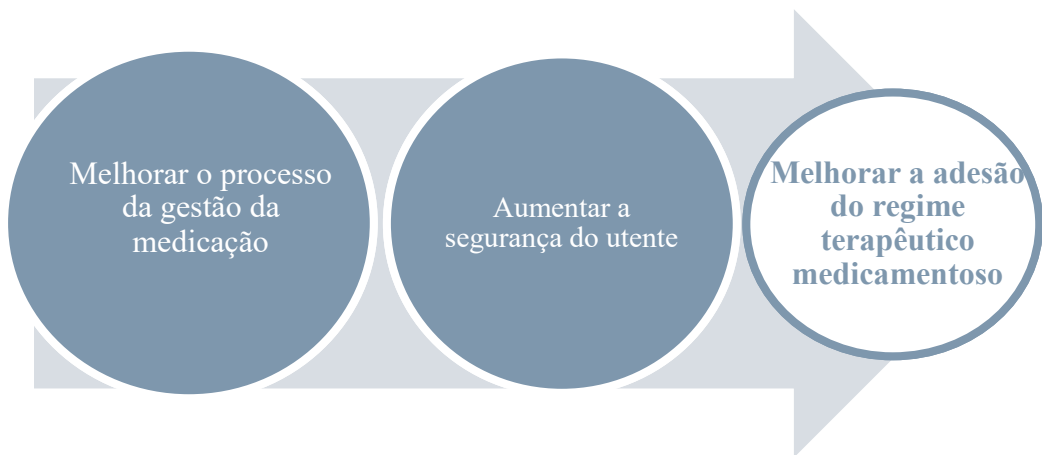
Os problemas comuns no processo de gestão da medicação incluem:

- ⇒ Armazenamento inseguro;
- ⇒ Armazenamento sem controlo de temperatura;
- ⇒ Erros no utente a quem é administrada a medicação;
- ⇒ Fracos registos acerca da medicação.

1.2. Segurança dos utentes

A segurança dos utentes constitui um desafio e é prioridade de Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, através da implementação do Plano Nacional de Segurança do Doente, que define como um dos objetivos o aumento da segurança na utilização da medicação.

Segurança na medicação é definida como as atividades a realizar para evitar, prevenir ou corrigir incidentes que podem resultar do uso de medicamentos.



Entende-se como **adesão** uma ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, cumprindo o regime de tratamento, tomando os medicamentos conforme prescrito, interiorizando o valor de um comportamento de saúde e obedecendo às instruções relativas ao tratamento.

2. PROCESSO DE GESTÃO DA MEDICAÇÃO

O processo de gestão da medicação tem início na seleção, aquisição e armazenamento do medicamento, preparação, administração e monitorização.

2.1. Aquisição

Na aquisição dos medicamentos existem aspetos a ter em conta:

- Confirmar a terapêutica recebida com a receita médica;
- Avaliar se os medicamentos estão com a embalagem íntegra e rótulos;
- Conferir a validade;
- Identificar a terapêutica com os dados do utente a que pertence.

2.2. Armazenamento

Faz parte do correto armazenamento o controlo dos prazos de validade. Alguns medicamentos possuem também um prazo de conservação depois de abertas as embalagens originais, mais curto que o prazo de validade, sendo os casos mais comuns os colírios e os xaropes. A utilização de fármacos fora do prazo de validade pode levar à ineficácia do produto, ou até a possíveis intoxicações.

Algumas orientações são fundamentais e não podem ser esquecidas:

- Manter sempre os medicamentos na embalagem original para garantir sua conservação e identificação;
- Os medicamentos devem estar em locais frescos, longe do calor, da luz e da humidade;
- Alguns medicamentos precisam de ser armazenados no frigorífico, porém não devem ser colocados na porta ou no congelador;
- Não guardar medicamentos com embalagem rasgada ou danificada, sem rótulos ou que tenha alguma informação apagada;
- Medicamentos na forma de soluções e suspensões (xaropes) necessitam de uma atenção especial quanto ao tempo que podem ser armazenados após abertos. Deve ter-se em conta

as recomendações do fabricante e se as características do produto continuam as mesmas após abertura das embalagens;

- O local de armazenamento dos medicamentos deverá ser verificado com alguma periodicidade para verificar a validade dos mesmos;

- Os medicamentos deverão estar divididos por utente e devidamente identificados.

