



**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

“FUNDAMENTAR O PRESENTE PARA ASSEGURAR O FUTURO”

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária

Por Ana Luísa Sousa Araújo

Abril de 2015



CATÓLICA PORTO  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

“FUNDAMENTAR O PRESENTE PARA ASSEGURAR O FUTURO”

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária

Por Ana Luísa Sousa Araújo

Sob a orientação do Mestre Paulo Alves  
e co-orientação do Mestre Armando Almeida

Abril de 2015



## RESUMO

O progressivo envelhecimento da população e o conseqüente aumento das doenças crônicas, implicam um substancial consumo de medicamentos. Perante as vulnerabilidades dos segmentos da população com idades mais avançadas, revelou-se pertinente estudar a temática do Regime Medicamentoso nos Idosos.

O Módulo I do estágio na Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de Campanhã (ACES Porto Oriental) centrou-se na realização de um Diagnóstico de Saúde da população com idade de 65 anos ou mais, focando a área programática do Regime Medicamentoso. Nesse âmbito, efetuou-se a colheita, análise e interpretação de dados a partir de uma amostra aleatória de utentes. O estudo revelou que a amostra (100 idosos) tem como principais problemas a situação económica (30% da amostra refere dificuldade em ter dinheiro para comprar a medicação), a cognição diminuída (15% da amostra que revela dificuldade em ler as embalagens) e a perda de mobilidade (14% da amostra refere dificuldade em deslocar-se até à farmácia). Os dados sugerem que deveria diminuir a complexidade do regime medicamentoso (a média de fármacos encontrada foi de  $5,7 \pm 2,8$ ), pelo que ficaram designadas como necessidades a Adesão e a Gestão do Regime Medicamentoso.

No Módulo II do estágio foram delineados planos de intervenção individuais para um pequeno grupo de utentes referenciados pela UCC de Campanhã, com o diagnóstico de Gestão ineficaz do Regime Medicamentoso. Após intervenção documentada de enfermagem (SESI, entrevistas telefónicas e visitas domiciliárias), verificaram-se ganhos totais em saúde para 25% da amostra selecionada e parciais em 50%. De referir que para os restantes 25%, à data da intervenção, não foi identificada qualquer necessidade de intervenção.

No último Módulo os principais objetivos reportaram-se a conhecer a realidade da ECCI de Campanhã, integrando as visitas domiciliárias, e a acompanhar as consultas de enfermagem ao nível da UCSP de São Roque da Lameira. Foi ainda realizado um trabalho de pesquisa relativo aos idosos e à dependência no autocuidado, com a criação de um instrumento de colheita de dados para avaliação da sua dependência. A abordagem do tema descreve os instrumentos de avaliação (indicadores) da dependência no autocuidado e dessa forma viabiliza futuros Diagnósticos de Situação de Saúde nessa área programática em particular.

O percurso de estágio veio corroborar a ideia de que é na comunidade que o Enfermeiro tem um papel importante como agente impulsor de educação para a saúde.

Palavras chave: Diagnóstico de Situação, Regime Terapêutico, Autocuidado, Dependência.



## **ABSTRACT**

The progressive aging of the population and the consequent increase in chronic diseases, imply a substantial consumption of drugs. Given the vulnerability of population segments with older ages, proved to be pertinent to study the issue of Drug Regimen in Elderly.

The stage Module I in Continuing Care Unit (CCU) of Campanhã (ACES Eastern Harbour) focused on conducting a health diagnosis of the population aged 65 years or more, focusing on the program area of Drug Administration. In this context, we performed the collection, analysis and interpretation of data from a random sample of users. The study revealed that the sample (100 elderly) whose main problems the economic situation (30% of the sample referred difficulty having money to buy medication), decreased cognition (15% of the sample showing difficulty reading the packaging) and the loss of mobility (14% of the sample referred trouble moving up to the pharmacy). The data suggest that should reduce the complexity of the drug regimen (average of drugs found was  $5.7 \pm 2.8$ ), so they were designated as the needs Accession and the Medication Management System.

The identification of needs allowed to define proximity intervention strategies through domiciliary visitations.

In stage Module II were outlined individual intervention plans for a small group of users referenced by UCC Campanhã, with the diagnosis of ineffective management of Drug Administration. After documented nursing intervention (SESI, telephone interviews and home visitations), there were total or partial gains in health, depending on the user in question. There were total health gains to 25% of the selected sample and partial in 50%. Note that for the remaining 25% at the time of intervention, was not identified any need for intervention.

In the last module the main objectives reported to know the reality of ECCI Campanhã, integrating domiciliary visitations, and to monitor the nursing consultations at the level of UCSP of São Roque da Lameira. We also carried out a research study on the elderly and dependency in self-care, with the creation of a data collection instrument for assessment of their addiction. The theme approach describes the assessment tools (indicators) dependency in self-care and thus enables future Health Situation Diagnostics in this particular program area.

The internship experience corroborated the idea that it is in the community that the nurse has an important role as a driver of health education agent, taking into account the context of the individual and the health gains that he may realize.

*Keywords:* Situation Diagnosis, Therapeutic Regimen, Self Care, Dependency.



## AGRADECIMENTOS

Ao meu marido e filha, irmã e cunhado por todo a apoio e compreensão.

Aos Professores Paulo Alves e Armando Almeida pela orientação.

Às Enfermeiras Vitória Leal e Maria do Céu pelo apoio e colaboração.

A todas as colegas da UCC de Campanhã pela simpatia e acompanhamento

A todos vós muito obrigada!



*“O melhor tempo que gastamos é o que investimos nas pessoas”*

Fernando Pessoa



## LISTA DE ABREVIATURAS/ SIMBOLOS

ACES -	Agrupamento de Centros de Saúde
CSP -	Cuidados de Saúde Primários
CIPE -	Classificação Internacional para a prática de Enfermagem
DR -	Diário da República
ECCI -	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEC -	Especialidade em Enfermagem Comunitária
MS -	Ministério da Saúde
Nº -	Número
OE -	Ordem dos Enfermeiros
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PO -	Porto Oriental
RNCCI -	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SESI -	Sessões de Educação para a Saúde Individuais
SPSS -	Statistical Package for the Social Sciences
UCC -	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP -	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
% -	Percentagem



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2. OBJETIVOS DO ESTÁGIO.....</b>	<b>17</b>
<b>3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE .....</b>	<b>21</b>
3.1. ÁREA PROGRAMÁTICA .....	22
3.2. ESTUDO PARA O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	25
3.3. PLANEAMENTO DO DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO.....	28
3.4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	29
3.5. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	31
<b>4. INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: “FUNDAMENTAR O PRESENTE PARA ASSEGURAR O FUTURO” .....</b>	<b>35</b>
4.1. PLANO DE INTERVENÇÃO DO UTENTE A .....	37
4.2. PLANO DE INTERVENÇÃO DO UTENTE B.....	40
4.3. PLANO DE INTERVENÇÃO DO UTENTE C.....	43
4.4. PLANO DE INTERVENÇÃO DO UTENTE D .....	46
<b>5. AUTOCUIDADO E DEPENDÊNCIA .....</b>	<b>49</b>
5.1 OS IDOSOS E O AUTOCUIDADO.....	49
5.2 AVALIAÇÃO E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO.....	51
5.3 ILAÇÃO SOBRE A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO.....	52
<b>6. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO DE ESTÁGIO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>55</b>
6.1 COMUNICAÇÃO .....	57
6.2 GESTÃO .....	58
6.3 FORMAÇÃO .....	59
6.4 SUPERVISÃO CLÍNICA.....	60
6.5 CONHECIMENTO E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.....	60
6.6 INVESTIGAÇÃO.....	61
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>63</b>
<b>8. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>67</b>
ANEXO I - PROJETO DE ESTÁGIO.....	71
ANEXO II - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE .....	99
ANEXO III - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS: FORMULÁRIO .....	185
ANEXO IV - PLANO DA SESSÃO SOBRE A APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....	193

ANEXO V - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS À UCC .....	197
ANEXO VI - PLANOS DE INTERVENÇÃO DOS UTENTES A, B, C, D.....	207
ANEXO VII - OS IDOSOS E A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO .....	217

## 1. INTRODUÇÃO

É no âmbito da Enfermagem Comunitária que todas atividades relacionadas com a manutenção e melhoria do estado de saúde das populações, encontram o seu verdadeiro propósito. Objetiva-se, neste campo de ação, o estudo aprofundado no sentido de encontrar soluções, ou minimizar os problemas que condicionam a saúde dos indivíduos, inseridos no seu meio ambiente.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária encontra-se numa posição privilegiada para fazer a avaliação das necessidades de saúde, recursos disponíveis e estratégias a adotar na sua implementação, dada a sua proximidade à população. Assim, deverá ter em consideração toda a envolvimento dos indivíduos, as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) assim como a Ordem dos Enfermeiros (OE), especialmente no que diz respeito aos padrões de qualidade, que conduzem à excelência da profissão. Desta forma, garantir-se-á uma assistência humanizada e abrangente ao indivíduo/ família/ comunidade (OE, 2011).

É na reflexão e no planeamento das ações de Enfermagem, que se deve basear a prática diária. Só assim será possível atingir a eficácia dos cuidados, que se poderão traduzir na obtenção de ganhos em saúde.

Torna-se, desta forma, pertinente a abordagem do Planeamento em Saúde no qual o Diagnóstico de Situação em Saúde, como primeira etapa, deverá corresponder às necessidades de saúde da população. A coerência entre o Diagnóstico de Situação e as necessidades estabelece a pertinência da atuação na comunidade, (Imperatori, et al., 1993).

O presente relatório reflete todo o percurso relativo ao Módulo I, II e III do estágio, referente ao 7º curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialidade em Enfermagem Comunitária. Os dois primeiros módulos decorreram na Unidade de Cuidados na Comunidade, (UCC) de Campanhã – Agrupamento de centros de Saúde (ACES), Porto Oriental (PO), e o último módulo teve lugar na Equipa de Cuidados Continuados

Integrados (ECCI), de Campanhã e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), de São Roque da Lameira.

A escolha dos locais de estágio recaiu propositadamente em unidades de saúde que intervêm nas faixas mais idosas da população, por haver uma profunda empatia com esta faixa etária e um consequente interesse em explorar a melhoria da sua qualidade de vida através da intervenção dos cuidados de enfermagem.

Por conseguinte decidiu-se que o alvo do estudo, ao logo deste percurso, seriam as pessoas idosas da área abrangida, tendo o processo de seleção da amostra sido realizado de forma aleatória. Trata-se de um grupo populacional cada vez mais numeroso e com uma progressiva longevidade, fazendo prever um aumento das situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência, que num futuro mais próximo ou longínquo irão necessitar certamente de apoio familiar, social e de saúde (Montezuma, et al., 1998). Os resultados obtidos através dos Censos de 2011 são inequívocos no que respeita ao envelhecimento da população portuguesa nos últimos anos, demonstrando um aumento significativo de pessoas com mais de 65 anos, atingindo no país 19%, o índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa que por cada 100 jovens há 129 idosos. Outro aspeto de grande importância, é o aumento do nível de dependência, que passou de 48% para 52%. O agravamento do índice de dependência total, é resultado do aumento do índice de dependência de idosos, que subiu de 24% em 2001 para 29% em 2011 (INE, 2012). Tal facto obriga as estratégias das políticas de saúde a redesenharem-se para uma eficaz atuação das estruturas do Serviço Nacional de Saúde e aconselha os profissionais de saúde a aprofundarem o conhecimento acerca destas temáticas, bem como a investigar e agir na resolução dos seus problemas.

Perante a constatação deste contexto e o interesse demonstrado pela UCC de Campanhã em ver desenvolvido um trabalho sobre este tema, foi tomada a decisão de intervir neste grupo populacional, concretamente na Gestão do Regime Terapêutico.

Numa tentativa de identificar os agentes que podem interferir no processo de Gestão do Regime Terapêutico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu cinco grupos de fatores tais como: fatores sociais, económicos e culturais; fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde; fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidades; fatores relacionados com a terapêutica prescrita e fatores individuais relativos ao doente (\_).

Relativamente à eficácia da Gestão do Regime Terapêutico, ela engloba dois aspetos preponderantes: a volição e a cognição (Bastos, 2004). A volição é um processo psicológico. "Força de vontade" é a expressão comum para representar um estado mental, cujo termo científico é volição: a pessoa cria um modelo mental que integra as suas orientações e opiniões acerca dos assuntos e faz uma escolha de forma consciente. Já a cognição é um processo de aquisição de conhecimento. Ela envolve, um estado de consciência, a perceção, o pensamento, raciocínio, a memória e a linguagem; ela introduz compreensão. Os processos associados à cognição permitem a tomada de decisão.

No que diz respeito ao primeiro módulo de estágio, foi desenvolvido em colaboração com dois colegas de curso, um trabalho de campo que visou a criação de um diagnóstico de saúde enquadrado na área programática da Gestão do Regime Medicamentoso e visando os idosos residentes na área abrangida pela UCC que nos acolheu.

Esse documento serviu para desenhar uma estratégia de intervenção nessa população, que dada a sua longevidade se depara com mais limitações. A necessidade mais premente do diagnóstico foi no sentido de abordar a Gestão do Regime Medicamentoso nos idosos.

Com este relatório pretende-se dar visibilidade às atividades desenvolvidas ao longo do estágio, dando a conhecer a análise e resultados obtidos após a minha intervenção. Assim, a execução deste relatório tem por objetivos dar a conhecer todo o percurso do estágio; aperfeiçoar competências em Enfermagem Comunitária e refletir sobre a

aplicação e avaliação dos planos de intervenção, verificando quais os ganhos em saúde obtidos.

Na elaboração do relatório foi utilizada a metodologia descritiva, assente em pesquisa bibliográfica cientificamente validada. O mesmo está dividido em 6 partes fundamentais. São elas a introdução, contextualização breve do estágio com os objetivos do mesmo. Posteriormente é apresentado o diagnóstico de saúde em que é dado a conhecer o plano de intervenção e se faz uma análise reflexiva do estágio. Seguidamente é feita uma exposição de um trabalho de investigação sobre a Dependência no autocuidado associado ao Modulo III, sendo este último módulo de cariz opcional. Por último é apresentada a conclusão.

Os trabalhos realizados no decurso do estágio e considerados pertinentes para consulta, encontram-se em anexo do presente documento.

## 2. OBJETIVOS DO ESTÁGIO

Nas frases que se seguem, pretende-se dar visibilidade a todo o percurso do estágio ao longo dos três módulos em que este decorreu.

O período relativo ao Módulo I decorreu de 28 de Abril a 28 de Junho de 2014, na UCC de Campanhã. Esta unidade, integrada no ACES PO, é constituída por uma equipa multidisciplinar, cuja atividade é desenvolvida com independência organizativa e técnica, em colaboração com as restantes unidades funcionais do ACES. Da equipa multidisciplinar fazem parte: Enfermeiros, Médico, Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Nutricionista e Higienista Oral.

Neste período efetuou-se a colheita de dados, análise e interpretação dos mesmos com o objetivo de formular o Diagnóstico de Saúde da população, detetando as necessidades de intervenção sensíveis aos cuidados de enfermagem (documento integral no Anexo). Para tal elaborou-se um formulário que foi aplicado numa fase posterior para a colheita de dados. Seguidamente foi realizado o tratamento e análise dos dados colhidos, através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), identificando as necessidades da população alvo do estudo. Estas necessidades foram agrupadas em dois Diagnósticos Major, nomeadamente: Adesão ao Regime Medicamentoso e Gestão do Regime Medicamentoso.

Relativamente ao Módulo II teve início a 15 de Setembro, finalizando a 8 de Novembro de 2014, na mesma unidade onde teve lugar o módulo anterior. Neste período foram-me referenciados quatro utentes com “Não Adesão ao Regime Medicamentoso”, para os quais foi delineado um plano de intervenção (Anexo VI) com vista a dar resposta às necessidades em saúde encontradas. Numa fase posterior avançou-se para a avaliação das mesmas com a devida análise dos ganhos em saúde conseguidos após intervenção de enfermagem. Foram implementados os planos de intervenção para dar resposta às necessidades detetadas. No que diz respeito às estratégias de atuação, foram escolhidas

sessões de educação para a saúde individuais, acerca da gestão do regime terapêutico e medicamentoso, entrevistas telefônicas assim como visitas domiciliares.

Por último o Módulo III que decorreu de 10 de Novembro a 21 de Janeiro de 2015, onde tive a possibilidade de integrar a ECCI de Campanhã e ainda a UCSP de São Roque da Lameira. Aqui houve espaço para o acompanhamento dos enfermeiros na visita domiciliar, assim como as consultas de enfermagem. Foi também realizado um trabalho de pesquisa relativo aos idosos e à dependência no autocuidado, com a criação de um instrumento de colheita de dados para avaliação da sua dependência.

### **Objetivos**

A definição de objetivos para a concretização de determinada atividade possibilita o aumento da motivação, já que se encaram os objetivos definidos como um desafio. A fixação dos mesmos é importante para fornecer normas e critérios às atividades posteriores, quer do planeamento, quer da própria gestão dos projetos (Tavares, 1990).

Assim e durante o percurso de estágio objetivou-se a aquisição de competências e capacidades relativas à área de Especialização, que passo a descrever de seguida.

#### **❖ Objetivos Gerais (Imperatori, et al., 1993)**

- ✓ Realizar um Diagnóstico de Saúde;
- ✓ Identificar necessidades da população alvo;
- ✓ Determinar a prioridade de necessidades identificadas;
- ✓ Demonstrar atitude proactiva e capacidade criativa na elaboração dos planos de intervenção na área da Gestão do Regime Medicamentoso;
- ✓ Implementar os planos de intervenção, para as necessidades identificadas nos utentes que me foram previamente referenciados;
- ✓ Formular indicadores de saúde importantes para a obtenção de ganhos em saúde;
- ✓ Avaliar a eficácia da implementação dos planos de intervenção na área da Gestão do Regime Medicamentoso.

❖ **Objetivos Específicos** (Tavares, 1990)

- ✓ Caraterizar o Aces PO e a comunidade que o envolve;
- ✓ Identificar recursos da comunidade;
- ✓ Identificar crenças da comunidade;
- ✓ Trabalhar numa relação de parceria com a comunidade;
- ✓ Analisar o instrumento de colheita de dados;
- ✓ Interpretar o instrumento de colheita de dados;
- ✓ Aplicar o instrumento de colheita de dados;
- ✓ Descrever o diagnóstico de situação de saúde da população em alvo do estudo;
- ✓ Apresentar a determinação de prioridades;
- ✓ Refletir acerca da importância do dinamismo do Planeamento em Saúde;
- ✓ Planear a aplicação dos planos de intervenção para os utentes que me foram referenciados pela UCC;
- ✓ Aplicar os conhecimentos adquiridos para a elaboração das diferentes etapas do Planeamento em Saúde;
- ✓ Executar os planos de intervenção;
- ✓ Avaliar os planos de Intervenção;
- ✓ Refletir sobre as mais-valias que o envolvimento de parceiros comunitários pode trazer para a obtenção de ganhos em saúde;
- ✓ Aumentar o “Empowerment” da população idosa e equipa multidisciplinar, face à Gestão do Regime Medicamentoso.



### **3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE**

O processo de Planeamento em Saúde tem por base o Diagnóstico de Situação de Saúde de uma certa comunidade, com o objetivo principal de identificar as suas necessidades. Este define-se como a racionalização na utilização dos recursos existentes na comunidade, por vezes bastante limitados, com a finalidade de atingir os objetivos pré-estabelecidos através da coordenação dos vários setores socioeconómicos com vista a resolver ou minimizar os problemas de saúde encontrados (Imperatori, et al., 1993).