2.3 Preparação e administração

A preparação e administração de medicamentos tem influência na qualidade de serviço prestado, é **um ponto crítico na segurança medicamentosa**.

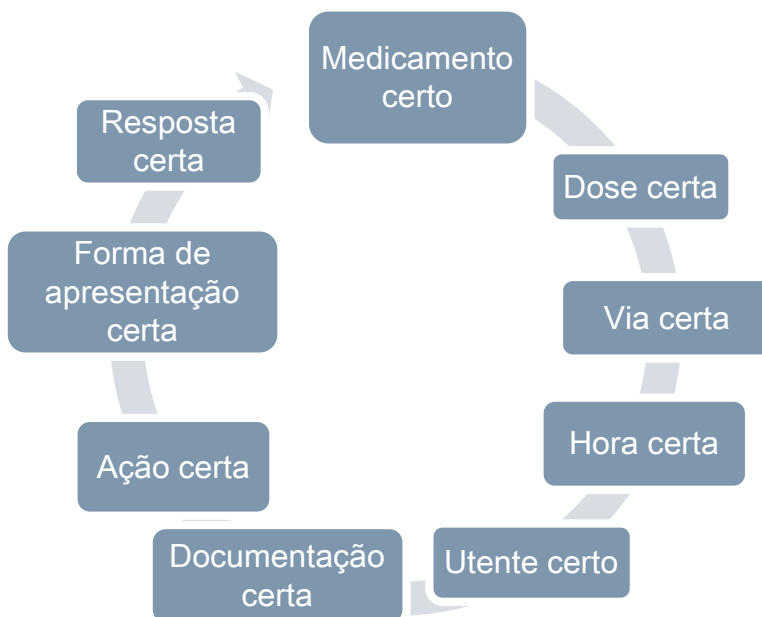
Os requisitos de tempo, tanto para o processo de preparação como para o processo de administração é um aspeto importante.

Cuidados na preparação de medicamentos

1. Antes da preparação dos medicamentos deve fazer-se uma limpeza da superfície onde vão ser preparados;
2. Lavar as mãos antes de iniciar a preparação;
3. Garantir o ambiente calmo e sem ruídos;
- 4. Preparação segura da medicação**
5. Assegurar que os utentes tomam a medicação.
6. Lavar as mãos após a administração da medicação e de utente para utente.

2.3.1 Preparação segura da medicação

- Nove Certos



Documentação certa: deve ser assinada a medicação após a sua administração, pois só assim há evidência que a terapêutica foi administrada. Quando não se assina a terapêutica quando esta foi administrada, corre-se o risco que outra pessoa administre o mesmo medicamento ao mesmo utente;

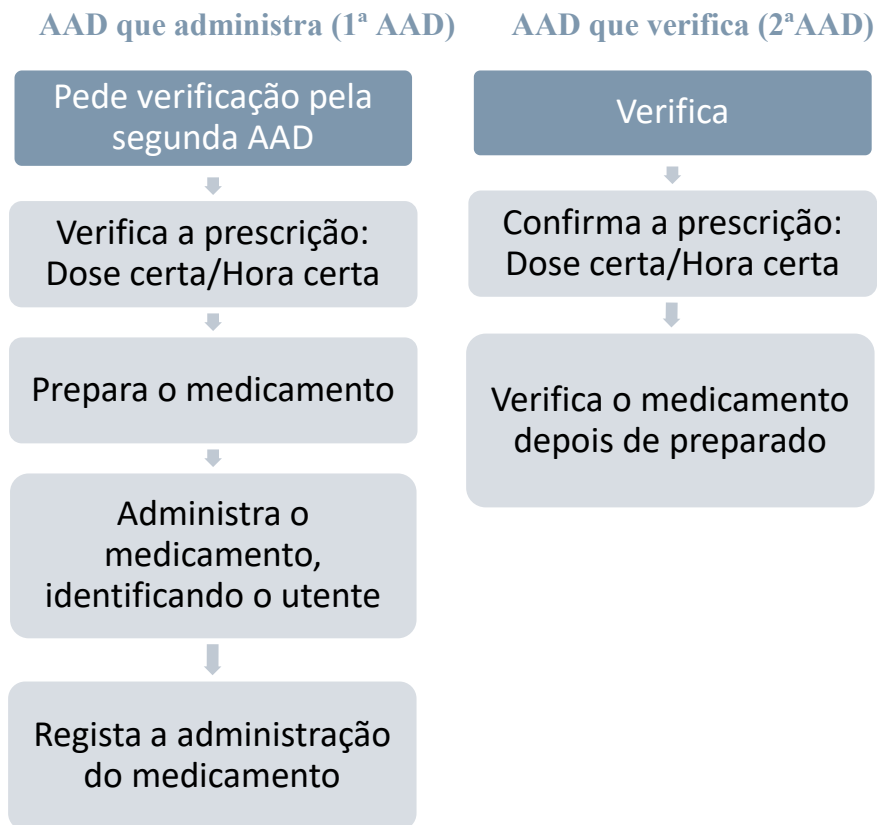
Ação certa: garantir que o medicamento está prescrito pela razão certa;

Forma de apresentação certa: Muitos medicamentos estão disponíveis em diferentes formas para vias de administração distintas;

Resposta certa: Após a administração da terapêutica, deve existir uma monitorização do utente, para avaliar a resposta da medicação e detetar possíveis reações adversas.

- Dupla Verificação

A verificação por uma segunda pessoa é uma boa estratégia para assegurar uma preparação correta da medicação.



2.4 Registos

Os registos são um requisito indispensável, permitem o conhecimento das intervenções realizadas ao utente. São um elemento essencial, quer para garantir os cuidados ao utente, como para a sua continuidade.

Os registos são uma poderosa fonte de informação para todos os intervenientes no processo de acompanhamento do utente (médico; enfermeiro).

Deve ser registado:

- A medicação que foi administrada ao utente;
- A medicação que não se administrou e os motivos da sua não administração;
- Queixas e efeitos adversos ocorridos.

Capítulo 2

Medicamentos – características gerais

1. MEDICAMENTOS – CARATERÍSTICAS GERAIS

Sistema Cardiovascular (Coração e vasos)

- **Digitálicos** (usados na insuficiência cardíaca)

<i>Medicamento</i>	<i>Nome comercial</i>	<i>Efeitos</i>
Digoxina	Lanoxin [®]	<ul style="list-style-type: none">– Aumento do débito cardíaco;– Redução do edema (inchaço);– Aumenta a força de contração do coração.

- **Antiarrítmicos** (usados no controlo da frequência cardíaca)

<i>Medicamento</i>	Nome comercial
Amiodarona	Cordarone [®]
Bisoprolol	Concor [®]
Diltiazem	Herbesser [®]
Flecainida	Apocard [®]
Propafenona	Rytmonorm [®]
Propanolol	Inderal [®]
Verapamil	Isoptin [®]

- **Anti-hipertensivos** (usados no controlo da tensão arterial)

<i>Medicamento</i>	<i>Nome comercial</i>	<i>Efeitos</i>	
Clorotalidona	Hygroton [®]	Diuréticos	– Reduzem o volume de líquidos no organismo
Espirinolactona	Aldactone [®]		
Furosemida	Lasix [®]		
Indapamida	Fludex LP [®]		
Torasemida	Tation [®]		

<i>Medicamento</i>	<i>Nome comercial</i>
Amlodipina	Norvasc [®]
Atenolol	Tenormin [®]
Bisoprolol	Concor [®]
Candesartan	Atacand [®]
Captopril	Captopril
Carvedilol	Carvedilol
Diltiazem	Herbesser [®]
Enalapril	Vasotec [®]
Irbesartan	Aprovel [®]

Lercanidipina	Zanikor [®]
Lisinopril	Zestril [®]
Losartan	Cozaar [®] / Lortaan [®]
Nevibolol	Nebilet [®]
Nifedipina	Adalat [®]
Olmesartan medoxomilo	Olmotec [®]
Perindopril	Coversyl [®]
Ramipril	Triatec [®]
Telmisartan	Pritor [®]
Valsartan	Diovan [®]

- **Anti-anginosos** (reduzem a crise da angina de peito)

<i>Medicamento</i>	Nome comercial
Dinitrato de Isossorbida	Flindix [®]
Ivabradina	Procoralan [®]
Mononitrato de Isossorbida	Monoket [®]
Nicorandilo	Dancor [®]
Nifedipina	Adalat [®]
Nitroglicerina	Nitromint [®] - <i>Cutâneos e transdérmicas:</i> Nitradisc [®]
Propanolol	Inderal [®]
Trimetazidina	Vastarel [®]
Verapamil	Isoptin [®]