Assim, e tendo em conta o exercício da profissão devemos dar resposta às necessidades emergentes da comunidade em causa. Neste seguimento e tendo em conta o Código Deontológica do Enfermeiro, é importante referir que o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido; participar na orientação da comunidade e na busca de soluções para os problemas de saúde detetados; colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (DR, 2009).

A Gestão do Regime Terapêutico traduz um comportamento voluntário que leva o utente a realizar atividades em conformidade com um programa de tratamento de doença tendo em linha de conta possíveis complicações, mas que se revelam suficientes para alcançar objetivos específicos de saúde. Integram-se também nestas atividades todas aquelas, que além de tratamento são realizadas no âmbito de prevenção da doença (ICN, 2006). Nesse contexto a Gestão do Regime Medicamentoso está integrada na Gestão do Regime Terapêutico e traduz a especificidade das atividades associadas a toda a logística farmacológica inerente ao tratamento ou à prevenção das doenças.

A problemática da Gestão do Regime Terapêutico, e mais concretamente a Gestão do Regime Medicamentoso na população idosa, revela-se de suma importância pois o cada vez maior envelhecimento e por isso aumento das doenças crónicas, implicam um substancial consumo de medicamentos. Se a juntar a este facto, pensarmos que é nesta

faixa etária que reside o maior número de vulnerabilidades que o envelhecimento acarreta, podemos afirmar que a Gestão do Regime Medicamentoso, para o idoso, se pode tornar numa tarefa verdadeiramente difícil. Contudo, face à presença destas limitações, destaco o enfermeiro especialista em saúde comunitária como podendo ocupar uma posição de verdadeiro relevo, capacitado para desenvolver ações que conduzam a uma melhoria na qualidade de vida dos idosos (Henriques, 2011).

Importante ainda referir que ser expedito na abordagem, indo de encontro às necessidades dos utentes e deixando de parte a atitude passiva de esperar que venham eles ao nosso encontro, pode assegurar uma melhor responsabilização e capacitação para que eles façam escolhas seguras no âmbito da saúde.

Ao longo do primeiro módulo de estágio foram executadas atividades que culminaram na construção de um Diagnóstico de Saúde (Anexo II), tendo por base dados recolhidos junto de uma amostra de 100 membros da população idosa pertencente à Unidade Cuidados na Comunidade (UCC) de Campanhã. A opção de escolha pelo local a desenvolver o estágio e especificamente por esta faixa etária deveu-se a um interesse pessoal, no entanto a temática abordada decorreu de uma necessidade de intervenção identificada pela UCC de Campanhã. O processo de seleção da amostra consistiu em consultar, de forma aleatória e por entrevista porta a porta, um conjunto de 110 utentes da zona abrangida pela UCC com uma idade mínima de 65 anos. A dimensão da amostra viu-se reduzida em 10 utentes pelo facto destes últimos estarem num estado mental que não oferecia condições suficientes para a validação dos inquéritos.

Esse documento figura na íntegra no Anexo II do presente relatório, no entanto pretende-se abordar neste capítulo as suas ilações substanciais.

### **3.1. Área Programática**

O Diagnóstico de Situação de Saúde levado a cabo incidiu essencialmente sobre os seguintes temas:

### ❖ **A Gestão do Regime Terapêutico**

Focam-se os fatores que condicionam a Gestão do Regime Medicamentoso da população com idade igual ou superior a 65 anos. Considerando que a Gestão do Regime Terapêutico se estabelece como condição para melhoria na saúde de cada indivíduo, foi dada importância particular à análise do processo de adesão.

Esta possui características que visam a melhoria do estado de saúde e, em situações de doenças crónicas, a integração da doença e das suas condicionantes na vida do dia-a-dia (ICN, 2006).

Objetivando a identificação dos principais agentes passíveis de interferir em todo o processo de Gestão do Regime Terapêutico, reconheceu-se cinco grupos de fatores sendo eles: sociais, económicos e culturais, fatores relacionados com os serviços de saúde, fatores relacionados com a doença de base e co morbilidades, fatores relacionados com a terapêutica prescrita e fatores individuais relativos ao doente (OMS, 2004).

### ❖ **A dependência**

A dependência define-se como a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por motivos de saúde e ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue por si só, realizar as atividades do dia-a-dia (MS, 2006).

Nessas situações, verifica-se que o nível de dependência aumenta com a idade. Assistimos hoje, a um crescente número de idosos com limitações na realização das suas atividades de vida diárias, sendo assim necessária a prestação efetiva dos cuidados associados a estas novas necessidades.

Os resultados obtidos através dos Censos de 2011 são ainda mais alarmantes no que respeita ao envelhecimento da população portuguesa nos últimos anos, demonstrando

um aumento significativo de pessoas com mais de 65 anos. Acresce a essa situação o aumento do nível de dependência, que passou de 48% para 52% (INE, 2012).

#### ❖ **Polimedicação nos idosos**

A prescrição de fármacos nas diferentes faixas etárias aponta para valores significativamente mais elevados para indivíduos na faixa de 65 anos ou mais com uma acentuação da tendência nos últimos anos. O elevado consumo de medicamentos aumenta a suscetibilidade dos idosos às interações medicamentosas e poderá conduzir a uma fraca adesão ao tratamento. O aumento do número de medicamentos, associado a alterações dos fatores bio fisiológicos dos idosos, dificulta a autonomia na Gestão do Regime Medicamentoso. Sendo o doente um agente ativo na escolha dos cuidados de saúde, as suas crenças no tratamento vão influenciar o seu comportamento no tratamento da doença (Palma, 2012).

Neste contexto, situa-se o enfermeiro especialista em saúde comunitária, numa posição privilegiada para desenvolver intervenções que possam dar um contributo significativo para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

#### ❖ **Políticas de Saúde**

A prevenção e a gestão das doenças crónicas, constituem-se como problemas emergentes em cuidados de saúde primários.

Com estratégias adequadas poder-se-á aumentar a adesão a tratamentos propostos, reduzir a morbilidade e aumentar a qualidade de vida das pessoas com doenças crónicas, com o empenho de todos os grupos profissionais envolvidos (Henriques, 2011).

Para tal, é necessário uma adaptação dos serviços relativamente a forma de prestação de cuidados, vocacionados às reais necessidades da população, trabalhando em parceria

e estabelecendo novas estratégias para desta forma se obter os tão desejados ganhos em saúde.

### 3.2. Estudo para o Diagnóstico de Situação

O estudo assenta em considerações e desenvolvimentos, em torno de um objetivo principal, que consiste em identificar as necessidades dos idosos da área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanhã, tendo como foco a Gestão do Regime Medicamentoso.

#### ❖ Caracterização regional e populacional

A Cidade do Porto engloba 16 municípios (Arouca, Espinho, Gondomar, Maia, Matosinhos, Oliveira de Azeméis, Porto, Póvoa de Varzim, Sta. Maria da Feira, Santo Tirso, S. João da Madeira, Trofa, Vale de Cambra, Valongo, Vila do Conde, Vila Nova de Gaia), no qual residem cerca de 1.600.000 habitantes.

O Concelho foi reestruturado em dois agrupamentos de centros de saúde (ACES). A área de intervenção para o estudo recai apenas no ACES Grande Porto VII - PO que abrange as freguesias de Bonfim, Campanhã e Paranhos.

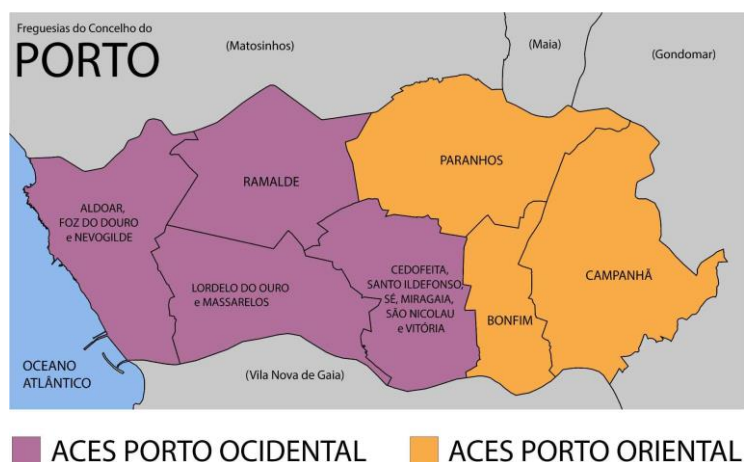


Figura 1. Mapa do Aces Porto Ocidental e Oriental

### ❖ **Demografia – Evolução da população residente**

Na área geodemográfica considerada, a população residente verificada em 2011 é de 101 222 habitantes. Verifica-se uma diminuição ao longo dos anos, com um índice de envelhecimento elevado, apresentando mesmo valores superiores aos da Região Norte e do Continente. A população inscrita no ACES é de 45 849 homens e 55 373 mulheres, perfazendo um total de 101 222 utentes.

É na diminuição da natalidade e no modelo de mortalidade por idades, que se pode explicar a causa do envelhecimento. O aumento da esperança média de vida, acarreta o aumento das doenças crónicas e as complicações a estas associadas.

### ❖ **Fatores de risco que influenciam a Adesão ao Regime Medicamentoso (Konkle, et al., 2001)**

Após consideração de uma listagem de fatores de risco tão exaustiva quanto possível, identificam-se quatro categorias de fatores que influenciam a Adesão ao Regime Medicamentoso:

- *Fatores relacionados com a medicação* (efeitos secundários, número de medicamentos, dietas implicadas pelo medicamento, complexidade da administração, etc.);
- *Fatores relacionados com a pessoa* (conhecimento sobre o processo de doença e seu tratamento, aceitação do diagnóstico, etc.);
- *Fatores relacionados com o ambiente* (fator financeiro, disponibilidade telefónica, suporte familiar e suporte social);
- *Fatores relacionados com o enfermeiro* (competências comunicacionais, disponibilidade para questões abertas, relação terapêutica).

❖ **Fatores de risco que influenciam a Gestão ao Regime Terapêutico (Wray, et al., 2009)**

- História de Gestão Ineficaz
- Efeitos secundários da medicação;
- Doença psiquiátrica;
- Custo da medicação;
- Alteração da personalidade;
- Difícil acesso à medicação;
- Fraco suporte social;
- Regime terapêutico complexo;
- Abuso de substâncias tóxicas;
- Pouca consciência de saúde;
- Alterações cognitivas;
- Falta de planejamento de cuidados;
- Crenças negativas na medicação;
- Doença de longa duração;
- Falta de caixas para medicamentos e lembretes;
- Deficiente comunicação com o médico;
- Falta de conhecimento sobre os medicamentos;
- Débil relação profissional de saúde/doente;
- Estatuto social;
- Pouco conhecimento da doença;
- Deficiente funcionamento a nível social;
- Pouca autoeficácia;
- História de abusos;
- Iliteracia;
- Raça/cultura.

### **3.3. Planeamento do Diagnóstico de Situação**

O planeamento considera o conjunto de considerações operacionais para todas as atividades realizadas com vista à consecução do Diagnóstico da Situação. Neste estudo, o método de análise de dados será estatístico, no qual se efetuará uma análise descritiva dos dados para tentar observar tendências e inferencial, através de testes de correlação (Rho Spearman, Whitney – não paramétricos), para tentar destacar relações potenciais entre variáveis em estudo.

A realização de uma investigação exige respeito por princípios éticos, impondo obrigações relativas à proteção dos indivíduos que aceitam participar num estudo de investigação. Foi efetuado o pedido à população idosa para responder ao formulário, no momento da sua aplicação, sendo ao mesmo tempo explicado em que consistia e qual o objetivo da sua realização. Respeitamos a confidencialidade e o anonimato da informação fornecida e no sentido de a garantir, durante o estudo não foram identificados os inquiridos.

#### **❖ Variáveis e colheita de dados**

A caracterização populacional no âmbito do estudo e do seu objetivo principal exige a determinação de variáveis. Estas, variam consoante determinadas circunstâncias e constituem-se como propriedades ou características dos indivíduos inqueridos. Foram destacados diversos grupos de variáveis: o primeiro com o objetivo de caracterizar a amostra (Idade, Género, Estado Civil, Escolaridade, Agregado familiar, Montante do rendimento familiar e Rendimento associado às necessidades em saúde), o segundo contem questões relativas à caracterização da Complexidade do Regime Medicamentoso, o terceiro caracteriza as Crenças acerca do Regime Medicamentoso, seguem-se as variáveis que retratam da Adesão ao Regime Medicamentoso e finalmente um último grupo que avalia a Capacidade Funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais de Vida Diárias).

Atendendo aos objetivos e às características do estudo, à população alvo e aos recursos disponíveis, foi elaborado um formulário (ANEXOIII), de forma a avaliar a Gestão do Regime Medicamentoso. O formulário construído contempla os grupos de variáveis definidos. Acrescem à estrutura do formulário considerações que viabilizaram o cálculo de índices tais como:

- Mini-Exame do estado Mental (Guerreiro, et al., 1994);
- Índice de Complexidade Medicamentosa (Melchior, et al., 2007);
- Escala de Crenças acerca dos Medicamentos (Pereira, et al., 1999) ;
- Medida de Adesão aos Tratamentos – MAT (Lima, et al., 2001) ;
- Índice de Lawton-Brody – Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) (Sequeira, 2010);
- Índice de Barthel – Atividades de Vida Diária (AVD's) (Sequeira, 2010).

A colheita de dados foi efetuada no período compreendido entre 12 e 27 de Junho.

### **3.4. Análise e Discussão dos Resultados**

A população deste Diagnóstico de Situação é constituída pelos idosos com idade igual ou superior a 65 anos, abrangidos pela UCC de Campanhã. Dos 7.524 idosos com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na Freguesia de Campanhã, foi recolhida uma amostra de 110 indivíduos, de forma aleatória. Destes, apenas foram considerados 100, já que a aplicação do Mini-Exame do Estado Mental constituiu fator de exclusão para indivíduos que apresentassem disfunção cognitiva, o que se verificou em 10 deles.

Na amostra, o intervalo de idades encontradas situa-se entre os 65 e os 95 anos de idade sendo que mais de 90% da amostra se situa entre os 65 e 85 anos de idade. Relativamente ao tipo de agregado associado a cada indivíduo, aproximadamente mais de 90% dos indivíduos têm um historial de vida não solitária (solteiros apenas representam 8% da amostra retida e são essencialmente mulheres). No que se refere à

Escolaridade, verifica-se que o grupo que só completou a 4ª classe constitui o grupo modal e que apenas 2% dos idosos não frequentaram a escola e não sabem ler nem escrever. 48% dos inquiridos revelaram que o rendimento familiar era insuficiente para suprir as necessidades de saúde.

A média do Índice de Complexidade de Fármacos situou-se nos  $30,4 \pm 19,5$ .

O score médio do índice que caracteriza as Crenças Acerca dos Medicamentos situou-se nos  $27,9 \pm 5,6$  sendo 30 pontos o score modal.

A média da Medida de Adesão aos Tratamentos foi de  $39,1 \pm 2,9$ . E o valor que mais se repetiu foi de 40 pontos.

Da síntese da avaliação funcional da amostra através do Índice de Lawton-Brody, obteve-se 63% da amostra independente, 33% com dependência parcial e com dependência severa 4% da amostra.

Na avaliação das Atividades da Vida Diária, considerando o Índice de Barthel, a amostra apresenta-se como independente em 95% dos casos, ligeiramente dependente em 3%, enquanto apenas em 1% encontramos indivíduos moderadamente e severamente dependentes.

A análise descritiva foi completada pelos testes de correlação de Rho Spearman e de Mann-Whitney, que permitiram destacar a dependência (ou não), estatisticamente válida (no contexto do estudo) entre variáveis. Destas análises de correlações e descritiva destaca-se os seguintes resultados:

- Praticamente 37% dos indivíduos vivem isolados;
- 48% da amostra reporta insuficiência financeira para necessidades de saúde;
- 39% afirmam ter um rendimento familiar inferior ao rendimento mínimo;
- A complexidade dos tratamentos assenta sobre um número de fármacos elevado, 3 a 9 unidades em 95% dos casos;
- O desconhecimento do fármaco-29%;

- 76% afirma não possuir suporte escrito;
- 15% revela dificuldade em ler as embalagens;
- 11% revela dificuldade em lembrar quando chega a hora;
- 7% revela dificuldade em organizar para tomar fora de casa;
- 6% tem dificuldades em perceber qual e como deve tomar o fármaco;
- A perda de mobilidade surge como um fator importante limitando a capacidade de adquirir os fármacos na farmácia.

Segundo os dados obtidos, 37% da amostra apresenta algum grau de dependência, sendo que, à medida que a idade aumenta, diminui a capacidade cognitiva e aumenta a dependência. Neste sentido, pode afirmar-se que deveria aumentar o suporte social, o que não se verifica nos resultados obtidos através da análise inferencial fornecida pelos testes não-paramétricos – correlação Rho Spearman.

### **3.5. Definição de Prioridades**

A Definição de Prioridades é a segunda fase da metodologia do Planeamento em Saúde. Esta surge de uma necessidade de planeamento onde, de acordo com a pertinência de problemas identificados, e tendo em conta uma utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a atingir, é necessária a priorização de problemas. Desta forma será possível definir quais os problemas que se devem tentar solucionar primeiro (Tavares, 1990).

Através do presente estudo são dadas a conhecer diferentes problemáticas. Entre elas, foca-se uma importante fase que deverá constituir a promoção da Gestão e Adesão ao Regime Medicamentoso. O estudo, aponta para problemas que a verificarem-se num determinado indivíduo, definem uma situação de atenção: por exemplo, o isolamento associado a condições económicas precárias e a um elevado nível de dependência constitui uma situação crítica, urgente, sobre a qual deverá ser essencial intervir.

Passo então a apresentar os Problemas identificados nos utentes idosos da UCC de Campanhã – ACES Porto-Oriental, que são os seguintes:

Regime medicamentoso complexo:

- 76% dos idosos não possui qualquer suporte escrito sobre a sua medicação;
- 10% dos idosos sente dificuldade em abrir/fechar embalagens;
- 11% dos idosos apresenta dificuldade em se lembrar quando chega a hora da toma da medicação.

Capacidade diminuída para gerir o regime medicamentoso:

- 10% dos idosos sente dificuldade em abrir/fechar embalagens;
- 15% dos idosos apresentam dificuldade em ler o que está escrito nas embalagens;
- 11% dos idosos apresenta dificuldade em se lembrar quando chega a hora da toma da medicação;
- 7% dos idosos apresenta dificuldade em organizar a terapêutica para tomar fora de casa;
- 6% dos idosos necessita que lhe preparem a medicação e 1% é incapaz de se responsabilizar pela medicação.

Atitude dificultadora face ao regime medicamentoso:

- 3% dos idosos refere sentir dificuldades na toma dos fármacos;
- 4% dos idosos apresenta dificuldade em renovar a medicação a tempo;
- 14% dos idosos apresenta dificuldades para se deslocar até uma farmácia;

Défice de conhecimentos face ao regime medicamentoso:

- 27% dos idosos já não conhece o fármaco e 2% nunca conheceram;
- 6% dos idosos admite ter dificuldades em perceber qual e como deverá tomar o fármaco.

Disponibilidade para capacidade para gerir o regime:

- 76% dos idosos não possui qualquer suporte escrito sobre a sua medicação.

Não adesão ao regime medicamentoso:

- 3% dos idosos refere sentir dificuldades na toma dos fármacos.

Conhecimento sobre a medicação não demonstrado:

- 27% dos idosos já não conhece o fármaco e 2% nunca conheceram.

Conhecimento sobre o regime medicamentoso não demonstrado:

- 6% dos idosos admite ter dificuldades em perceber qual e como deverá tomar o fármaco.

Finalizada esta primeira etapa do processo de Planeamento em Saúde - Diagnóstico de Situação, podemos afirmar que seguimos todas as etapas do planeamento e pressupostos de investigação. Planeamos, executamos e avaliamos os resultados com o rigor científico exigível com vista a identificar necessidades numa amostra da comunidade

Relativamente aos objetivos traçados para este Estágio, consideramos que de um modo geral foram globalmente atingidos.