- **Anticoagulantes/Anti agregantes plaquetários** (reduzem a possibilidade de formação de coágulos no sangue)

<i>Medicamento</i>	<i>Nome comercial</i>
Acenocumarol	Sintrom [®]
Ácido acetilsalicílico	Aspirina [®] / Tromalyt [®]
Apixabano	Eliquis [®]
Clopidogrel	Plavix [®]
Dabigatrano etexilato	Pradaxa [®]
Rivaroxabano	Xarelto [®]
Sulodexida	Vessel [®]
Varfina	Varfine [®]

- **Medicamentos para a dislipidemia** (gorduras no sangue)

<i>Medicamento</i>	<i>Nome comercial</i>
Atorvastatina	Zarator [®]
Pravastatina	Pravacol [®]
Sinvastatina	Zocor [®]
Rosuvastatina	Crestor [®]

Sistema Respiratório

<i>Medicamento</i>	<i>Nome comercial</i>	<i>Efeitos</i>
Acetilcisteína	Fluimucil®	Fluidifica as secreções
Brometo de ipratrópio	Atrovent®	Broncodilatador usado no tratamento de manutenção do broncospasmo associado à doença pulmonar obstrutiva crónica (bronquite crónica e enfisema).
Bromexina	Bisolvon®	Ação expetorante
Budenosida	Pulmicort®	Tratamento da asma brônquica
Codeína + Feniltoloxamina	Codipront®	Alívio da tosse seca ou irritativa.
Oxolamina	Oxolamina®	Antitússico e expetorante
Salbutamol	Ventilan®	Broncodilatador que expande as vias respiratórias ao nível dos pulmões para ajudar a respirar melhor.

Sistema Digestivo

<i>Medicamento</i>	Nome comercial	Efeitos
Bisacodil	Dulcolax [®]	Laxante
Dimenidrinato	Vomidrine [®]	Alívio de náuseas e vômitos
Domperidona	Motilium [®]	Tratamento de náuseas (sensação de enjoo) e vômitos (má disposição)
Lactulose	Laevolac [®]	Laxante
Loperamida	Imodium [®]	Utilizado para tratar a diarreia – torna as fezes mais sólidas e menos frequentes
Metoclopramida	Primperan [®]	Antiemético – impede de sentir enjoo/náusea
Pancreatina	Kreon [®]	Tratamento da Insuficiência Pancreática.
Esomeprazol	Nexium [®]	
Lansoprazol	Ogasto [®]	

Omeprazol	Proton [®] /Losec [®]	Atuam reduzindo a quantidade de ácido que é produzida pelo estômago.
Pantoprazol	Pantoc [®]	
Sucralfato	Ulcernim [®]	Tratamento das úlceras gástricas e duodenais, refluxo-esofágico, gastrite e duodenite
Ácido ursodesoxicólico	Ursofalk [®]	Tratamento de cálculos biliares de colesterol da vesícula biliar; gastrite de refluxo biliar e tratamento sintomático da cirrose biliar primária

Sistema Nervoso

<i>Medicamento</i>	<i>Nome comercial</i>	<i>Efeitos</i>
Amitriptilina	ADT [®]	Tratamento do estado depressivo.
Beta-histina	Betaserc [®]	Tratamento da vertigem.
Clomipramina	Anafranil [®]	Tratamento da depressão e das perturbações emocionais
Donepezilo	Aricept [®]	Tratamento de sintomas de demência em pessoas a quem foi diagnosticada doença de Alzheimer.
Memantina	Ebixa [®]	
Biperideno	Akineton [®]	Tratar os sintomas da Doença de Parkinson.
Levodopa + carbidopa	Sinemet [®]	
Levodopa + Benserazida	Madopar [®]	
Gabapentina	Neurontin [®]	Tratamento da dor neuropática (dor de longa duração provocada por lesões nos nervos).
Pregabalina	Lyrica [®]	
Quetiapina	Zyprexa [®]	

Risperidona	Risperdal [®]	Tratamento da depressão bipolar; mania ou esquizofrenia.
Rivastigmina	Exelon [®]	Tratamento de perturbações de memória em doentes com doença de Alzheimer. Tratamento da demência em doentes com doença de Parkinson
Topiramato	Topamax [®]	Tratamento de convulsões/epilepsia.