Podemos concluir deste modo que, é preciso que nós Enfermeiros, ultrapassemos as limitações de recursos, problemas ou condições precárias do sistema de saúde e que tenhamos a crença de poder modificar hábitos e atitudes erróneas, levando o indivíduo cada vez a uma maior autonomia nas suas escolhas numa perceção crítica utilizando a educação em saúde e as intervenções com vista ao aumento de uma Gestão do Regime Medicamentoso eficaz, como estratégias para aumentar a qualidade de vida da nossa população idosa.



#### **4. INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: “FUNDAMENTAR O PRESENTE PARA ASSEGURAR O FUTURO”**

É no segundo Módulo de Estágio que decorre a intervenção comunitária, em que são elaborados os planos de intervenção, adequados a cada um dos utentes previamente referenciados pela UCC de Campanhã, com o diagnóstico de Gestão Ineficaz do Regime Medicamentoso, no sentido de dar resposta não só às necessidades encontradas pelo Diagnóstico de Saúde da População mas também às necessidades manifestadas pela UCC.

Dado que a área programática selecionada para este trabalho foi a Saúde do Idoso e já que segundo o Diagnóstico Social do Porto 2009 (Social, 2009), o concelho do Porto apresenta para esta faixa etária, como um dos problemas de topo a saúde, faz todo o sentido a bordagem deste segmento da população, já que se trata de um tema complexo que abrange os processos e sistema de suporte que estão disponíveis para ajudar as pessoas que auto administram a medicação na comunidade para obter o melhor benefício da saúde, dos medicamentos prescritos. Isso ocorre após a medicação ser dispensada.... Pode envolver desde o apoio de cuidadores informais, familiares e profissionais de saúde ou de ação social que a pessoa encontra no curso dos seus cuidados (Banning, 2007).

Quando falamos em Gestão do Regime Terapêutico/Medicamentoso é inevitável abordar um outro conceito intimamente ligado e igualmente relevante, o da Adesão. Enquanto fenómeno de enfermagem, a Adesão é uma volição com características específicas: ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhorar sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece as instruções relativas ao tratamento (frequentemente associado ao apoio da

família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente) e a não adesão e não seguir ou não estar de acordo com o regime terapêutico (ICN, 2006).

A não adesão constitui hoje, uma das grandes problemáticas de saúde no Mundo, por poder ter como consequência um agravamento das doenças crónicas. O risco de não adesão aumenta com a duração e a complexidade do regime terapêutico e é certo que ambos estão presentes em situações de doença crónica (OMS, 2003).

Dada a experiência de trabalho em equipas multidisciplinares de saúde, em diferentes contextos, na comunidade, os enfermeiros estão num lugar de destaque, podendo mesmo ser o fio condutor entre o médico e o farmacêutico, já que têm uma visão alargada e integrada dos cuidados (Banning, 2004).

A implementação destes planos de intervenção foi colocada em prática através da realização de visitas domiciliárias, não se contemplando outro tipo de estratégias já que a probabilidade desta população não aderir era elevada. Inúmeras condicionantes poderiam dificultar a tarefa, como por exemplo: dificuldade económica, de deslocação à UCC para assistir a sessões de educação para a saúde e por outro lado maior facilidade em verbalizar receios e vontades nos seus domicílios. É importante referir que é nas suas casas que está toda a medicação, tornando-se assim mais fácil o acesso a toda a informação necessária para eficácia do estudo. Assim, a maioria das intervenções de enfermagem decorreu no domicílio dos idosos, por ser considerado o local privilegiado para o contacto com os idosos, pois permite a criação de uma relação mais próxima e de maior confiança. Para além disto é no domicílio, que podemos assegurar de uma forma mais eficaz, o contacto com os cuidadores, familiares ou mesmo com a rede de vizinhança, rede essa que funciona muitas vezes, como único apoio disponível.

A visita domiciliária é um lugar privilegiado onde o Enfermeiro assume papéis como prestador de cuidados de alto nível técnico, educador, advogado do doente, colaborador, líder e gestor de casos (Sorensen, et al., 1998).

Os planos de intervenção que em seguida apresentarei surgem em primeiro lugar, como meio auxiliar para a documentação de todas as atividades realizadas junto dos utentes e em segundo, como meio auxiliar na construção dos indicadores produzidos. Para além disto, mostram que para o mesmo diagnóstico de enfermagem, as dimensões diagnósticas não têm que ser forçosamente as mesmas e por consequência as intervenções de enfermagem também não.

Os indicadores de resultado medem a alteração apurada num problema de saúde ou a dimensão atual desse problema, ou seja, avaliam os resultados ou a influência dos fatores. Os indicadores de atividade ou de execução medem a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com o objetivo de alcançar um ou mais indicadores de resultado, medindo desta forma a prestação de cuidados em saúde (Imperatori, et al., 1993).

#### **4.1. Plano de intervenção do utente A**

O utente A tem 82 anos, é do sexo masculino, casado e mora com a esposa. É independente nas Atividades de Vida Diária e nas Instrumentais de Vida Diária. No passado foi fumador e tem história de hipertensão arterial, dislipidemia, tendo sido seguido na consulta externa de cardiologia do Hospital de São João. Da sua história clínica fazem parte um Enfarte Agudo do Miocárdio (1994) e a realização de Bypass coronário em 2000. Foi identificada Não Adesão ao Regime Medicamentoso relativamente à autoadministração da furosemida; coveran e atorvastatina. As motivações prendiam-se com: efeito secundário presente, (furosemida) e dificuldade económica, (coveran e ezetimiba). Na segunda visita domiciliária o utente apresentava dispneia funcional.

#### **❖ Diagnóstico de Enfermagem**

- Não adesão ao Regime Medicamentoso;
- Dispneia.

#### ❖ **Dimensão Diagnóstica**

- Efeito secundário, (furosemida);
- Dificuldade económica;
- Dispneia Funcional.

#### ❖ **Intervenções de Enfermagem**

- ✓ Ajustar horário da furosemida;
- ✓ Reforçar os benefícios do cumprimento da furosemida;
- ✓ Supervisionar a pressão arterial e frequência cardíaca (F.C.);
- ✓ Negociar com o utente a toma da medicação, através da substituição por genérico (substituição do coveram por perindopril + amlodipina);
- ✓ Orientar o utente para consulta com a médica de família (possibilidade de ao cumprir com a atorvastatina deixar de ser necessário a ezetimiba reduzindo desta forma os gastos de 40€ para 2,58€);
- ✓ Instruir o utente para os benefícios da elevação da cabeceira da cama, a 30º;
- ✓ Contratualizar a Adesão ao Regime Medicamentoso relacionado com o cumprimento na autoadministração da furosemida.

#### ❖ **Indicadores de Processo**

Nº de vezes efetivas em que foi aplicado o formulário x 100 =  $2/2 \times 100 = 100\%$   
Nº de vezes planeadas a aplicar o formulário

Nº de SESI sobre a gestão do regime terapêutico realizadas x 100 =  $3/3 \times 100 = 100\%$   
Nº de SESI sobre a gestão do regime terapêutico planeadas

Nº de supervisões efetivas da pressão arterial e F.C. x 100 =  $3/3 \times 100 = 100\%$   
Nº de supervisões da pressão arterial e F.C. planeadas

Nº de visitas domiciliárias realizadas x 100 =  $4/4 \times 100 = 100\%$   
Nº de visitas domiciliárias planeadas

Nº de entrevistas telefónicas realizadas x 100 =  $2/2 \times 100 = 100\%$   
Nº de entrevistas telefónicas planeadas

No que concerne aos Indicadores de Processo relativo ao utente A, houve total concordância entre as atividades realizadas e as planeadas.

#### ❖ Indicadores de Resultado

**Efeito Secundário (furosemida)** =  $\frac{\text{Nº de tomas de furosemida efetivas nos últimos 15 dias}}{\text{Nº total de tomas de furosemida previstas nas últimas duas semanas}} \times 100$   
=  $15/15 \times 100 = 100\%$

#### Dificuldade Económica

- ✓ Negociada substituição de fármaco por genérico que o utente aceitou, passando assim a gastar 3,5€ em vez de 7€;
- ✓ Realizada orientação para consulta com médica de família para que lhe fosse revista a prescrição médica. Deste modo, o utente passaria a fazer atorvastatina com o objetivo de mais tarde poder suspender a ezetimiba, isto se os valores analíticos posteriores o permitirem.

Indicador relativo ao diagnóstico de enfermagem: Adesão ao Regime Medicamentoso.

**Adesão ao Regime Medicamentoso** =  $\frac{\text{Nº de dimensões do diagnóstico resolvidas}}{\text{Nº total de dimensões do diagnóstico}} \times 100 =$   
 $= 1/2 \times 100 = 50\%$

Indicador relativo ao resultado esperado: Ausência de Sinais de Dispneia.

**Ausência de Sinais de Dispneia** =  $\frac{\text{Nº de pessoas que deixaram de ter sinais de dispneia com intervenção de enfermagem documentada}}{\text{Nº de pessoas com dispneia}} \times 100 = 1/1 = 100\%$

#### Avaliação global:

Assim, relativamente ao diagnóstico de enfermagem - Adesão ao Regime Medicamentoso, foi atingido em 50%, já que apenas uma das duas dimensões do

diagnóstico foi atingida. A explicação reside na limitação de tempo em que decorreu a intervenção. Nesse sentido, e se o espaço temporal fosse mais alargado, seria possível o acesso a resultados analíticos pós prescrição de atorvastatina, que viessem a confirmar a viabilidade da suspensão da ezetimiba, o que se traduziria num previsível ganho total em saúde. Neste sentido, apenas se pode afirmar que se obtiveram ganhos parciais em saúde.

Para o diagnóstico de enfermagem – Dispneia – cujo resultado esperado é ausência de sinais de dispneia, pode dizer-se que foi atingido na sua totalidade, ou seja para este diagnóstico foram alcançada a totalidade dos ganhos em saúde. Acredita-se que a prolongação por mais tempo poderia vir a consolidar os ganhos em saúde observados.

#### **4.2 Plano de intervenção do utente B**

O utente B completou 81 anos, é do sexo feminino e a mora com o marido. Apresenta dependência severa, (score 25, índice de Lawton–Brody), no que diz respeito à capacidade funcional. Relativamente às atividades de vida diária, (índice de Barthel) a utente apresenta-se ligeiramente dependente, score 75. Apresenta antecedentes de queda, com secção tendinosa da mão direita, que levou a uma elevada diminuição da mobilidade do membro. Para além disto, é invisual do olho direito apresentando diminuição da acuidade visual à esquerda. Apesar destas limitações, consegue identificar e distinguir a medicação. Relata no entanto, grande desconforto associado à toma da furosemida pelo número de vezes que implica ir ao W.C. Apresenta Diabetes Mellitus tipo II insulino tratada e apesar disso não faz monitorização da glicemia capilar e posterior registo; também apresenta défice de conhecimentos acerca das principais consequências de uma diabetes mal controlada. Reconhece principais sinais e sintomas da hipoglicemia, não identificando por sua vez as principais complicações associadas à hiperglicemia.

❖ **Diagnóstico de Enfermagem**

- Não adesão ao Regime Terapêutico.

❖ **Dimensão Diagnóstica**

- Falta de Volição (Não adesão ao teste diagnóstico);
- Défice de conhecimentos sobre Regime Terapêutico (hiperglicemia).

❖ **Intervenções de Enfermagem**

- ✓ Consciencializar para o risco de picos hiperglicémicos frequentes, (dando reforços positivos - retardar a aceleração do processo de deterioração progressiva da visão);
- ✓ Reforçar a importância da realização do teste diagnóstico;
- ✓ Negociar a realização do teste diagnóstico duas vezes por dia;
- ✓ Ensinar sobre três das possíveis complicações associadas a hiperglicemias sustentadas, (retinopatia diabética, nefropatia diabética e neuropatia diabética).

❖ **Indicadores de Processo**

$\frac{\text{Nº de vezes efetivas em que foi aplicado o formulário}}{\text{Nº de vezes planeadas a aplicar o formulário}} \times 100 = \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$

$\frac{\text{Nº de SESI sobre a gestão do regime terapêutico realizadas}}{\text{Nº de SESI sobre a gestão do regime terapêutico planeadas}} \times 100 = \frac{3}{3} \times 100 = 100\%$

$\frac{\text{Nº de supervisões efetivas da glicemia capilar realizadas pela utente}}{\text{Nº de supervisões da glicemia capilar planeadas para a utente}} \times 100 =$

$= \frac{20}{20} \times 100 = 100\%$

$\frac{\text{Nº de visitas domiciliárias realizadas}}{\text{Nº de visitas domiciliárias planeadas}} \times 100 = \frac{4}{4} \times 100 = 100\%$

No que concerne aos Indicadores de Processo relativo ao utente B, houve total concordância entre as atividades realizadas e as planeadas.

### ❖ Indicadores de Resultado

Indicadores relativos às dimensões diagnósticas: Adesão ao teste diagnóstico e Conhecimento sobre Regime Terapêutico (Hiperglicemia)

**Adesão ao teste diagnóstico** =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pesquisas de glicemia capilar realizadas nos últimos 15 dias}}{\text{N}^\circ \text{ total de pesquisas de glicemia capilar previstas para os últimos 15 dias após a intervenção}} \times 100 = \frac{15}{30} = 50\%$

**Conhecimento sobre Regime Terapêutico (Hiperglicemia)** =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de complicações que a utente demonstra conhecimento após intervenção de enfermagem}}{\text{N}^\circ \text{ total de complicações ensinadas}} \times 100$   
=  $\frac{2}{3} = 67\%$

Seguidamente apresento o indicador relativo ao diagnóstico de enfermagem: Adesão ao Regime Terapêutico:

**Adesão ao Regime Terapêutico** =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de dimensões diagnósticas resolvidas}}{\text{N}^\circ \text{ total de dimensões diagnósticas}} = \frac{0}{2} = 0\%$

### Avaliação global:

Embora não tivesse sido possível resolver o diagnóstico de enfermagem relativo à Adesão ao Regime Terapêutico na sua totalidade, obtiveram-se ganhos parciais para cada uma das dimensões do diagnóstico, como é demonstrado através dos indicadores acima construídos. A adesão ao teste diagnóstico foi atingida em 50%. O facto da utente em causa apresentar dependência severa no que diz respeito à capacidade funcional não permitiu a realização de duas pesquisas de glicemia capilar por dia. A utente necessitava do apoio do marido para a sua realização mas só contou com a sua ajuda a partir das 19h, hora em que jantavam. Já no que diz respeito aos conhecimentos sobre o Regime Terapêutico e especificamente complicações associadas à Hiperglicemia foi atingido em 67%. O fator tempo não permitiu um maior número de visitas domiciliárias, o que condicionou a aquisição dos conhecimentos previstos.

### 4.3. Plano de intervenção do utente C

O utente C tem 81 anos, do sexo masculino, é viúvo e mora sozinho. Apresenta dependência parcial, (score 10, índice de Lawton-Brody), no que diz respeito à capacidade funcional. Relativamente às atividades de vida diária (índice de Barthel), o utente é independente score 95. Apresenta pequena diminuição da mobilidade, (claudica). Sabe, efetivamente, para que efeito toma a medicação, no entanto, ao domingo faz apenas varfine e bisoprolol afirmando que “só faço esses dois porque preciso de descansar do resto”. Não faz vigilância da glicemia capilar por não saber interpretar os valores da mesma, referindo ainda que “ já aconteceu de me sentir orado quando me levanto”. Quando questionado acerca do número de refeições que faz por dia, responde fazer em média apenas 3 em que a última é feita por volta das 18h.

#### ❖ Diagnóstico de Enfermagem

- Incumprimento do Regime Medicamentoso;
- Não Adesão ao Regime Terapêutico, (ausência de vigilância da glicemia capilar);
- Gestão Ineficaz do Regime Terapêutico.

#### ❖ Dimensão Diagnóstica

- Crença de saúde errónea, (ao domingo faz apenas varfine e bisoprolol);
- Défice de conhecimentos relativos à hipoglicemia;
- Gestão ineficaz do regime alimentar (por défice de conhecimento relativo ao nº de refeições adequadas.

#### ❖ Intervenções de Enfermagem

- ✓ Desmistificar as crenças presentes acerca do benefício da interrupção da medicação uma vez por semana;
- ✓ Ensinar sobre principais sinais e sintomas de hipoglicemia;
- ✓ Ensinar sobre precauções de segurança (hipoglicemia);

- ✓ Ensinar acerca da interpretação dos valores de glicemia capilar;
- ✓ Negociar a realização do teste diagnóstico uma vez por dia;
- ✓ Ensinar acerca do número de refeições que deve fazer;
- ✓ Negociar com o utente que faça pelo menos quatro refeições, dado que na maioria das vezes, a sua terceira e última refeição é por volta das 18h.

#### ❖ Indicadores de Processo

Nº de vezes efetivas em que foi aplicado o formulário x 100 = 2/2 x 100 = 100%  
Nº de vezes planeadas a aplicar o formulário

Nº de SESI sobre a gestão do regime terapêutico realizadas x 100 = 3/3 x 100 = 100%  
Nº de SESI sobre a gestão do regime terapêutico planeadas

Nº de visitas domiciliárias realizadas x 100 = 3/3 x 100 = 100%  
Nº de visitas domiciliárias planeadas

Nº de supervisões efetivas da glicemia capilar realizadas pelo utente x 100 Nº de supervisões da glicemia capilar planeadas para o utente

= 10/10 x 100 = 100%

Nº de vezes que o utente ingeriu efetivamente quatro refeições diárias x 100  
Nº de vezes planeadas para a ingestão de quatro refeições diárias

= 15/15 x 100 = 100%

Nº de entrevistas telefónicas realizadas x 100 = 2/2 x 100 = 100%  
Nº de entrevistas telefónicas planeadas

No que concerne aos Indicadores de Processo relativo ao utente C, houve total concordância entre as atividades realizadas e as planeadas.

## ❖ Indicadores de Resultado

Indicador relativo ao resultado esperado: Ausência de crença sobre a interrupção da medicação.

**Ausência de crença sobre a interrupção da medicação** =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de medicamentos que o utente toma efetivamente nos últimos 15 dias após intervenção}}{\text{N}^\circ \text{ total de medicamentos prescritos}} \times 100 =$

$$= \frac{7}{7} \times 100 = 100\%$$

Indicador relativo à dimensão diagnóstica: Conhecimentos relativos à hipoglicemia.

**Conhecimentos relativos à hipoglicemia** =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de sinais e sintomas identificados pelo utente, nos últimos 15 dias após intervenção}}{\text{N}^\circ \text{ de sinais e sintomas que era previsto que o utente soubesse identificar}} \times 100 = \frac{3}{3} \times 100 = 100\%$

Indicador relativo ao diagnóstico de enfermagem: Adesão ao teste diagnóstico.

**Adesão ao teste diagnóstico** =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pesquisas de glicemia capilar realizadas nos 15 dias}}{\text{total de pesquisas previstas para os últimos 15 dias}} \times 100 = \frac{15}{15} \times 100 = 100\%$

Indicador relativo à dimensão diagnóstica - Gestão do Regime Alimentar

**Gestão do Regime Alimentar** =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de refeições efetuadas nos últimos 15 dias após intervenção}}{\text{N}^\circ \text{ total de refeições previstas para os últimos 15 dias após intervenção}} \times 100 = \frac{4 \times 15}{4 \times 15} \times 100 = 100\%$

**Adesão ao Regime Terapêutico** =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de dimensões diagnósticas resolvidas}}{\text{N}^\circ \text{ total de dimensões diagnósticas}} = \frac{2}{2} = 100\%$

**Gestão do Regime Terapêutico** =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de dimensões diagnósticas resolvidas}}{\text{N}^\circ \text{ total de dimensões diagnósticas}} = \frac{1}{1} = 100\%$

### Avaliação global:

Para o diagnóstico de enfermagem Adesão ao Regime Terapêutico, o indicador de resultado evidencia que foi atingido na totalidade. O mesmo se verificou relativamente

ao diagnóstico de enfermagem Gestão do Regime Terapêutico. Neste sentido e porque o número de dimensões diagnósticas resolvidas foi o mesmo que o número total de dimensões diagnósticas previstas para este utente, pode afirmar-se que os ganhos em saúde obtidos foram na totalidade.

Fica no entanto a dúvida relativamente à manutenção dos mesmos a longo prazo, já que não foi possível avaliar numa fase mais tardia se o utente em causa continuava a cumprir a toma da medicação prescrita, se mantinha os conhecimentos relativos à hipoglicemia, se continuava a aderir ao teste diagnóstico e por fim se mantinha o padrão de gestão do regime alimentar no que diz respeito ao número de refeições a fazer por dia.

#### **4.4. Plano de intervenção do utente D**

Após a referenciação do utente D, com Gestão Ineficaz do Regime Medicamentoso, pela UCC de Campanhã e concluída a primeira visitação domiciliária, verifiquei que se tratava de uma utente com 75 anos, do sexo feminino, viúva e a morar sozinha. Apoiada por uma prestadora de cuidados que providencia as refeições, prepara, gere e administra a medicação e acompanha a utente a todas as consultas médicas. Existia no seu passado história de Gestão Ineficaz do Regime Medicamentoso, concretamente na autoadministração de insulina de ação rápida, Actrapid, para a qual não obedecia ao esquema instituído. Apesar deste inegável passado, a utente apresentava-se à data da visitação domiciliária perfeitamente adaptada à sua condição de saúde e devidamente apoiada por uma prestadora de cuidados. Após avaliação cuidada conclui que a utente:

- ✓ Identificava sinais e sintomas de hipoglicemia;
- ✓ Demonstrava conhecimentos relativos a procedimentos de segurança no que à hipoglicemia diz respeito;
- ✓ Demonstrava conhecimentos relativamente a possíveis complicações relacionadas com hiperglicemias sustentadas;
- ✓ Privilegiava a alimentação saudável;

No que concerne à avaliação realizada relativamente à prestadora de cuidados, conclui o seguinte:

- ✓ Geria e administrava a medicação de forma eficaz;
- ✓ Demonstrava conhecimentos relativamente a toda a medicação instituída;
- ✓ Demonstrava conhecimentos relativamente à monitorização da glicemia capilar e sua interpretação. Possuía conhecimento acerca das precauções de segurança da hipoglicemia, complicações associadas às hiperglicemias, assim como horários adequados à monitorização;
- ✓ Privilegiava a preparação de dietas saudáveis;
- ✓ Acompanhava a utente a todas as consultas médicas.

**Avaliação global:**

Assim sendo, contrariamente ao que seria de esperar e apesar da história de Gestão Ineficaz do Regime Medicamentoso, a verdade é que após avaliação cuidada esta utente demonstrou estar perfeitamente adaptada à sua situação de saúde e devidamente apoiada por uma prestadora de cuidados, como explicitiei anteriormente, daí não ter sido necessária a minha intervenção. A deterioração da acuidade visual e a insuficiência renal (com risco associado de necessidade de integrar programa de hemodiálise), consequência da Gestão Ineficaz do regime medicamentoso, especificamente na incorreta autoadministração de insulina de ação rápida (Actrapid), foi a principal razão para a Adesão e Gestão eficaz do Regime Terapêutico desta utente.



## **5. AUTOCUIDADO E DEPENDÊNCIA**

Durante o Módulo III, tive a possibilidade de integrar a ECCI de Campanhã e ainda a UCSP de São Roque da Lameira. Aqui houve espaço para o acompanhamento dos enfermeiros na visita domiciliária, assim como para as consultas de enfermagem. Simultaneamente foi realizado um trabalho de pesquisa relativo aos idosos e à dependência no autocuidado, durante o qual foi construído um instrumento de colheita de dados para avaliação da sua dependência. O presente capítulo descreve o essencial do trabalho desenvolvido, cuja dissertação consta como Anexo VII do presente relatório.

### **5.1 Os idosos e o autocuidado**

A tendência crescente do envelhecimento da população está associada ao decréscimo da natalidade, ao aumento da esperança média de vida, às alterações do estilo de vida nas sociedades ocidentais desde meados do século XX e, ainda, aos avanços médico-cirúrgicos e à generalização dos cuidados de saúde (DGS, 2003).

Esta tendência global está comprovada no nosso país onde, nos últimos Censos 2011, se registaram 128 idosos para cada 100 jovens, face aos 102 idosos para o mesmo nº de jovens, contados nos Censos 2001. Os últimos dados censitários reportaram ainda o aumento de 29% do número de pessoas idosas a viver sós, na última década (INE, 2012).

Perante este panorama, a OE (OE, 2011) alerta para as necessidades de cuidados de saúde à pessoa idosa, sendo expectável o aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada (crónico-degenerativas) nesta faixa etária, que provocam graus de dependência elevados. Tal facto, tem como consequência uma maior solicitação de apoios formais e informais, ou seja, das necessidades de suporte familiar e comunitário (Imaginário, 2002).

Se à tendência generalizada das altas hospitalares mais prematuras, associarmos a dificuldade (ou mesmo incapacidade) dos idosos se deslocarem às unidades de Saúde, torna-se evidente a necessidade de cuidados mais diferenciados no domicílio. Num cenário ideal o idoso deve permanecer no seu contexto familiar o máximo de tempo possível, para evitar ruturas indesejáveis. É na família que os aspetos físicos, sociais e afetivos são mais visíveis, o que em muito contribui para o equilíbrio da pessoa, e por para a sua saúde (Garcia, 1997).

O assumir a responsabilidade de tratar de indivíduos com dependências, remete-nos para o tema do autocuidado. Autocuidado significa cuidar-se de si mesmo, procurar quais são as necessidades do corpo e da mente, evitar hábitos nocivos, melhorar o estilo de vida, desenvolver uma alimentação sadia, conhecer e controlar os fatores de risco que podem resultar em problemas de saúde. Trata-se assim de uma atitude que visa a melhoria da qualidade de vida (Orem, 1995).

A instalação de situações de dependência no autocuidado traduz mudanças consideráveis na representação que o individuo faz da sua saúde, nos seus padrões de funcionamento e nos papéis que ocupa na família e na comunidade. Neste contexto o autocuidado aparece como principal foco na disciplina de Enfermagem, mais concretamente no fenómeno da “Dependência no autocuidado” (Orem, 1995).

Constituem resultados de enfermagem previsíveis não só a promoção da independência ou a melhoria no grau de dependência no autocuidado, mas também a obtenção de conhecimento, por parte do utente, relativamente a estratégias de adaptação que possibilitarão lidar com os défices no autocuidado (Pereira, 2007).

Com este fenómeno nasce a necessidade de definir critérios de avaliação para a dependência, e em concreto neste estudo, no contexto particular do idoso.

## 5.2 Avaliação e Instrumentos de Avaliação da dependência no autocuidado

Para o idoso, a independência funcional constitui habitualmente o fator mais importante na conservação da qualidade de vida. A avaliação funcional mais não é que uma forma de estimar se a pessoa tem ou não capacidade, de forma autónoma, de colocar em prática as atividades indispensáveis para tratar de si mesma e, caso não seja, apurar se essa necessidade de ajuda é parcial ou completa.

As escalas de avaliação funcional disponíveis possibilitam a medição da presença ou não de dependência, no sentido de fazer o diagnóstico e plano de intervenção propriamente dita. Avaliam a função indiretamente através das consequências que a sua perda comporta: medem o grau de autonomia e o grau de dependência. Dependência esta que, por sua vez, afeta os vários níveis de relação da pessoa, desde o mais básico (ABVD), passando pelo nível de complexidade intermédia (AIVD) e, finalmente, o nível mais avançado (AAVD):

- ABVD: atividades básicas da vida diária
- AIVD: atividades instrumentais da vida diária
- AAVD: atividades avançadas da vida diária

Inúmeros autores estabelecem uma relação entre a capacidade funcional e a capacidade de manutenção da independência, relacionada com a capacidade da pessoa para responder aos problemas da vida diária, efetuando sem auxílio as tarefas de autocuidado, interagindo com o meio envolvente e participando de forma ativa na vida em sociedade, apesar de poder apresentar alguma limitação física, mental ou social.

Foram abordados e destacados (entre outros) os seguintes instrumentos:

- Escala de Atividade de Vida Diária de Katz
- O índice de Barthel
- Escala de Lawton e Brody

### **5.3 Ilção sobre a dependência no autocuidado**

O conceito de autocuidado e todos os outros que lhe estão associados – a dependência, a autonomia e a capacidade funcional – representam assuntos de destaque no que diz respeito à disciplina de Enfermagem. A pertinência da conceção de autocuidado é comprovada por todos os estudos científicos que se têm desenvolvido nos últimos anos, na sua grande maioria remetendo para os princípios teóricos da Escola das necessidades (Meleis, 2007).

A promoção da autonomia no autocuidado e a promoção das competências dos membros da família prestadores de cuidados a dependentes (inseridos nos seus ambientes familiares), são exemplo de temas centrais e básicos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

Todavia e apesar do reconhecimento da sua importância científica, os instrumentos disponíveis, de avaliação destas temáticas, vêm a sua utilidade diminuída em termos clínicos (para a enfermagem), pois fazem avaliações genéricas, com limitações de distinção dos casos e das suas reais capacidades de desempenho.

Em Portugal, tem-se assistido nos últimos anos, a uma forte investigação em enfermagem relativa à problemática do autocuidado. Este forte investimento é resultado da extrema importância do conceito para a disciplina e, da premência de ir ao encontro de soluções que permitam lidar com o aumento dos quadros de dependência, existentes e com tendências de crescimento.

Uma das soluções encontradas pela atividade política no sentido de dar resposta às dificuldades desta nova realidade, tem por base a criação da RNCCI, que coloca em relevo aquele que por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária (DR, 2006).

Nas projeções do INE para o ano 2060, a população portuguesa irá apresentar um decréscimo de valores na ordem dos 10 364 157 habitantes, dos quais 3 351 045 apresentarão idade superior a 65 anos, o que constituirá um aumento importante da proporção de idosos para 32,3%. Isto quer dizer que daqui a 45 anos, a percentagem de idosos na população portuguesa irá duplicar (INE, 2009).

Pelo exposto torna-se possível afirmar que a pesquisa foi não só pertinente como deixa evidente, a real necessidade de ser continuada.



## **6. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO DE ESTÁGIO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

O presente relatório teve por base a metodologia do Planeamento em Saúde. E porque Planear é uma prioridade dado que tudo nos apela à redução de custos relativos às intervenções que colocamos em prática, o planeamento enquanto premissa pode dar um forte contributo para a eficácia e eficiência dos cuidados que são prestados. Tendo por base o Planeamento em Saúde, decorreu todo o percurso de estágio, no qual se elaborou o Diagnóstico de Situação, a priorização das necessidades, elaboração dos planos de intervenção para os quatro utentes referenciados pela UCC e sua execução e por último a avaliação dos resultados após a minha intervenção. De realçar que a primeira e segunda fase do Planeamento tiveram lugar no primeiro módulo de estágio. Foi um percurso duro, apesar da teoria lecionada, pois existia um grande handicap: inexperiência em cuidados de saúde primários. Apesar disto as dificuldades foram ultrapassadas ao longo do trabalho, quer de forma individual, quer com o apoio dos colegas de estágio, orientador e tutora. Vencidas as barreiras é chegada a fase final da construção do Diagnóstico de Saúde, com a priorização das necessidades.

O processo de recolha de dados junto da população alvo foi acompanhado de uma forte receptividade. Os utentes sempre que abordados e na posse de informação acerca do objetivo do trabalho em curso, colaboraram sem hesitação, o que de facto também se revelou um grande contributo para o desenvolvimento deste trabalho. Importante referir ainda que, sem o apoio da equipa multidisciplinar da UCC de Campanhã e nomeadamente através do encaminhamento da referência dos utentes que seriam mais tarde alvo da nossa intervenção, tudo se tornaria ainda mais difícil.

É chegado o momento de proceder ao tratamento de dados e novas dificuldades surgem. Neste contexto, houve necessidade de adquirir conhecimentos para lidar com a ferramenta de trabalho SPSS altura em que a ajuda do professor orientador se revelou imprescindível. Posto isto, é chegada fase de priorização das necessidades. Foi decidido por unanimidade com o professor orientador e a enfermeira coordenadora responsável

pelo estágio, que os problemas identificados no Diagnóstico, seriam agrupados em dois Diagnósticos Major, nomeadamente: Adesão ao Regime Medicamentoso e Gestão do Regime Medicamentoso. É então que nos é sugerido pela enfermeira coordenadora, a possibilidade de trabalharmos um grupo de utentes, individualmente, previamente referenciados pela UCC de Campanhã, com o Diagnóstico de Gestão Ineficaz do Regime Medicamentoso. Aceitei com grande satisfação já que efetivamente seria o momento de colocar verdadeiramente em prática todo um conjunto de conhecimentos e competências adquiridas ao longo da formação prévia. A execução dos planos de intervenção individuais e posterior avaliação, foram sem dúvida, oportunidades de extremo crescimento e satisfação, quer pessoal, quer profissional. A relação de confiança e empatia que construímos ao longo da nossa intervenção culminou numa grande disponibilidade e vontade por parte dos utentes em integrar este trabalho, o que nos fez refletir acerca do nosso desempenho na certeza de que as opções tomadas foram de encontro às necessidades dos utentes.

Com esta experiência surgiu a oportunidade de adquirir e aperfeiçoar um conjunto de competências na Especialidade em Enfermagem Comunitária (EEC) que alavancaram uma atuação futura dotada de outras capacidades de intervenção.

Todo o processo de desenvolvimento do Diagnóstico de Situação de Saúde possibilitou a aquisição de competências na área de EEC, concretamente na análise de questões de maior complexidade relacionadas com o campo de ação de enfermagem, numa perspetiva autónoma, sistemática e crítica.

Para os objetivos assinalados, importantes vitórias foram alcançadas, traduzindo-se em ganhos em saúde. De realçar ainda que para alguns dos diagnósticos de enfermagem identificados, se obtiveram ganhos totais em saúde já que as suas dimensões diagnósticas foram atingidas na totalidade. Todavia, existem outros diagnósticos, que por terem sido atingidas apenas algumas das suas dimensões diagnósticas, os ganhos conseguidos foram apenas parciais. De realçar ainda a importância de avaliar os

conhecimentos adquiridos depois da intervenção, numa fase distanciada da intervenção, para poder verificar a manutenção dos mesmos ou não.

Já no módulo III é-me proposto ainda o desenvolvimento de um trabalho no âmbito do autocuidado cuja pertinência é facilmente justificada pelo facto de ser uma mais valia existir um instrumento de recolha de dados, que ajude os enfermeiros na avaliação e documentação das atividades relativas ao autocuidado. Deste modo foi elaborado um instrumento de colheita de dados para avaliação da dependência no autocuidado dos idosos (Anexo VII).

No que diz respeito à UCSP as oportunidades de aprendizagem centraram-se não só ao nível da já referida visita domiciliária mas também no acompanhamento de consultas de enfermagem nas mais variadas fases do ciclo vital, tais como planeamento familiar saúde materna, saúde infantil, saúde do adulto e saúde do idoso. A oportunidade que inicialmente fora colocado como uma possibilidade, nomeadamente perceber e até mesmo integrar um novo programa de atribuição de famílias por enfermeiro de família, não foi possível colocar em prática durante a nossa permanência na UCSP, pois decorria por essa altura uma reestruturação física dessa mesma Unidade.

De seguida é feita uma reflexão acerca de cada uma das competências adquiridas.

## **6.1 Comunicação**

A comunicação é o processo de compreender, partilhar mensagens enviadas e recebidas, no qual as próprias mensagens, e o modo como se dá todo este processo, exercem influência no comportamento das pessoas nele envolvidas, a curto, médio e longo prazo, no local onde ocorreu a comunicação ou mesmo à distância (Stefanelli, 1990).

Quando falamos em Enfermagem e especialmente em Enfermagem comunitária, torna-se mandatório falar de comunicação. Assim, para o enfermeiro com EEC, a comunicação

deve ser um elemento de extrema importância. Toda a sua ação é centrada na relação com o utente/ família e comunidade, e por isso se a comunicação não for eficaz e a relação não for assente numa base de confiança, a eficácia das intervenções poderá estar em causa. É da eficácia na comunicação que se estabelece com o utente/ família e comunidade, que a nossa intervenção, pode ir de encontro às necessidades sentidas pelos utentes, e após intervenção gerar ganhos em saúde.

É no contexto do desenvolvimento deste trabalho que nos é dada a oportunidade de comunicar os resultados do estudo realizado com os utentes da UCC de Campanhã, onde após a sua finalização foi possível dar resposta a outra competência, nomeadamente a de emitir um discurso pessoal fundamentado, baseado nas diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde identificados.

## **6.2 Gestão**

Com a implementação da intervenção propriamente dita, foi possível demonstrar não só capacidade para a sua realização, aplicação e avaliação, abordando as questões mais complexas de forma eficaz, mas também competência na área de gestão dos recursos disponíveis que possibilitaram o sucesso da intervenção.

A implementação das sessões de educação para a saúde individuais (SESI), surgiram como estratégia para aumentar o conhecimento dos utentes acerca do regime terapêutico, promover uma adesão ao mesmo regime no sentido de os capacitar para a autogestão dos seus Regimes Terapêuticos. A escolha da realização das sessões nos domicílios, através da visita domiciliária, prendeu-se com o facto de a probabilidade de adesão ser maior desta forma do que por exemplo através da execução de posters ou realização de sessões de educação para a saúde na UCC. A idade avançada desta população, os escassos recursos económicos, a dificuldade de mobilidade, o desconforto da presença de inúmeras pessoas com a as quais não estão familiarizadas

e a impossibilidade de aceder a toda a medicação prescrita para a altura, seriam fortes condicionantes ao desenvolvimento deste trabalho.

Ainda no âmbito da gestão será pertinente referir que tive oportunidade de assistir quer a gestão de *stocks*, quer recursos humanos e materiais que embora sendo da responsabilidade da enfermeira coordenadora, era por vezes partilhada com os restantes elementos da equipa, fazendo assim com que todos os elementos estivessem aptos a fazer os respetivos pedidos, diminuindo o prejuízo de funcionamento da unidade em caso de ausência da coordenadora.

### **6.3 Formação**

A formação é uma das áreas em que o enfermeiro especialista pode intervir e, para tal, deverá possuir as seguintes competências (MS, 1991):

- Responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados, elaborando plano anual de atividades;
- Elaborar o relatório das atividades referentes à formação em serviço;
- Colaborar nos projetos de formação realizados no estabelecimento ou serviço.

Realizou-se uma formação em serviço onde foram expostos os resultados obtidos a toda a equipa multidisciplinar da UCC de Campanhã, a fim de dar a conhecer todo o trabalho desenvolvido, especialmente acerca da construção do Diagnóstico de Situação de Saúde e dos planos de intervenção implementados nos utentes, bem como a sua posterior avaliação e os consequentes ganhos em saúde. De realçar que assim se colocou em prática uma das competências da EEC dando visibilidade a todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio.

#### **6.4 Supervisão clínica**

A realização dos diferentes momentos de estágio possibilitou o desenvolvimento de conhecimentos e competências na área da Enfermagem Comunitária. Através da partilha com outros profissionais de saúde e nomeadamente com a enfermeira orientadora, de experiências, sugestões e reflexões, levaram a uma maior consciencialização dos cuidados prestados possibilitando assim o desenvolvimento pessoal e profissional na área de especialização. Importante ainda referir as orientações tutoriais realizadas com a enfermeira coordenadora da UCC e o professor orientador, uma vez que possibilitaram uma reflexão crítica sobre o percurso desenvolvido, sobre os cuidados e por último sobre as competências a serem desenvolvidas.