Sistema Endócrino – Diabetes Mellitus

<i>Medicamento</i>	<i>Nome comercial</i>	<i>Efeitos</i>	
Insulinas		Hormona produzida pelo pâncreas utilizada no controlo da glicémia.	
Glibenclamida	Daonil®	ADO	Estimulam a produção de insulina no organismo.
Glicazida	Diamicron®		
Metformina	Glucophage® Risidon® Stagid®		
Nateglinida	Starlix®		

ADO – Antidiabéticos orais

Sistema Reumatológico e ósseo

<i>Medicamento</i>	Nome comercial	Efeitos
Carbonato cálcio + Colecalciferol	Calcitab D [®]	Correção de deficiências de vitamina D e cálcio.
Calcitriol	Rocaltrol [®]	
Ácido Alendróico	Fosavance [®]	
Ácido Ibandrónico	Bonviva [®]	Tratamento da osteoporose
Raloxifeno	Evista [®]	
Risedronato de sódio	Actonel [®]	
Aceclofenac	Airtal [®]	
Dexibuprofeno	Seractil [®]	Anti-inflamatórios não esteroides (AINE), que são utilizados no tratamento da dor e da inflamação, febre.
Diclofenac	Voltaren [®] / Cataflam [®]	
Ibuprofeno	Nurofen [®] Moment [®] Brufen [®]	
Naproxeno	Naprosyn [®]	
Nimesulida	Nimed [®]	
Metamizol magnésico	Nolotil [®]	
Paracetamol	Ben-u-ron [®]	Alívio da dor e febre.

Tramadol	Travex [®]	Alívio da dor
Glucosamina	Viartril-S [®]	Tratamento dos sintomas da osteoartrose: dor e limitação da função.

Sistema sensorial

<i>Medicamento</i>	Nome comercial	Efeitos
Trealose 3%	Thealoz duo [®]	Reduz o desconforto, irritação nos olhos.
Optive		Lubrificante ocular.
Dorzolamida + timolol	Cosopt [®]	Glaucoma

Vitaminas e sais minerais

<i>Medicamento</i>	<i>Nome comercial</i>	<i>Efeitos</i>
Ácido Fólico	Folicil [®]	Tratamento ou prevenção da deficiência em ácido fólico
Cianocobalamina/ Vitamina B12	Permadoze [®]	Tratamento de anemias.
Magnésio	Magnesium [®] Magnoral [®]	Prevenção e alívio de queixas como: fraqueza, fadiga, irritabilidade, náuseas, câibras e parestesias (formigueiros)
Multivitamínico	Centrum [®]	Suplemento alimentar: ajuda a aproveitar a energia dos alimentos e auxilia nas defesas do organismo.
Sulfato Ferroso	Ferro Gradumet [®]	Tratamento da deficiência em ferro.

BIBLIOGRAFIA

Aguiar, A. H. (2012). *Farmacêuticos 2020 - Os desafios da próxima década*. Lisboa: Hollyfar, Ed.

Arca, B. R. (2007). Apoio familiar e institucional à pessoa idosa. In A. R. Osório, & F. C. Pinto, *As pessoas idosas* (pp. 269-280). Lisboa: Instituto Piaget.

Associação Nacional de Farmácias. (2007). *Intervenção farmacêutica no Idoso - Medicamentos e o Idoso - Guia Prático*. Lisboa: Associação Nacional das Farmácias.

Barber, N. D., Alldred, D. P., Raynor, D. K., Dickinson, R., Garfield, S., Jesson, B., . . . Zermansky, A. (2009). Care homes' use of medicines study: prevalence, causes 83 and potential harm of medication errors in care homes for older people. *Qual Saf Health Care*, 18,341–346. Doi [10.1136/qshc.2009.034231](https://doi.org/10.1136/qshc.2009.034231)

Carvalho, M. I. (2012). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social*. Lisboa: Coisas de Ler.