No que diz respeito à colaboração na integração de novos profissionais de enfermagem, não foi possível realizar, dado que ao longo de todo o período de estágio não houve integração de novos elementos na equipa.

#### **6.5 Conhecimento e prestação de cuidados**

Ciências como a medicina, a biologia e a farmacologia eram pilares integrantes e fundamentais na construção do corpo de conhecimentos da disciplina de Enfermagem. Porém, a fim de ser reconhecida como ciência emergia a necessidade de produzir conhecimento. É então que os profissionais de enfermagem se dedicam à área da investigação clínica e prática de modo a ser possível basear a prática na evidência, no sentido de atingir a autonomia profissional (Vieira, 2008).

A possibilidade de integrar a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de Campanhã e a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de São Roque da Lameira, permitiu-me perceber o tipo de apoio para o qual são mais vezes solicitadas estas equipas, nomeadamente a prestação de cuidados de enfermagem a utentes com elevado grau de dependência, como são exemplo os utentes acamados e utentes em

que é identificada a necessidade de tratamento e vigilância de úlceras de pressão e de perna. Constatei que esteve sempre muito presente a preocupação na criação de uma relação de proximidade, através por exemplo da tentativa de que fosse sempre que possível, o mesmo enfermeiro a prestar os cuidados de enfermagem ao mesmo utente.

Tudo isto é realizado através da visitação domiciliária, que se por um lado deixa perceber no local - a casa das pessoas – as necessidades reais do utente/ família, permite por outro exercer um importante papel no âmbito da sua ação, nomeadamente o de orientar, educar e fornecer meios para que o indivíduo, neste caso o idoso, a família e a comunidade tenham acesso às condições necessárias que lhes possibilite a independência. Deste modo e através do contacto direto com a prática dos cuidados na comunidade, é possível perceber todo o processo de articulação dos cuidados e a referenciação dos utentes o que certamente me irá permitir prestar cuidados mais eficazes num futuro próximo.

Um outro aspeto a referir, relativo à prestação de cuidados, diz respeito à possibilidade de aumentar os conhecimentos relativos ao autocuidado e à dependência tão característica desta faixa etária. Neste sentido foi realizado um trabalho de pesquisa bibliográfica e construção de um instrumento de colheita de dados (Anexo VII).

## **6.6 Investigação**

As competências relativas ao domínio da investigação foram desenvolvidas ao longo do estágio, essencialmente no que se refere ao módulo I e II. Embora o Diagnóstico de Situação de Saúde, não possa ser considerado um trabalho de investigação, os seus resultados baseados na evidência, podem ser apreciados como argumento para as práticas nos Cuidados de Saúde Primários.

A apresentação do Diagnóstico de Saúde à equipa multidisciplinar da UCC e ECCI de Campanhã permitiu a incorporação na prática, dos resultados da investigação validados

e de interesse no âmbito da especialização, possibilitando ao mesmo tempo o desenvolvimento de todo o método científico.

O tratamento dos dados através do programa de tratamento estatístico SPSS bem como a construção de relatórios ao longo do estágio, permitiu também o desenvolvimento de competências na área de investigação, que serão uma mais-valia a nível profissional e académico.

Concluída a exposição das competências relativas à EEC, faz todo o sentido referir os ganhos em saúde, conseguidos após a minha intervenção, que poderiam ter sido bem mais expressivos se o intervalo de tempo fosse mais alargado.

Nesta reflexão, é ainda importante enumerar alguns dos aspetos positivos do meu percurso de estágio, que passo a apresentar:

- ✓ Uma visão abrangente dos Cuidados de Saúde Primários;
- ✓ Conhecimento de uma outra realidade de trabalho, a Comunidade;
- ✓ A realização do Diagnóstico de Saúde e todo o trabalho que isso acarreta;
- ✓ A implementação de planos de intervenção na comunidade e a satisfação dos resultados obtidos após as intervenções realizadas;
- ✓ A aquisição de competências na área de EEC.

Em suma, a conclusão deste curso, dotou-me de capacidades que possibilitarão o desempenho futuro das funções de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, sem nunca esquecer que o processo de aprendizagem e de desenvolvimento de outras competências deverá ser incessante, e contínuo na busca pela prestação de mais e melhores cuidados ao utente/família/comunidade.

## 7. CONCLUSÃO

Todo o percurso relativo a este estágio, veio corroborar a ideia de que é realmente na comunidade que a enfermagem comunitária consegue desenvolver em pleno, consolidar e aperfeiçoar as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. É a ele que cabe um importante papel de decisão, já que como agente ativo e impulsionador de educação para a saúde, deverá atuar para que a sua intervenção seja essencialmente a de promoção para a saúde, tendo sempre em consideração a abordagem global do indivíduo em todos os seus domínios, nomeadamente o seu contexto de vida, a sua família e a comunidade em que está inserido.

Com a execução deste relatório refletiu-se sobre o trabalho desenvolvido possibilitando ao mesmo tempo uma retrospectiva e a verificação da eficácia das estratégias escolhidas.

A fase de elaboração do Diagnóstico de Situação de Saúde relativa ao tema Adesão e Gestão do Regime Medicamentoso na População Idosa da UCC de Campanhã, foi uma das fases de grande interesse pessoal. Esta proximidade permitiu o contacto direto com as pessoas num ambiente perfeitamente familiar para elas e distante de ambientes que lhes imprimem situações de muito maior vulnerabilidade como são exemplo os hospitais, ambiente este em que se sentiam mais à vontade, inclusivamente para colocarem questões que as inquietavam. Findo o Diagnóstico de Situação de Saúde, implementados os planos de intervenção individuais e realizada a avaliação dos resultados dos mesmos, pude observar ganhos em saúde sensíveis às minhas intervenções, refletidos através dos indicadores de processo e resultado descritos ao longo deste relatório. Os ganhos em saúde atingidos após a minha intervenção foram em alguns casos totais, embora noutros apenas parciais. Porém, não houve a possibilidade de numa fase posterior e mais distanciada da intervenção, reavaliar a manutenção dos conhecimentos previamente adquiridos após intervenção documentada de enfermagem.

Ao longo de todo este processo de aprendizagem, pude perceber o quão importante e difícil é a realização do Diagnóstico de Saúde de uma população. É justamente pela dificuldade na sua concretização, que se torna imperiosa a execução de um bom planeamento. Desta forma, tornar-se-á mais fácil colocar em prática estratégias e atividades que possibilitem o atingir de objetivos propostos, alcançando os tão desejados ganhos em saúde. Planejar exige tempo, recursos humanos, recursos materiais, equipas, entre outros; sem os quais o atingir dos objetivos inicialmente estabelecidos, podem estar comprometidos. É então que surgem os enfermeiros com EEC, como elementos de destaque na capacidade de dar resposta a estes desafios, já que a área de Planeamento em Saúde é considerada a área por excelência de intervenção do Enfermeiro com EEC. Para além de tudo quanto já foi referido vale a pena acrescentar que a obtenção e o desenvolvimento de competências em diferentes áreas, designadamente: comunicação, conhecimento, prestação de cuidados, gestão, formação/investigação e supervisão irão proporcionar com toda a certeza melhoria no meu desenvolvimento pessoal e desempenho profissional. Estas competências ao serem desenvolvidas contribuem de forma essencial para uma melhoria dos cuidados e, como tal, para a obtenção de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Importante referir ainda que, o enfermeiro especialista e mestre em enfermagem na área de Enfermagem Comunitária de ser capaz de mobilizar os seus conhecimentos técnicos, científicos e relacionais, de forma a sustentar a sua intervenção em conhecimentos provenientes da sua experiência prática tendo em conta a evidência científica. Todo o percurso desenvolvido foi pautado pela preocupação em desenvolver essas competências sempre com o objetivo de melhorar nesta área a fim de poder dar respostas mais satisfatórias na prestação de cuidados prestados e conseqüente melhoria na qualidade de vida da comunidade alvo desta intervenção.

Espera-se que, este trabalho seja impulsionador para todos os profissionais de saúde da equipa multidisciplinar, no sentido de dar continuidade ao trabalho desenvolvido no local de estágio.

Em suma, pode afirmar-se que os objetivos inicialmente propostos para a realização deste estágio foram atingidos com grande satisfação pessoal e profissional.

Fica a certeza de que apenas na posse de conhecimentos sólidos é possível intervir de forma eficaz e eficiente em situações para as quais, enquanto enfermeiros, somos diariamente chamados a dar resposta.



## 8. BIBLIOGRAFIA

**Banning, M. 2004.** Enhancing older people's concordance with taking their medication. *British J Nursing Jun,13(11):669-674.* 2004.

—. **2007.** *Medication management and the older person.* s.l. : Oxford Blackwell Publishing Ltd, 2007.

**Bastos, Fernanda. 2004.** *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2 : Participação das esposas no plano educacional.* Porto : Universidade do Porto. Reitoria, 2004.

**DGS. 2003.** *Rede de referenciação hospitalar de medicina física e de reabilitação.* Lisboa : Direção de Serviços de Planeamento, 2003.

**DR. 2009.** Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Art. 80 Lei nº 111/2009.* 2009.

—. **2006.** Decreto Lei 101/2006. [Online] 06 06, 2006. [Cited: 12 10, 2014.] [https://www.adse.pt/document/Decreto\\_Lei\\_101\\_2006.pdf](https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf).

**Garcia, E. 1997.** Visita Domiciliária. Tratar ou Cuidar. *Servir.* 45-1 p. 26-28, 1997.

**Guerreiro, M., et al. 1994.** Adaptação à população portuguesa na tradução da "Mini Mental State Examination" (MMSE). s.l. : Revista Portuguesa de Neurologia, 9-10, 1994.

**Henriques, M.A. 2011.** Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: Eficácia das intervenções de enfermagem (Tese de Doutoramento). Universidades de Lisboa : Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2011.

**ICN. 2006.** *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE Versão 1.0.* s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2006.

**Imaginário, C. 2002.** *O idoso dependente em contexto familiar.* Coimbra : Formasau, 2002.

**Imperatori, Emilio and Giraldes, Maria Rosário. 1993.** *Metodologia do Planeamento da Saúde- Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais* . Lisboa : 3ª edição Escola Nacional de Saúde Pública , 1993.

**INE. 2012.** *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2012.

—. **2009.** *Projeções de população residente Portugal 2008-2060*. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2009.

**Konkle and Parker. 2001.** *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. February 2001, Vol. 13, 2.

**Lima, Maria Luisa and Delgado, Artur Barata. 2001.** *Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos*. Lisboa : Departamento de Psicologia Social e das Organizações, ISCTE, 2001.

**Melchior, A.C. and Fernandez-Llimós, F. 2007.** *Instrumentos específicos: Índice de complexidade medicamentosa*. Brasil : Cadernos da Saúde Pública, 2007.

**Meleis, A. 2007.** *Theoretical Nursing: Development and progress*. s.l. : Lippincott Williams &Wilkins, 2007. 4.ª ed.

**Montezuma, Camila Araújo, Freitas, Maria Célia and Monteiro, Ana Ruth. 1998.** *A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso*. *Revista eletrônica de enfermagem*. 1998.

**MS. 1991.** *Carreira de Enfermagem. Decreto Lei nº437/91*. Novembro 8, 1991.

—. **2006.** *Noção de dependência. Decreto-Lei nº 101/2006*. 6 6, 2006.

**OE. 2001.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa : Divulgar, 2001.

—. **2011.** *Proposta dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos.* Lisboa : Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2011.

—. **2011.** *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.* Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011.

**OMS. 2004.** *Relatório 2003.* Genebra, Suíça : World Health Organization Publications, 2004.

**Orem, Dorothea. 1995.** *Nursing Concepts of Practice. 5ª Ed.* s.l. : Mosby, 1995.

**Palma, Cristina Maria Alves. 2012.** O enfermeiro como gestor do regime medicamentoso do idoso. Beja : Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde de Beja, 2012.

**Pereira, F. 2007.** *Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros - Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem.* Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007.

**Pereira, M. Graça and Silva, N. Sofia. 1999.** Escala de atitudes face aos medicamentos (347-351). s.l. : Avaliação Psicológica: Formas e Contexto, 1999.

**Sequeira, Carlos. 2010.** *Cuidar de idosos com dependência física e mental.* Lisboa : Lidel, 2010.

**Social, Fundação Porto. 2009.** *Porto Solidário - Diagnóstico Social do Porto.* Porto : s.n., 2009.

**Sorensen and Luckmann. 1998.** *Enfermagem fundamental-Abordagem psicofisiológica.* Lisboa : Lusodidacta, 1998.

**Stefanelli, M. C. 1990.** *Comunicação em Enfermagem: teoria, ensino e pesquisa.* São Paulo : Escola de Enfermagem da USP, 1990.

**Tavares, António Barata. 1990.** Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde (Caderno de Formação). Lisboa : Ministério da Saúde - Direcção dos Recursos Humanos, 1990.

**Vieira, Margarida. 2008.** *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência.* Lisboa : Universidade Católica Editora, 2008. 2ª Edição.

**Wray, J. and Dobbels, F. 2009.** *Nonadherence Consensus Conference Summary.* Tampa, Florida, E.U.A. : Wiley Periodical Inc., 2009.

## **ANEXO I - PROJETO DE ESTÁGIO**





**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **Projeto de Estágio**

Unidade de Cuidados na Comunidade de  
Campanhã

CURSO DE Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Comunitária

Ana Luísa Sousa Araújo  
Sob orientação do Mestre Armando Almeida

Maio de 2014





## **ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ECTS – European Credit Transfer and Accumulation

EEC – Especialização em Enfermagem Comunitária

UCC – Unidade Cuidados na Comunidade

## ÍNDICE

0. Nota Introdutória.....	2
1. Fundamentação para a seleção do local de Estágio.....	3
2. Objetivos do plano de Estudos.....	6
2.1 Objetivos	
Gerais.....	6
2.2 Objetivos	
Específicos.....	7
3. Objetivos pessoais para o Estágio.....	11
4. Indicadores.....	17
4.1 Indicadores de Processo.....	17
4.2 Indicadores de Resultado.....	17
5. Nota Conclusiva.....	19
6. Referências	
Bibliográficas.....	20

Anexo I: Cronograma de Atividades

## **0.Nota Introdutória**

O curso de Especialização em Enfermagem Comunitária, pressupõe a aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados na área da Enfermagem Comunitária, englobando uma componente teórica e outra prática na qual se insere a realização de estágios.

A elaboração deste projeto insere-se na unidade curricular Estágio de Enfermagem Comunitária, sob a orientação do Enfermeiro Armando Almeida.

Esta unidade curricular engloba três Módulos (I, II, III) que se irão desenvolver ao longo de 540 horas de contacto, correspondendo a 30 ECTS.

Para a realização do projeto de estágio utilizar-se-á a metodologia descritiva.

Serve o presente projeto, para planear e estruturar o trajeto a percorrer durante o estágio, definindo-se objetivos a atingir e actividades/estratégias a desenvolver.

Os Módulos I e II serão desenvolvidos numa Unidade de Saúde protocolada com o Instituto de Ciências da Saúde, a Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanhã, sob a orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, Vitória Leal.

O Módulo I tem por objetivo a elaboração de um diagnóstico de saúde numa comunidade específica.

Por sua vez, no Módulo II o objetivo será realizar, implementar e avaliar um projeto de intervenção na Comunidade.

O Módulo III é de carácter opcional e será desenvolvido em contexto a definir de acordo com as necessidades identificadas no módulo anterior.

Com este Estágio, pretende-se desenvolver uma prática de cuidados cada vez mais eficaz, assim como competências científicas, técnicas e humanas, para prestar além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados ao indivíduo, grupo e família inseridos na comunidade.

## I. Fundamentação para a seleção do local de Estágio

A unidade curricular Estágio, tem a duração de 750 horas - 30 ECTS, das quais 540 horas são de contacto, sendo as restantes 210 horas para trabalho individual. O Estágio está dividido em Módulo I, Módulo II e Módulo III, (10 ECTS cada módulo) de 180 horas de contacto cada um.

Sendo assim, o Estágio divide-se em 3 módulos:

- ❖ Módulo I – 28/04/2014 a 28/06/2014;
- ❖ Módulo II – 15/09/2014 a 08/11/2014;
- ❖ Módulo III – 10/11/2014 a 21/01/2015 (com interrupção para férias de natal).

Tendo por base os acontecimentos dos últimos anos, onde se tem vindo a assistir a um crescente desenvolvimento técnico e científico na área da saúde, com consequente produção permanente de novas evidências e produção de novos conhecimentos, é da máxima importância uma real e eficaz adaptação por parte dos enfermeiros a esta evolução. Surge assim, de uma forma cada vez mais marcada, a necessidade de uma prática de enfermagem centrada na evidência.

Com o envelhecimento da população e o reconhecimento do crescente custo dos cuidados de saúde, torna-se imperioso, cada vez mais, centrar o foco de atenção em abordagens de promoção da saúde e prevenção da doença.

Segundo o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro Artigo 11.ºa Unidade de Cuidados na Comunidade “...*presta cuidados de saúde (...) de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença (...), e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.*”

Relativamente à escolha do local de estágio foi aleatória, como única preferência o fato de não ser muito afastado de casa ou do local de trabalho.

Assim, ficou estipulado que o Módulo I e Módulo II do Estágio se realizasse na UCC de Campanhã, integrada no ACES Porto Oriental.

Foi-me proposto pela UCC e nomeadamente pela Enfermeira Vitória, trabalhar durante o Estágio, a vertente da Saúde do Idoso, no que concerne ao foco de atenção Gestão do Regime Terapêutico. Será realizado então no módulo I o diagnóstico de situação.

Para tal, torna-se fundamental identificar os determinantes de saúde que influenciam a autogestão do regime terapêutico.

Esta orientação nasce da realidade percebida, e é fundamentada na certeza de que uma grande parte dos problemas de saúde, relacionados com comportamentos de não adesão e consequentemente, comprometimento da Gestão do Regime Terapêutico, poderão ser otimizados se for trabalhada a informação/capacitação dos utentes, munindo-os de estratégias para alcançar os objetivos propostos, o que futuramente se traduzirá em ganhos em saúde, no sentido de tornar eficaz e potenciar a Gestão do Regime Terapêutico.

## **2. OBJETIVOS DO PLANO DE ESTUDOS**

O Estágio em Enfermagem Comunitária integrado no plano de estudos do Curso de Especialização em Enfermagem Comunitária, prevê a obtenção e aprofundamento de competências vocacionadas para a prestação de cuidados especializados ao indivíduo, família e comunidade.

Entendendo a competência, como a capacidade de mobilizar recursos cognitivos para dar resposta a situações concretas, é fundamental que este mobilize recursos (nomeadamente o saber saber, saber ser e saber estar) e apresente um carácter adaptativo e de situação.

Decorrente da complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade, a Ordem dos Enfermeiros determina como competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária:

1. Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
2. Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
3. Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
4. Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Tendo em vista a aquisição destas competências específicas, foram delineados os seguintes objetivos relativos ao plano de estudos:

### **2.1 OBJETIVOS GERAIS**

Os objetivos gerais deste estágio, inerentes ao plano de estudos são:

- Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária (EEC);

- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

## **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

No decurso dos objetivos gerais delineados apresentam-se os seguintes objetivos específicos:

1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada;
2. Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
4. Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparo;
6. Comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEC;
9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
11. Refletir na e sobre a prática, de forma crítica;

12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEC;
14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
16. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas Suas crenças e pela sua cultura;
17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEC;
19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEC;
20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
22. Participar e promover a investigação em serviço na área da EEC;
23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEC;
24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EEC;
25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EEC;
27. Identificar as necessidades formativas na área da EEC;
28. Promover a formação em serviço na área de EEC;
29. Colaborar na integração de novos profissionais.

### **3. OBJETIVOS PESSOAIS PARA O ESTÁGIO**

A prática de Enfermagem Comunitária visa melhorar a qualidade de vida, o bem-estar físico, mental e social, prevenir a doença, promover a saúde e controlar as doenças transmissíveis, usando para isso, estratégias que têm em conta, o vasto contexto ambiental em que ocorrem.

A OMS (2002), definiu o envelhecimento activo como “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”.

O idoso bem adaptado, é o idoso que demonstra ter interesse pela vida e que pode estar inserido na comunidade, num meio ambiente devidamente adequado e cercado de atitudes de interajuda. (FERNANDES, 2005).

A adesão/gestão do regime terapêutico,(como intimamente ligadas que estão), são foco de atenção dos enfermeiros, com especial relevância na gestão das doenças crónicas. A não adesão representa um enorme peso nas despesas com a saúde e tem um grande impacto na qualidade de vida das pessoas e na economia mundial (WHO, 2003; Bugalho & Carneiro, 2004).

Face à magnitude da doença crónica e à complexidade dos regimes terapêuticos medicamentosos hoje adotados, os profissionais de saúde deparam-se não raras vezes com situações de ineficácia desse mesmo regime. As dificuldades da gestão, vão desde, questões de défice de conhecimento à não adesão, não sendo desprezível, no entanto, a questão da capacidade da pessoa versus a complexidade desse regime terapêutico.

Após a enumeração dos objetivos gerais e específicos do plano de estudos e tendo por base tudo o que foi referido anteriormente, impõe-se agora a definição dos objetivos pessoais para os Módulos I e II, assim como, as atividades/estratégias a desenvolver, tendo em vista a consecução dos mesmos, que passo a apresentar:

<b>Módulo I</b>	
<p><b>Objetivo Geral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Planear/elaborar um Diagnóstico de Saúde da comunidade da UCC de Campanhã no foco gestão de regime terapêutico.</li> </ul>	
<b>Objetivos Específicos/ Competências</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Caracterizar a comunidade da UCC de Campanhã</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Delimitar a população em estudo;</li> <li>✓ Conhecer a área geo-demográfica da UCC de Campanhã;</li> <li>✓ Contactar os líderes da comunidade;</li> <li>✓ Conhecer os elementos constituintes da comunidade;</li> <li>✓ Contactar organizações, associações, e grupos importantes para a UCC de Campanhã.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Identificar necessidades existentes na comunidade em estudo pertencente à UCC de Campanhã</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Selecionar as fontes de dados;</li> <li>✓ Elaborar um instrumento de colheita de dados;</li> <li>✓ Validar o pré-teste;</li> <li>✓ Colher dados na comunidade;</li> <li>✓ Tratar e analisar os dados;</li> <li>✓ Elaborar relatório conclusivo;</li> <li>✓ Apresentar os resultados à equipa de saúde.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Identificar os recursos existentes, disponíveis e potenciais da comunidade pertencente à UCC de Campanhã</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar as funções a executar por cada elemento da comunidade da UCC de Campanhã;</li> <li>✓ Conhecer o material e equipamento disponível assim como o grau de funcionalidade;</li> <li>✓ Identificar possíveis fontes de recursos financeiros;</li> </ul>

<b>Módulo II</b>	
<b>Objetivo Geral:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Planear um Projeto de Intervenção a implementar na comunidade pertencente à UCC de Campanhã no foco gestão do regime terapêutico;</li> <li>❖ Avaliar o Projeto de Intervenção implementado na comunidade pertencente à UCC de Campanhã no foco gestão do regime terapêutico.</li> </ul>	
<b>Objetivos Específicos/ Competências</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Definir prioridades de intervenção relativamente ao foco gestão do regime terapêutico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliar a dimensão de cada uma das áreas prioritárias na gestão do regime terapêutico;</li> <li>✓ Aplicar critérios de seleção.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Identificar objetivos a alcançar com a implementação do Projeto de Intervenção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar a tendência da evolução natural do problema identificado;</li> <li>✓ Identificar as alterações que se pretendem promover;</li> <li>✓ Traduzir os objetivos em objetivos operacionais realizáveis e mensuráveis;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Construir estratégias que permitam alcançar os objetivos fixados e infletir a tendência da evolução natural do problema identificado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estabelecer critérios de elaboração das estratégias;</li> <li>✓ Delinear potenciais estratégias (contemplar os fatores que influenciam a gestão do regime terapêutico);</li> <li>✓ Selecionar as estratégias mais realizáveis, tendo em conta os objetivos fixados e os recursos disponíveis;</li> <li>✓ Descrever as estratégias escolhidas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Selecionar os Indicadores de Processo e de Resultado mais adequados ao problema identificado como prioritário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar as relações entre situações específicas (resultados esperados) e população em risco;</li> <li>✓ Elaborar Indicadores de acordo com os objetivos fixados.</li> </ul>

<p>❖ Prever os recursos necessários à implementação do Projeto de Intervenção</p>	<p>✓ Identificar os recursos disponíveis e as fontes de financiamento.</p>
<p>❖ Preparar e implementar o Projeto de Intervenção</p>	<p>✓ Especificar as actividades a desenvolver;                  ✓ Mostrar inter-relação entre as actividades;                  ✓ Explicitar entraves na execução das actividades;                  ✓ Evitar sobreposição de actividades;                  ✓ Identificar possíveis obstáculos à implementação do Projeto de Intervenção;                  ✓ Elaborar o cronograma do Projeto.</p>
<p>❖ Avaliar a efetividade do Projeto de Intervenção de acordo com os fatores que influenciam a gestão do regime terapêutico (fatores sociais, económicos e culturais)</p>	<p>✓ Verificar a relação entre os objetivos propostos e os resultados obtidos;                  ✓ Determinar se o Projeto proposto conseguiu de alguma forma dar resposta às necessidades da comunidade pertencente à UCC de Campanhã;                  ✓ Constatar quais as alterações no comportamento da comunidade pertencente à UCC de Campanhã.</p>
<p>❖ Promover de forma contínua a auto-gestão do regime terapêutico</p>	<p>✓ Instruir para as possíveis consequências de uma gestão ineficaz do regime terapêutico;                  ✓ Facultar informação, de modo a simplificar os regimes terapêuticos mais complexos;                  ✓ Estabelecer uma relação de empatia, parceria e confiança com os utentes;                  ✓ Direcionar de forma assertiva a nossa acção no sentido de potenciar a volição dos utentes;                  Promover a auto estima dos utentes.</p>
<p>❖ Fornecer estratégias personalizadas, com vista a ultrapassar barreiras impostas pela ausência de motricidade fina,</p>	<p>✓ Contactar profissionais na área da reabilitação;                  ✓ Perceber quais as estratégias mais adequadas neste grupo populacional de forma a atingir os objetivos propostos;                  ✓ Realizar visitas domiciliárias à população em estudo.</p>

característica deste segmento da população	
❖ Aperfeiçoar continuamente as capacidades de iniciativa, criatividade, comunicação e desempenho	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estabelecer parceria com instituições de apoio social;</li> <li>✓ Contactar outros grupos profissionais;</li> <li>✓ Mostrar recetividade:</li> <li>✓ Refletir criticamente acerca das experiências vividas no decorrer do estágio;</li> <li>✓ Avaliar os contributos da minha intervenção na melhoria da gestão do regime terapêutico da população alvo.</li> </ul>
❖ Contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional de outros profissionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Participação e implementação de projetos;</li> <li>✓ Elaboração de documentos de apoio no âmbito da gestão do regime terapêutico;</li> <li>✓ Elaboração de um diagnóstico de saúde.</li> </ul>
❖ Prevenir situações de agravamento de dependência e internamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Empoderar a comunidade no que diz respeito à gestão do regime terapêutico;</li> <li>✓ Promover a autonomia dos utentes face à auto-administração de medicação;</li> <li>✓ Capacitar os utentes cognitivamente capazes para a importância da sua independência na autogestão do regime terapêutico.</li> </ul>
❖ Conhecer as principais preocupações da comunidade em estudo relativamente à gestão do regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realização de entrevistas guiadas junto da comunidade;</li> <li>✓ Promover escuta ativa;</li> </ul> <p>Promover e encorajar a expressão de sentimentos ( “volição para”, receios e preocupações).</p>



## **4. INDICADORES DE PROCESSO E DE RESULTADO**

Os Indicadores constituem importantes marcos na avaliação de um Projeto de Intervenção. É através destes, que é possível determinar os ganhos em saúde decorrentes das atividades desenvolvidas. Só é possível gerir e avaliar o que se pode medir.

Não é possível avaliar um Projeto na ausência de uma escolha criteriosa de indicadores fiáveis. Os indicadores alvo da escolha devem traduzir o melhor compromisso possível em termos de utilidade, acessibilidade, ética, robustez, representatividade e facilidade de compreensão.

### **4.1 INDICADORES DE PROCESSO**

Os indicadores de processo permitem-nos medir a prestação de serviços/cuidados. Para o Projeto de Intervenção defini os seguintes:

- Percentagem da comunidade pertencente à UCC de Campanhã abrangida pelo Projeto de Intervenção na área da gestão do regime terapêutico;
- Percentagem da comunidade pertencente à UCC de Campanhã abrangida pelo Projeto de Intervenção que participou nas atividades desenvolvidas.

### **4.2 INDICADORES DE RESULTADO**

Os indicadores de resultado permitem-nos medir o estado de saúde. Para o Projeto de Intervenção defini os seguintes:

- Percentagem da comunidade pertencente à UCC de Campanhã, abrangida pelo Projeto de Intervenção, que adotou comportamentos de otimização face à gestão do regime terapêutico;
- Percentagem da comunidade pertencente à UCC de Campanhã, abrangida pelo Projeto de Intervenção, que aumentou o conhecimento demonstrado sobre a gestão do regime terapêutico.

## 5. CONCLUSÃO

Em saúde, planejar é um processo contínuo de previsão dos recursos e dos serviços desejáveis, para atingir objetivos pré-determinados segundo uma ordem de prioridades estabelecida.

Pretende-se desta forma, selecionar as melhores opções entre várias alternativas, devendo estas, ter por base os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro.

Sem dúvida que se adivinha uma etapa de muito trabalho, mas também de muito entusiasmo por ter a possibilidade de fazer uma Enfermagem algo diferente daquela a que estou habituada, alargando o Cuidar à pessoa, família, grupos, e comunidade, com conhecimentos mais amplos e cimentados.

Para quem sempre trabalhou no tratamento da pessoa, direcionar-se para a área da prevenção e promoção da saúde é um desafio, que será certamente gratificante tanto a nível pessoal como profissional.

O Projeto de Estágio servirá de base para a unidade curricular Estágio, mas a sua especificidade será realizada “*in loco*”. Assim, poderá ser necessário reformular vários itens numa fase posterior.

Este é o início de um longo caminho a percorrer, no que se refere à consolidação, aperfeiçoamento e desenvolvimento de competências na área da Enfermagem Comunitária.

## **BIBLIOGRAFIA**

ANA PAULA - Envelhecimento Ativo: complementaridades e contradições. *Fórum Sociologia*, Vol. II, n.º 17 (2008), p. 25-36

COMUNITÁRIA, COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM. 2010. *Regulamento das Competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Ordem dos Enfermeiros, 2010

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. 2004. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010; Vol. I – Prioridades*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004

FERNANDES, Ana Alexandre - Envelhecimento e Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 23, n.º 2, 2005

GIRALDES, Maria do Rosário; IMPERATÒRI, Emílio; *Metodologia do Planeamento de Saúde*. 3ª edição. Lisboa: Edições de Saúde – Escola Nacional de Saúde, 1993.

Material das aulas da Especialidade em Enfermagem Comunitária;

MINISTÉRIO DA SAÚDE; *Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro*; 2008

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA; *Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização Enfermagem Comunitária*, Porto, Janeiro de 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO, 2003. BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. V. - *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2004



**ANEXO I**  
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES





## **ANEXO II - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE**





**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO:  
UCC DE CAMPANHÃ**

Alunos:

Ana Luísa Sousa Araújo  
Helena Isabel Sousa Araújo  
Ricardo Augusto Ramos Maia

Professor Orientador: Armando Almeida  
Enfermeira Tutora: Vitória Leal

Março, 2015





**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO:  
UCC DE CAMPANHÃ**

Diagnóstico realizado no período de 28 de Abril a 28 de Junho de 2014 no âmbito do Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialidade em Enfermagem Comunitária

Alunos:

Ana Luísa Sousa Araújo  
Helena Isabel Sousa Araújo  
Ricardo Augusto Ramos Maia

Professor Orientador: Armando Almeida  
Enfermeira Tutora: Vitória Leal

Março, 2015



## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	7
2. ÁREA PROGRAMÁTICA .....	10
2.1. O envelhecimento populacional e a Gestão do Regime Terapêutico .....	10
2.2. O envelhecimento populacional e a dependência.....	14
2.3. Polimedicação nos idosos .....	15
2.4. Políticas de Saúde e Ganhos em Saúde.....	17
3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS .....	19
3.1. Objetivo Geral .....	19
3.2. Objetivos Específicos.....	19
4. CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE.....	21
4.1. Caracterização do Concelho e cidade do Porto: .....	21
4.2. Demografia – Evolução da população residente.....	22
5. MORBILIDADE.....	27
6. PLANEAMENTO DO ESTÁGIO .....	29
6.1. Seleção das Variáveis .....	29
6.2. Caracterização da Amostra .....	31
6.3. Seleção de Fontes de Informação .....	32
6.4. Elaboração do Instrumento de Colheita de Dados .....	32
6.4.1 Instrumentos de mensuração utilizados.....	34
6.5. Aplicação do Pré-Teste.....	39
6.6. Previsão do Tratamento, Análise e Apresentação dos Dados .....	40
6.7. Previsão dos Recursos.....	40
6.8. Considerações Éticas .....	41
6.9. Procedimento de Colheita de Dados.....	41
6.10. Tratamento Estatístico .....	42
7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	43
7.1. Caracterização da Amostra .....	43
7.1.1. Análise descritiva das variáveis.....	43
7.1.2 Análise Inferencial das variáveis ordinais.....	61
8. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	67

9. CONCLUSÃO .....	69
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	71
ANEXO I - ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS .....	75
ANEXO II – Formulário (ANEXO III DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO) .....	79

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do concelho do Porto.....	22
Figura 2 - Pirâmide Etária da população residente no ACES Porto Oriental e Região, Norte 2012.....	26

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - População residente no ACES Porto Oriental (2002 a 2011) .....	22
Quadro 2 - População residente no ACES Porto Oriental por género e grupos etários.....	22
Quadro 3 - Evolução do índice de dependência total no ACES Porto Oriental (2002-2012).....	22
Quadro 4 - Evolução do índice de envelhecimento ACES Porto Oriental (2002-2012).....	23
Quadro 5 - Principais indicadores de morbilidade no ACES Porto Oriental (2º trimestre de 2013).....	26
Quadro 6 - Variáveis consideradas no estudo.....	29
Quadro 7 - Distribuição amostral por género e faixas etárias.....	44
Quadro 8 - Distribuição amostral por estado civil e género.....	45
Quadro 9 - Variável: Vive com.....	45
Quadro 10 - Capacidade financeira para necessidades de saúde.....	46
Quadro 11 - Priorização dos Problemas nos Utentes Idosos da UCC de Campanhã – ACES Porto-Oriental.....	65

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição amostral por género.....	45
Gráfico 2 - Distribuição amostral por género.....	45
Gráfico 3 - Distribuição amostral por estado civil.....	47
Gráfico 4 - Distribuição por tipo de agregado.....	48
Gráfico 5 - Escolaridade dos indivíduos inquiridos.....	48
Gráfico 6 - Capacidade financeira de suprir os custos de saúde.....	49
Gráfico 7 - Conhece o fármaco.....	50
Gráfico 8 - Existência de Suporte escrito.....	50
Gráfico 9 - Quem prepara a medicação.....	51
Gráfico 10- Quem gere a medicação.....	51
Gráfico 11 - Dificuldade em abrir/fechar embalagem.....	51
Gráfico 12 - Dificuldade em ler as embalagens.....	52
Gráfico 13 - Dificuldade em perceber qual e como deve tomar o fármaco.....	52
Gráfico 14 - Dificuldade em tomar o fármaco.....	52
Gráfico 15 - Dificuldade em renovar a medicação a tempo.....	52
Gráfico 16 - Dificuldade em ir à farmácia.....	53
Gráfico 17 - Dificuldade em ter dinheiro para comprar a medicação.....	53

Gráfico 18 - Dificuldade em se lembrar quando chega a hora de tomar.....	54
Gráfico 19 - Dificuldade em organizar tomas fora de casa.....	54
Gráfico 20 - Capacidade funcional para cuidar da casa.....	55
Gráfico 21 - Capacidade funcional para lavar a roupa.....	55
Gráfico 22 - Capacidade funcional para preparar a comida.....	56
Gráfico 23 - Capacidade funcional para ir às compras.....	56
Gráfico 24 - Capacidade Funcional para o uso do telefone.....	56
Gráfico 25 - Capacidade Funcional para o uso do Transporte.....	57
Gráfico 26 - Capacidade Funcional para o uso do dinheiro.....	57
Gráfico 27 - Capacidade Funcional na Responsabilidade pela medicação.....	57
Gráfico 28 - Avaliação Funcional da amostra através do Índice de LAWTON-BRODY.....	58
Gráfico 29 - Higiene Pessoal.....	58
Gráfico 30 - Evacuar.....	59
Gráfico 31 - Ir à casa de banho.....	59
Gráfico 32 - Alimentar-se.....	59
Gráfico 33 - Transferências.....	60
Gráfico 34 - Mobilidade.....	60
Gráfico 35 - Vestir-se.....	60
Gráfico 36 - Uso das escadas.....	61
Gráfico 37 - Banho.....	61
Gráfico 38 - Índice de Barthel para as atividades de Vida Diária.....	61

**SIGLAS:**

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde  
ACES PO- Agrupamento de Centros de Saúde Porto Oriental  
ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde  
ARSN- Administração Regional de Saúde Norte  
AIVDs- Atividades Instrumentais de Vida Diária  
AVC- Acidente Vascular Cerebral  
AVDs- Atividades de vida diária  
CAOP- Carta Administrativa Oficial de Portugal  
DDO- Doenças de Declaração Obrigatória  
DSS- Diagnóstico de Situação de Saúde  
DGS- Direção Geral de Saúde  
ECTS- European Credit Transfer and Accumulation System  
EEC- Especialização em Enfermagem Comunitária  
IB- Índice de Barthel  
ICN- International Council of Nurses  
INE- Instituto Nacional de Estatística  
INSA- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge  
MAT- Medida de Adesão aos Tratamentos  
MEEM- Mini Exame do Estado Mental  
OMS- Organização Mundial de Saúde  
OPSS- Observatório Português dos Sistemas de Saúde  
PLS- Plano Local de Saúde  
RN- Região Norte  
SPSS- Statistical Package for the Social Sciences  
UCC – Unidade de cuidados na comunidade



## 1. INTRODUÇÃO

O estudo desenvolvido surge no âmbito da Unidade Curricular – Estágio. Esta, insere-se no Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa do Porto. Ela encontra-se dividida em três Módulos, correspondendo o presente relatório, ao Módulo de estágio I que foca a elaboração de um Diagnóstico de Situação. O estágio decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanhã – “Saúde do Idoso”, no período compreendido entre 29 de Abril e 28 de Junho de 2014.

No setor da Saúde, a escassez de recursos disponíveis e as múltiplas necessidades das populações, conduzem à necessidade de planear. O planeamento coloca como peça fundamental o necessário conhecimento do contexto populacional (necessidades e circunstâncias) e das suas possíveis mutações.