Cassiani, S. H. (2005). A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(1), 95-99. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a19.pdf>

Comissão Setorial para a Saúde - CS/09 do Instituto Português da Qualidade (2014). *Recomendação da Comissão Setorial para a Saúde. Gestão da Medicação nas Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI)*. Lisboa. Disponível em: http://www1.ipq.pt/PT/SPQ/ComissoesSectoriais/CS09/Documents/Recomendacao_paraGT_ERPI.pdf

Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar. Ministério da Saúde. (2005). *Manual de Farmácia Hospitalar*. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/manual.pdf/a8395577-fb6a-4a48-b295-6905ac60ec6c>

Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2015*. Disponível em: https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Direção geral de saúde (2015). *Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020*. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/66457154>

Furniss, L., Burns, A., Craig, S. L., Scobie, S., Cooke, J., & Faragher, B. (2000). Effects of a pharmacist's medication review in nursing homes. *British Journal of Psychiatry*, 176, 563-567. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.176.6.563>

Gomes, H. O., & Caldas, C. P. (2008). Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, UERJ, 7,88-99. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9285/7191>

Health Information and Quality Authority. (2016). *National Quality Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland*. Disponível em: <https://www.hiqa.ie/sites/default/files/2017-01/National-Standards-for-Older-People.pdf>

Hovstadius, B., Peterson, G. (2012) Factors leading to excessive polypharmacy. *Clinics In Geriatric Medicine*, 28(2): p. 159-72. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2012.01.001>

Infarmed (2016). *Prontuário terapêutico*. Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/documentacao_e_informacao/publicacoes/prontuario-terapeutico

Instituto da Segurança Social, I.P. (2011). *Manual de processos chave - Estrutura Residencial para Idosos*. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/13652/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4

Instituto da Segurança Social, I.P. (2005). *Manual de Boas Práticas. Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas. Para dirigentes, profissionais, residentes e familiares*. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/14714/acolhimento_residencial_pessoas_mais_velhas/cab532a6-b2c8-4ab8-b164-ef0235b894c7

Instituto da Segurança Social, I.P. (2007). *Modelo de Avaliação da Qualidade das Estruturas Residenciais para Idosos*. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/13427/gqrs_lar_residencial_modelo_avaliao%C3%A7%C3%A3o/4187daea-a0fc-4057-a115-77d7cc6f3808

Ordem dos Farmacêuticos - Conselho Nacional da Qualidade. (2009). *Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF)* (3ª ed.). Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/boas_praticas_farmaceuticas_para_a_farmacia_comunitaria_2009_20853220715a_b14785a01e8.pdf

Shah, B.M.,Hajjar, E.R. (2012). Polypharmacy, adverse drug reactions, and geriatric syndromes. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2012. 28(2): p. 173-86. Doi <https://doi.org/10.1016/j.cger.2012.01.002>

Qmentum Quarterly: Quality in Health Care. (2012). *Medication Management.Qmentum Quarterly: Quality in Health Care*, 4 (2). Disponível em: <https://www.longwoods.com> › download › code

Rosa, M. A. (2011). *O circuito do medicamento nos lares de idosos*. (Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas, Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde). Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1018/1/MARIANA.pdf>

Sousa, S., Pires, A., Conceição, C., Nascimento, T., Grenha, A., & Braz, L. (2011). Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27,176-182.

Disponível

em:

<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10838>

Apêndice XII – Consentimento Informado e esclarecido

Consentimento informado, livre e esclarecido

Eu, Marisa Filipa do Rosário e Sousa, estudante do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública na Universidade Católica – Instituto de Ciências da Saúde, a realizar um estágio no âmbito da Unidade Curricular “Estágio final e Relatório”, na UCC Amadora +, sob orientação da Sr.ª Enfermeira Andreia Gomes (enfermeira especialista em enfermagem comunitária), pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária com o objetivo de **contribuir para a literacia em saúde**, dos colaboradores do Centro de Dia do Centro Social e Paroquial [REDACTED], sobre gestão do regime terapêutico das pessoas idosas.

Nesse sentido, venho solicitar a sua colaboração para responder a algumas questões sobre esta temática. A sua opinião é muito importante para identificarmos as necessidades e dificuldades relacionadas com o regime terapêutico das pessoas idosas que frequentam esta instituição

A entrevista é anónima e confidencial e as respostas serão utilizadas exclusivamente para fins académicos.

As questões apresentadas não têm associadas respostas corretas ou incorretas, pretende-se apenas recolher opiniões pessoais. Devido a esse fato, a sua resposta, pessoal e sincera, é muito importante.

Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento.

Comunico ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Consentimento informado, livre e esclarecido

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- O Sr.(a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras solicitou à estudante que lhe fosse explicado, tendo ficado esclarecido sobre as suas dúvidas;
- O Sr.(a) recebeu uma cópia desta informação, para manter consigo.

Amadora, de outubro de 2019

Consentimento informado, livre e esclarecido

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação;
- Explicou o propósito deste trabalho;
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas;

A Estudante:

Amadora, de outubro de 2020