O Diagnóstico de Situação constitui-se assim como a primeira e fundamental etapa de todo o processo de Planeamento em Saúde, que consiste, no conhecimento da comunidade através da identificação dos seus problemas, necessidades, grupos de risco e recursos. (Tavares, 1990)

Nesta primeira análise, torna-se portanto fundamental definir prioridades, para posteriormente elaborar estratégias de intervenção, respondendo assim aos problemas identificados.

O conhecimento do processo como um todo, surge assim como uma das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária. Este, define uma diretriz consensual que deverá ser observada nos diversos contextos da prática.

Todo este processo é constituído por várias etapas, nomeadamente: o diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação. (Imperatori & Giraldes, Metodologia do Planeamento da Saúde, 1982)

O presente Diagnóstico de Situação define como objetivos específicos:

- Selecionar uma amostra de acordo com a área programática em estudo;
- Elaborar um instrumento de colheita de dados;
- Recolher os dados relativos à amostra com recurso ao instrumento elaborado;
- Analisar os dados recolhidos e destacar potenciais relações nos mesmos;
- Analisar os resultados obtidos;
- Responder a uma necessidade sentida pela UCC de Campanhã – “Saúde do idoso”;
- Dar cumprimento a uma exigência do âmbito pedagógico;
- Sedimentar os conhecimentos e competências adquiridos na área de Planeamento em Saúde.

Na área programática, que será descrita no capítulo 2, apresentam-se as problemáticas da Gestão do Regime Terapêutico e da dependência face ao envelhecimento populacional e da polimedicação nos idosos.

No capítulo 3, identificam-se os objetivos do Diagnóstico de Situação. A exposição dos objetivos gerais é refinada pela menção de objetivos específicos.

A perceção contextual da comunidade em estudo revela-se peça fundamental, sendo que para tal, apresenta-se no Capítulo 4, a caracterização da mesma, mais concretamente do Concelho do Porto, Freguesias de Bonfim, Paranhos e Campanhã, onde será feita também a caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) desta mesma freguesia.

Os capítulos 5 e 6 abordam considerações acerca da Morbilidade e os fatores de risco que interferem com a Gestão do Regime Terapêutico.

Relativamente ao planeamento do estágio, descrito no capítulo 7, é feita referência à seleção das variáveis, amostra, seleção de fontes de informação, elaboração do instrumento de colheita de dados, aplicação do pré-teste, previsão do tratamento,

análise e apresentação dos dados, culminando na previsão dos recursos e nas considerações éticas.

O processamento estatístico dos dados obtidos, permite no capítulo 8 a análise e discussão dos resultados.

O capítulo 9 concentra a definição de prioridades e antecede as conclusões do presente estudo.

## 2. ÁREA PROGRAMÁTICA

### 2.1. O envelhecimento populacional e a Gestão do Regime Terapêutico

A Gestão do Regime Terapêutico, quando necessária, condiciona a saúde de cada indivíduo. A presente exposição centrar-se-á nos fatores que condicionam a Gestão do Regime Medicamentoso da população com idade igual ou superior a 65 anos.

Um comportamento de Adesão possui características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária. (International Council of Nurses, 2005)

Numa tentativa de identificar os agentes que podem interferir no processo de Gestão do Regime Terapêutico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu cinco grupos de fatores:

- fatores sociais, económicos e culturais;
- fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde;
- fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidades;
- fatores relacionados com a terapêutica prescrita;
- fatores individuais relativos ao doente. (Organização Mundial da Saúde, 2004)

Relativamente aos fatores sociais, económicos e culturais que influenciam a Gestão do Regime Terapêutico, devem ser tidos em linha de conta, aspetos como a pobreza, o status sócio-económico, o analfabetismo, o desemprego, a instabilidade habitacional, o suporte social, o alto custo dos transportes e da medicação, a longa distância dos centros de tratamento e as crenças e costumes dos doentes. Todos estes fatores, podem colocá-los em situação de desvantagem, levando à necessidade de estabelecimento de prioridades que podem não corresponder à adesão aos tratamentos. (Bugalho & Carneiro, 2004)

Por outro lado, o isolamento social pode também condicionar a Adesão e consequentemente a Gestão ao Regime Medicamentoso. É frequente verificar que os indivíduos, especialmente os idosos, que vivem sozinhos, alimentam-se pior e cometem erros de medicação com mais frequência. (Ownby, Herzog, Crocco, & R.Duara, 2006)

Fatores relacionados com a terapêutica prescrita derivam da complexidade do regime terapêutico, da sua duração, dos insucessos prévios de obtenção de benefícios da terapêutica, de alterações frequentes no esquema terapêutico, da ausência imediata de melhoria clínica e de efeitos secundários à medicação contribuindo para uma baixa taxa na adesão terapêutica. (Bugalho & Carneiro, 2004)

Destacam-se ainda, um conjunto de fatores de risco que interferem com a Gestão do Regime Terapêutico (Wray & Dobbels, 2009):

- História de gestão ineficaz
- Efeitos secundários da medicação
- Doença psiquiátrica
- Custo da medicação
- Alteração da personalidade
- Difícil acesso à medicação
- Fraco suporte social
- Regime terapêutico complexo
- Abuso de substâncias tóxicas
- Pouca consciência de saúde
- Alterações cognitivas
- Falta de planeamento de cuidados
- Crenças negativas na medicação
- Doença de longa duração
- Falta de caixas para medicamentos e lembretes
- Deficiente comunicação com o médico
- Falta de conhecimento sobre os medicamentos
- Débil relação profissional de saúde/doente

- Estatuto social
- Pouco conhecimento da doença
- Deficiente funcionamento a nível social
- Pouca autoeficácia
- História de abusos
- Iliteracia
- Raça/cultura

Para além das causas que são passíveis de influenciar a modificação de comportamento pelo utente, enunciam-se quatro categorias de fatores que também poderão influenciar a Adesão ao Regime Medicamentoso:

- **Fatores relacionados com a medicação:** efeitos secundários da medicação, número de medicamentos, tamanho do medicamento, apresentação do medicamento, restrições na dieta implicadas pelo medicamento, duração e complexidade da administração do medicamento;
- **Fatores relacionados com a pessoa:** conhecimento sobre o processo de doença, crenças em saúde, estadio da doença, aceitação do diagnóstico, compreensão sobre adesão, preparação para tomar a medicação prescrita, estratégias de coping e confiança nas capacidades;
- **Fatores relacionados com o ambiente:** fator financeiro, disponibilidade telefónica, suporte familiar e suporte social;
- **Fatores relacionados com o enfermeiro:** competências comunicacionais, disponibilidade para questões abertas, relação terapêutica.

A eficácia da Gestão do Regime Terapêutico engloba dois aspetos preponderantes: a volição e a cognição (Bastos, 2004).

A volição é um processo psicológico. "Força de vontade" é a expressão comum para representar um estado mental. Volição é o termo científico para um mesmo estado mental. A pessoa cria um modelo mental que integra as suas orientações e opiniões acerca dos assuntos e faz uma escolha de forma consciente.

A cognição é um processo de aquisição de conhecimento. Ela envolve, um estado de consciência, a percepção, o pensamento, raciocínio, a memória e a linguagem; ela introduz compreensão. Os processos associados à cognição permitem a tomada de decisão.

Os fatores socioeconómicos aparecem fortemente correlacionados com o grau de adesão dos pacientes. O baixo nível de escolaridade, mas sobretudo o baixo rendimento, o desemprego podem significativamente dificultar uma efetiva adesão terapêutica. A dificuldade em comprar os medicamentos por motivos económicos, o isolamento social do paciente ou a distância geográfica da farmácia e das unidades de cuidados saúde, levam a custos e dificuldades adicionais. (Bugalho & Carneiro, 2004; Levy & Feld, 1999; Organização Mundial da Saúde, 2004)

Muitos dos pobres da nossa sociedade experimentam o mesmo ciclo desencorajador, ser saudável tem um custo; esse custo requer capacidade financeira; a capacidade financeira provém do trabalho, mas para trabalhar é preciso ser saudável.

A falta de cuidados de saúde adequados, obriga as famílias pobres a suportar um fardo particularmente pesado, tendo de cuidar dos seus familiares, o que prejudica o desenvolvimento das suas funções mais básicas.

O envelhecimento da população e o conseqüente crescimento das doenças crónicas conduzem atualmente a um elevado consumo de medicamentos por parte desta faixa etária. Este aumento do número de medicamentos, associado às vulnerabilidades e fragilidades inerentes ao envelhecimento, torna a gestão do regime medicamentoso por parte do idoso, numa árdua tarefa. Existem no entanto intervenções que podem colmatar esta dificuldade, encontrando-se o enfermeiro especialista em saúde comunitária, numa posição privilegiada para desenvolver ações que possibilitem uma melhoria da qualidade de vida dos nossos idosos.

As doenças crónicas constituem atualmente a principal causa de morbidade e mortalidade das pessoas idosas. O volume crescente das mesmas acarreta custos elevados quer a nível individual quer a nível da própria sociedade. O envelhecimento

demográfico e o conseqüente aumento das doenças crônicas, contribuem em grande parte para um elevado consumo de medicamentos por parte dos idosos.

Os cuidados de saúde de qualidade são por si só, um determinante de saúde das populações surgindo como um fator primordial para o desenvolvimento económico das sociedades e constituindo um dos objetivos dos sistemas de saúde. (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010)

Uma reflexão sobre a sustentabilidade do Sistema de Saúde, permite verificar a um nível macroeconómico a existência de um mesmo ciclo, ao qual estão sujeitos os indivíduos. Nesse contexto, justifica-se a necessidade do desenvolvimento de estratégias criteriosas, formalizadas no processo de planeamento.

Como primeira etapa do processo, surgem os diagnósticos de saúde efetuados às populações, já que permitem uma identificação real das necessidades. Aliados às estratégias traçadas nos vários documentos existentes ao nível da saúde, torna-se assim possível, dar respostas capazes às necessidades identificadas.

O presente estudo, através de um diagnóstico de situação, pretende contribuir para a busca de respostas relativamente à problemática da polimedicação no idoso. Este, foca a definição de medidas que viabilizem uma correta Gestão do Regime Medicamentoso. Nesse sentido, o estudo, além de pretender capacitar e transmitir segurança no que se refere à medicação dos idosos, possibilita o aumento dos ganhos em saúde e contribui para a redução dos gastos em medicamentos.

## 2.2. O envelhecimento populacional e a dependência

A crescente dependência por parte dos idosos, surge de forma evidente na nossa sociedade, o que conduz a uma maior procura dos serviços de saúde para fazer face às suas necessidades.

Se considerarmos que o nível de dependência aumenta com a idade, assistimos hoje a um número de idosos com limitações na realização das suas atividades de vida diárias,

sendo por isso necessária, uma mudança na prestação efetiva dos cuidados, a fim de fazer face a estas novas necessidades. (Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012)

Relativamente à dependência, ela pode definir-se como “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue por si só, realizar as actividades diárias”. (Ministério da Saúde - Decreto-Lei nº 101/2006, 2006)

Os resultados obtidos através dos Censos de 2011 são ainda mais alarmantes no que respeita ao envelhecimento da população portuguesa nos últimos anos, demonstrando um aumento significativo de pessoas com mais de 65 anos, atingindo no país 19%, o índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa que por cada 100 jovens há 129 idosos. Outro aspeto de grande importância, é o aumento do nível de dependência, que passou de 48% para 52%. O agravamento do índice de dependência total, é resultado do aumento do índice de dependência de idosos, que subiu de 24% em 2001 para 29% em 2011. (Instituto Nacional de Estatística, 2011)

### 2.3. Polimedicação nos idosos

Existem vários estudos que comprovam o elevado consumo de medicamentos nesta faixa etária. Segundo a OMS, estima-se que 50%, de todos os medicamentos, são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inapropriada e que 50% dos idosos os utilizam de forma incorreta, sendo por isso da máxima importância, a promoção do uso racional dos medicamentos. (Organização Mundial da Saúde, 2004)

Estudos comparativos relativos à prescrição de fármacos nas diferentes faixas etárias apontam para valores significativamente mais elevados para as entidades inquiridas na faixa dos 65 anos ou mais. Essa tendência, tem sido acentuada nos últimos anos. O elevado consumo de medicamentos aumenta a suscetibilidade dos idosos às interações

medicamentosas, por via das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, o que poderá conduzir por parte destes, a uma fraca adesão ao tratamento e consequentemente gestão, implicando elevados custos económicos. Verifica-se que a relação entre o número de medicamentos administrados concomitantemente e a incidência de reações adversas cresce de forma exponencial. Os idosos polimedicados tornam-se deste modo, uma população com risco acrescido ao aparecimento de complicações secundárias a todas as alterações que o envelhecimento acarreta, tais como a absorção, a distribuição, o metabolismo e a excreção, funções estas, que vão sendo cada vez mais lentas, com o passar dos anos. O aumento do número de medicamentos, associado a alterações dos fatores biofisiológicos dos idosos, leva a que a Gestão do Regime Medicamentoso por parte destes, se torne uma tarefa difícil. (Palma, 2012)

Um regime medicamentoso complexo, requer da pessoa idosa, conhecimentos, capacidades e competências que conduzam à tomada de decisão, que lhes permita obter os medicamentos, administrá-los e monitorizar, de forma contínua, os efeitos terapêuticos e secundários, aumentando dessa forma a probabilidade de obter os melhores resultados de saúde, bem-estar e qualidade de vida e uma gestão eficaz do regime medicamentoso. (Henriques, 2011)

Sabendo que o doente é um agente ativo na escolha dos cuidados de saúde, as suas crenças no tratamento vão influenciar o seu comportamento no tratamento da doença. (Figueiras, 2006)

Por outras palavras, os doentes têm as suas próprias ideias e perspetivas em relação ao uso de medicação e tomam decisões, baseadas nas suas crenças e experiências. Ponderam o risco/benefício relativamente à toma da medicação e determinam, de acordo com a eficácia percebida a segurança e o valor em termos de resultados para a sua saúde e consequentemente a sua adesão ou não ao tratamento. (Henriques, 2011)

Existem intervenções com capacidade de dar resposta a esta dificuldade. Neste contexto, situa-se o enfermeiro especialista em saúde comunitária, numa posição

privilegiada e de destaque para desenvolver ações que possam dar um contributo significativo para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

#### 2.4. Políticas de Saúde e Ganhos em Saúde

No sentido de obter ganhos em saúde, inúmeras políticas têm sido estabelecidas a nível mundial, sendo que com esta preocupação, Portugal formulou o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 com base em medidas que permitissem a promoção da saúde e a prevenção da doença, medidas essas a implementar pelas diferentes unidades prestadoras de cuidados do Serviço Nacional de Saúde, que contribuiriam para uma maior equidade e acesso, bem como, um envolvimento ativo dos cidadãos de forma a alcançar esses ganhos em saúde. (Ministério da Saúde, 2014)

É pois, necessário um modelo integrado, de forma a promover a manutenção das pessoas idosas no seu ambiente e facilitar o acesso a cuidados de qualidade assegurando ao mesmo tempo a continuidade de cuidados dos idosos em situação de dependência.

Nos nossos dias, o envelhecimento começa a ser um paradoxo, se por um lado é uma história de sucesso individual em que as pessoas vivem mais anos, por outro lado é um desafio à sustentabilidade do sistema social e de saúde pública. A idade avançada é sempre uma história de vida, uma prova de que houve saúde suficiente para um aumento efetivo dos anos da vida, idealmente com ganhos em qualidade de vida, contudo acompanhada de alterações progressivas nas capacidades adaptativas quer sejam de ordem biológica, psicológica ou social. (Henriques, 2011)

Deve ser dada especial atenção aos idosos mais vulneráveis, que por norma são os de idade mais avançada, com desnutrição, risco de queda, alterações sensoriais, incontinência e também aos idosos com regime medicamentoso complexo, estes sim, o foco do nosso estudo.

A qualidade de vida dos idosos pode mudar drasticamente, caso exista uma gestão eficaz do regime medicamentoso, aposta na informação para melhor decisão e afirmação de

um processo de confiança e segurança por parte quer dos idosos, como também das suas famílias.

A informação sobre as doenças crónicas mais prevalentes e o modo de as controlar, é basilar na capacitação das pessoas idosas para lidarem com a sua evolução e para a prevenção do aparecimento das complicações associadas. (Direcção Geral de Saúde, 2014)

A prevenção e a gestão das doenças crónicas, constituem-se como problemas emergentes em cuidados de saúde primários. Com estratégias adequadas poder-se-á aumentar a adesão aos planos de cuidados, reduzir a morbilidade e aumentar a qualidade de vida das pessoas com doenças crónicas, com o empenho de todos os grupos profissionais envolvidos. (Henriques, 2011)

Para tal, é necessário uma adaptação dos serviços relativamente a forma de prestação de cuidados, vocacionados às reais necessidades da população, trabalhando em parceria e estabelecendo novas estratégias para desta forma se obter os tão desejados ganhos em saúde.

### 3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Nesta fase do trabalho é fundamental traçar os objetivos. Esta etapa, referente à fixação de objetivos é importante para fornecer normas e critérios às atividades posteriores, quer do planeamento, quer da própria gestão dos projetos. (Tavares, 1990)

Por sua vez, Imperatori e Giraldes afirmam que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa. (Imperatori & Giraldes, Metodologia do Planeamento da Saúde, 1982)

Definem-se em seguida, o objetivo geral e os objetivos específicos para a elaboração do diagnóstico de situação do presente estudo:

#### 3.1. Objetivo Geral

Identificar as necessidades dos idosos da área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanhã, tendo como foco a Gestão do Regime Medicamentoso, através da elaboração de um Diagnóstico de Situação, a decorrer no período de 29 de Abril a 28 de Junho de 2014

#### 3.2. Objetivos Específicos

- Identificar fontes de procura de informação sobre o tema;
- Caracterizar o concelho do Porto, freguesias da área de abrangência da UCC de Campanhã;
- Construir um instrumento de recolha de dados, sensível às necessidades dos idosos;
- Determinar uma amostra para o estudo;
- Realizar a recolha de dados, no domicílio dos cidadãos;

- Avaliar a receptividade da população idosa para participar em futuras intervenções sobre a promoção da autogestão do regime medicamentoso;
- Caracterizar a amostra em estudo;
- Analisar os dados recolhidos;
- Elaborar o relatório final.

## 4. CARATERIZAÇÃO DA COMUNIDADE

Neste ponto, iremos caraterizar o concelho do Porto, bem como as freguesias da área de abrangência da UCC de Campanhã, que são, nomeadamente, Bonfim, Paranhos e Campanhã. Será ainda efetuada, a caraterização da UCC desta mesma freguesia.

### 4.1. Caraterização do Concelho e cidade do Porto:

Localizada no Norte de Portugal, a Cidade do Porto ocupa uma área de cerca de 41,3 Km<sup>2</sup> e encontra-se organizada em 15 freguesias (Aldoar, Bonfim, Campanhã, Cedofeita, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos, Miragaia, Nevogilde, Paranhos, Ramalde, S. Nicolau, Santo Ildefonso, Sé e Vitória).



Figura 1 - Mapa do concelho do Porto

A Cidade do Porto é o centro de uma área metropolitana que tem o seu nome, Área Metropolitana do Porto, e que engloba 16 municípios (Arouca, Espinho, Gondomar, Maia, Matosinhos, Oliveira de Azeméis, Porto, Póvoa de Varzim, Sta. Maria da Feira, Santo Tirso, S. João da Madeira, Trofa, Vale de Cambra, Valongo, Vila do Conde, Vila Nova de Gaia), que no conjunto totalizam cerca 1.600.000 habitantes.

O Concelho do Porto é limitado a norte pelos concelhos de Matosinhos e da Maia, a leste por Gondomar, a sul por Vila Nova de Gaia e a oeste tem litoral no Oceano Atlântico.

Este mesmo Concelho foi reestruturado em dois agrupamentos de centros de saúde (ACES): o ACES Grande Porto VI – Porto Ocidental e o ACES Grande Porto VII – Porto Oriental. (Governo Constitucional - Portaria da republica - nº 273/2009 - 18 de março, 2009)

O ACES do Porto abrange uma população residente de 237.591 habitantes.

O ACES Grande Porto VI – Porto Ocidental abrange as freguesias de Aldoar, Cedofeita, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos, Miragaia, Nevogilde, Ramalde, São Nicolau, Santo Ildefonso, Sé e Vitória, tendo em conta a população inscrita.

O ACES Grande Porto VII - Porto Oriental abrange as freguesias de Bonfim, Campanhã e Paranhos. Será neste ACES, que recairá a nossa área de intervenção.

#### 4.2. Demografia – Evolução da população residente

A área geodemográfica do ACES Porto Oriental (ACES PO) é composta pelas freguesias de Bonfim, Campanhã e Paranhos, com uma população residente de 101 222 habitantes, verificando-se uma diminuição ao longo dos anos, com um índice de envelhecimento elevado, evidenciando valores superiores aos da Região Norte e do Continente. (Instituto Nacional de Estatística, 2011)

A população inscrita no ACES é de 45 849 homens e 55 373 mulheres, perfazendo um total de 101 222 utentes.

**Quadro 1:** População residente no ACES Porto Oriental, Região Norte e no Continente nos anos 2002 a 2011, tendo como unidade de medida o nº de indivíduos

POPULAÇÃO RESIDENTE	ANOS					
	2002	2006	2007	2008	2009	2011
ACES PORTO ORIENTAL	102.442	93.015	90.569	88.233	85.671	101.222
REGIÃO NORTE	3.691.922	3.744.341	3.745.236	3.745.439	3.745.575	3.689.682
CONTINENTE	9.927.441	10.110.271	10.126.880	10.135.309	10.144.940	10.047.621

Fonte: ACSS 2010, Censos 2011 e CAOP 2012

**Quadro 2:** População residente no ACES Porto Oriental e por grupo etário > ou = 65 anos

ÁREA GEOGRÁFICA	Total			Total >= 65 anos		
	HM	H	M	HM	H	M
PORTO	23.7591	108.104	129.487	55.083	20.866	34.217
BONFIM	24.265	10.674	13.591	6.584	2.361	4.223
CAMPANHÃ	32.659	15.130	17.529	7.524	2.869	4.655
PARANHOS	44.298	20.045	24.253	10.496	4.005	6.491
ACES PORTO ORIENTAL	101.222	45.849	55.373	24.604	9.235	15.369

Fonte: INE, CAOP 2012 e ARSN – “Perfis de Saúde” da Região Norte

**Quadro 3:** Evolução do índice de dependência total, 2002-2012, no ACES Porto Oriental

ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA TOTAL	ANOS								Unidade de medida
	2002	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
ACES PORTO ORIENTAL	49,10	50,20	50,30	50,80	51,53	52,50	55,27	54,9	Rácio por 100
REGIÃO NORTE	46,14	45,42	42,25	45,26	45,21	45,40	47,72	47,5	Rácio por 100
<b>Continente</b>	48,42	48,70	48,90	49,30	49,70	50,20	51,92	51,6	Rácio por 100

Fonte: ACSS/2010 e INE (Censos 2011)

Relativamente ao Índice de Dependência de Idosos (Quadro 3) verifica-se que é no ACES PO (37,6%) que se localiza o maior nº de idosos dependentes da população ativa e o Índice de Envelhecimento tem vindo a apresentar uma tendência crescente.

**Quadro 4:** Evolução do índice de dependência total, 2002-2012, no ACES Porto Oriental

Fonte: ACSS/2010 e INE (Censos 2011 Provisórios e Definitivos)

ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO	ANOS								Unidade medida
	2002	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
ACES PORTO ORIENTAL	145,40	154,40	157,00	158,90	160,23	162,20	220,18	218,6	Rácio por 100
REGIÃO NORTE	89,06	98,56	101,60	104,53	102,64	106,60	113,89	113,3	Rácio por 100
CONTINENTE	113,91	114,20	116,20	118,10	120,30	122,90	131,34	130,6	Rácio por 100

É na diminuição da natalidade e no modelo de mortalidade por idades, que se pode explicar a causa do envelhecimento no topo da pirâmide etária: os ganhos em saúde alcançados tornaram possível a sobrevivência de um número crescente de pessoas idosas.

Podemos afirmar com isto que, o evoluir da esperança média de vida, acarreta consigo o aumento das doenças crónicas e as complicações a estas associadas, tornando-se por isso um aspeto fundamental aos cuidados de enfermagem, proporcionar a melhor qualidade de vida possível aos nossos idosos, sobretudo, aos que têm um elevado grau de dependência e muitas vezes vivem isolados, sem capacidade para gerir de um modo eficaz o seu regime alimentar, de exercício físico e o regime medicamentoso, que muitas vezes é complexo.

Através da observação do Quadro 4 e da Figura 1, podemos constatar que o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar progressivamente ao longo dos anos, a par do

índice de dependência total no ACES Porto Oriental, onde se integra a freguesia de Campanhã, que é a freguesia que iremos trabalhar ao longo do nosso estudo. Por sua vez, o índice de natalidade tem vindo a decrescer ao longo dos anos, o que faz com que a população também se torne cada vez mais idosa.

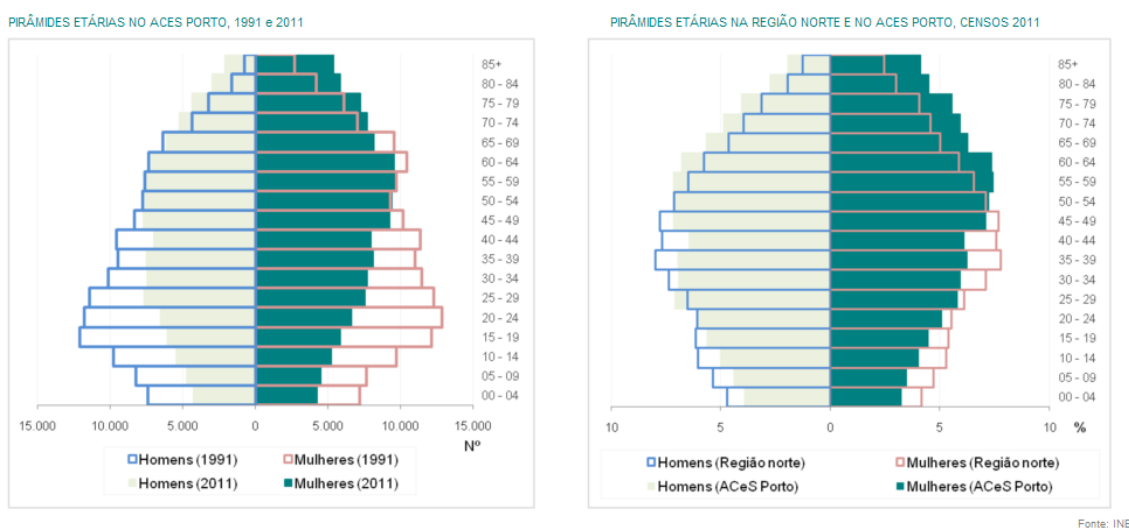


Figura 2 - Pirâmide Etária da população residente no ACES Porto Oriental e Região Norte, 2012

Fonte: Perfis /ARSN/2011

Como se pode observar na Figura 2, o envelhecimento das populações, resulta da transição demográfica caracterizada por um modelo de fecundidade e mortalidade baixas, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades e um alargamento do seu topo.

Individualmente, o envelhecimento caracteriza-se pela maior longevidade das pessoas, traduzido por um aumento da esperança média de vida. A conjugação de baixos níveis de fecundidade durante um período alargado, e os ganhos na esperança de vida, particularmente nas idades mais elevadas, contribuíram de modo contínuo para este aumento da população idosa. (Organização Mundial da Saúde, 2004)



## 5. MORBILIDADE

A ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde) em articulação com o INE forneceu aos ACES os seus principais indicadores de morbilidade.

Em anexo o Quadro 5, que apresenta a comparação entre o ACES Porto Oriental, Região Norte e o Continente para os anos de 2007 e 2009. Os últimos dados de morbilidade disponíveis referem-se ao 2º trimestre de 2013.

Quanto a morbilidade no grupo etário dos 65-74 anos, são as perturbações cerebrovasculares as mais prevalentes, enquanto no grupo etário com idade igual ou superior a 75 anos para além das cerebrovasculares, são também a pneumonia e a insuficiência cardíaca. (Direcção Geral de Saúde, 2005)

A tensão arterial elevada, a doença reumática, a dor crónica, a diabetes, a osteoporose e a depressão, são as doenças crónicas mais prevalentes nas pessoas idosas. (Administração Central do Sistema de Saúde / INE, 2009)

**Quadro 5:** Principais indicadores de morbilidade no ACES, Região Norte (RN) e Continente: dados do 2º trimestre de 2013 (Rácio p/10.000)

Ano 2013	ACES		CONTINENTE	
Indicadores de Morbilidade	População Total - 101.222 População < 65 anos – 76.618		População Total – 10.047.621 População < 65 anos – 8.123.003	
	Total	Valor	Total	Valor
<b>Amputações em diabéticos</b>	7	0,69	656	0,65
<b>Amputações Major em Diabéticos</b>	2	0,20	269	0,27
<b>Angina e outros</b>	6	1,19	1897	1,89
<b>AVC</b>	231	22,82	14216	14,15
<b>Doença Isquémica Cardíaca</b>	64	6,32	6944	6,91
<b>Enfarte Agudo do Miocárdio</b>	120	11,86	5765	5,74



## 6. PLANEAMENTO DO ESTÁGIO

Nesta parte do trabalho são descritas as atividades realizadas com vista à consecução do Diagnóstico da Situação, nomeadamente seleção das variáveis, amostra, seleção de fontes de informação, elaboração do instrumento de colheita de dados, aplicação do pré-teste, previsão do tratamento, análise e apresentação dos dados, previsão dos recursos e considerações éticas.

### 6.1. Seleção das Variáveis

Para melhor conhecer as características da população foram selecionadas variáveis. Estas variam consoante determinadas circunstâncias com as quais trabalhamos e “são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.” (Fortin, 1999)

A revisão da literatura e a orientação dada pela enfermeira tutora permitiu-nos selecionar as variáveis a estudar, que serão agora descritas no Quadro 6.

Destacam-se 6 grupos de variáveis:

- A primeira com o objetivo de caracterizar a amostra, permite recolher as variáveis: Idade, Género, Estado Civil, Escolaridade, Agregado familiar, Montante do rendimento familiar e Rendimento associado às necessidades em saúde.
- A segunda, contém questões relativas à caracterização da Complexidade do Regime Medicamentoso.
- A terceira, é referente à caracterização das Crenças acerca do Regime Medicamentoso.
- A quarta retrata a Adesão ao Regime Medicamentoso
- A quinta e a sexta parte avalia a Capacidade Funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais de Vida Diárias).

**Quadro 6:** Variáveis do estudo para o diagnóstico de situação.

Caracterização	Variável	Natureza
<b>Amostral</b>	Idade	Quantitativa
	Género	Nominal dicotómica
	Estado Civil	Nominal
	Escolaridade	Nominal
	Agregado Familiar	Nominal
	Montante do Rendimento Familiar	Nominal dicotómica
	O rendimento associado às Necessidades em Saúde	Nominal dicotómica
	Aplicação do Mini-Exame do Estado Mental	Quantitativa (score)
<b>do Regime Medicamentoso</b>	Número de Fármacos	Quantitativa
	Número de Prescritores	Quantitativa
	Conhecimento acerca do Fármaco	Nominal
	Existência de Suporte Escrito	Nominal dicotómica
	Preparação da Medicação	Nominal
	Gestão da Medicação	Nominal
	Índice de Complexidade Medicamentosa	Quantitativa (score)
<b>da Adesão ao Regime Medicamentoso</b>	Escala de Crenças acerca dos Medicamentos	Quantitativa (score)
	Medida de Adesão aos Tratamentos	Quantitativa (score)
<b>da Gestão do Regime Medicamentoso</b>	Dificuldade em abrir ou fechar as Embalagens	Nominal dicotómica
	Dificuldade em ler o que está escrito nas Embalagens	Nominal dicotómica
	Dificuldade em perceber qual e como deve tomar o Fármaco	Nominal dicotómica
	Dificuldade em tomar o Fármaco	Nominal dicotómica
	Dificuldade em renovar a Medicação a Tempo	Nominal dicotómica
	Dificuldade em deslocar-se até à Farmácia para comprar a Medicação	Nominal dicotómica
	Dificuldade em ter dinheiro para comprar a Medicação	Nominal dicotómica
	Dificuldade em cumprir o horário das tomas	Nominal dicotómica
	Dificuldade em lembrar quando chega a hora	Nominal dicotómica
Dificuldade em organizar para tomar fora de casa	Nominal dicotómica	
<b>da Capacidade Funcional (AIVD's)</b>	Cuidar da casa	Nominal ordinal
	Lavar a roupa	Nominal ordinal
	Preparar comida	Nominal ordinal
	Ir às compras	Nominal ordinal
	Uso do telefone	Nominal ordinal
	Uso de transporte	Nominal ordinal
	Uso do dinheiro	Nominal ordinal
	Responsável pelos medicamentos	Nominal ordinal
<b>da Capacidade Funcional (AVD's)</b>	Higiene Pessoal	Nominal ordinal
	Evacuar	Nominal ordinal
	Urinar	Nominal ordinal
	Ir à casa de banho	Nominal ordinal
	Alimentar-se	Nominal ordinal
	Transferências	Nominal ordinal
	Mobilidade	Nominal ordinal
	Vestir-se	Nominal ordinal
	Escadas	Nominal ordinal
	Banho	Nominal ordinal

## 6.2. Caracterização da Amostra

No processo de planeamento torna-se fundamental a caracterização da população na qual se irá intervir, tendo por base as necessidades previamente detetadas.

População pode ser entendida como “o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”. (Fortin, 1999)

Por sua vez, amostra “é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (...). Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada”. (Fortin, 1999)

A população deste Diagnóstico de Situação é constituída pelos idosos com idade igual ou superior a 65 anos, abrangidos pela UCC de Campanhã.

A escolha específica desta faixa etária prende-se com a constatação do crescente envelhecimento da população, associado ao aumento progressivo das doenças crónicas, fatos estes, que conduzem a um aumento do consumo de medicamentos. Relacionando estes fatores, com a vulnerabilidade e a fragilidade características da população mais idosa, podemos dizer que a Gestão do Regime Medicamentoso se torna uma tarefa complexa.

Esta decisão foi tomada de acordo com as orientações da Enfermeira Coordenadora da UCC de Campanhã – Enfermeira Vitória Leal.

A população foi identificada através da informação disponibilizada pelos Enfermeiros da UCC de Campanhã, pesquisa na internet e contato pessoal “porta a porta” através de um Formulário.

Um outro dado importante consiste no fato da amostragem ter sido selecionada por conveniência, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

No que diz respeito à aplicação do Formulário, poderão ter existido também algumas limitações relacionadas com a possibilidade de incongruências entre o que os participantes responderam e o que realmente fazem.

Os doentes por vezes mentem sobre a toma de medicamentos, para agradar ou evitar a desaprovação. (Lima & Delgado, 2001)

Contactaram-se 110 pessoas, mas, apenas foram preenchidos 100 formulários, já que o Mini-Exame do estado mental constituiu um critério de exclusão sempre que se verificou que não havia condições para o idoso responder corretamente ao formulário.

Dos 7.524 idosos com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na Freguesia de Campanhã, foi recolhida uma amostra de 100 indivíduos.

### 6.3. Seleção de Fontes de Informação

A elaboração de um Diagnóstico de Situação deve alicerçar-se numa informação segura, adequada e recente, de modo a que os resultados obtidos sejam fidedignos, válidos e úteis. Assim, para a elaboração do mesmo, foram várias as fontes às quais recorreremos, nomeadamente: Biblioteca da Universidade Católica Portuguesa do Porto, Câmara Municipal do Porto, INE, Junta de Freguesia de Campanhã, UCC de Campanhã e fontes da internet.

### 6.4 Elaboração do Instrumento de Colheita de Dados

Em todo o trabalho de pesquisa experimental, a utilização de métodos criteriosos na recolha de dados assume um carácter fundamental. Estes, estabelecem e condicionam a viabilidade do subsequente processamento estatístico e decorrentes visões descritivas e inferências.

O processo foi assim iniciado por uma consulta da bibliografia de referência. Não foi encontrado nenhum instrumento de colheita de dados que fosse de encontro às

necessidades do nosso estudo. Como tal, e após reunião com o orientador, Professor Armando Almeida, em consonância com a Enfermeira Vitória Leal, foi-nos proposta a construção de um instrumento. O processo de elaboração deste mesmo instrumento é um fator preponderante no desenrolar do estudo.

Antes de empreender uma colheita de dados, o investigador deve perguntar-se se a informação que quer colher com a ajuda de um instrumento de medida em particular é exactamente a que tem necessidade para responder aos objectivos da sua investigação. (Fortin, 1999)

Atendendo aos objetivos e às características do estudo, à população alvo e aos recursos disponíveis, o instrumento a utilizar será o desenvolvimento de um formulário, de forma a avaliar a Gestão do Regime Medicamentoso. Este deve ser de fácil aplicação, e é também o mais acessível aos investigadores, conseguindo-se obter as informações de uma forma imediata (sendo por isso um dos métodos mais utilizados isoladamente ou em conjunto com outras formas de avaliação).

Um formulário é um instrumento totalmente estruturado, solicita-se aos sujeitos que respondam exactamente às mesmas perguntas (...), sendo que eles recebem o mesmo conjunto de opções para suas respostas. (Polit & Hungler, 1995).

O formulário construído está subdividido em 6 partes. A primeira corresponde aos dados de identificação, que tem como objetivo caracterizar a amostra, através da Idade, Género, Estado Civil, Escolaridade, Agregado familiar, Montante do rendimento familiar e Rendimento associado às necessidades em saúde.

Na segunda parte, apresentam-se questões relativas à caracterização da Complexidade do Regime Medicamentoso. A terceira parte é referente à caracterização das Crenças acerca do Regime Medicamentoso. A quarta parte diz respeito à Adesão ao Regime Medicamentoso. A quinta e última parte avalia a Capacidade Funcional (AVD's e AIVD's). Em anexo, (Anexo II) pode observar-se o formulário aplicado à população da amostra em estudo.

#### 6.4.1 Instrumentos de mensuração utilizados

Para a construção do Instrumento de Colheita de Dados foi considerada a utilização de várias escalas e alguns índices sendo eles:

- Mini-Exame do estado Mental; (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, & Garcia, 1994)
- Índice de Complexidade Medicamentosa; (Melchior & Fernandez-Llimós, 2007)
- Escala de Crenças acerca dos Medicamentos; (Pereira & Silva, 1999)
- Medida de Adesão aos Tratamentos – MAT; (Lima & Delgado, 2001)
- Índice de Lawton-Brody – Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's); (Sequeira, 2010)
- Índice de Barthel – Atividades de Vida Diária (AVD's). (Sequeira, 2010)

#### **Índice de Lawton-Brody:** (Apóstolo, 2009)

O Índice de Lawton-Brody permite medir a incapacidade e serve para planejar e avaliar intervenções em idosos. Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das atividades instrumentais (AIVD's) que compreendem oito tarefas como usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro, mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades.

Apresenta-se uma versão diferente com a seguinte pontuação: cada item tem três, quatro ou cinco níveis de diferentes níveis de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de um a três, de um a quatro ou de um a cinco em que a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. O índice varia entre 8 e 30 pontos, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- 8 pontos – Independente;
- 9 a 20 pontos – Parcialmente dependente, necessita de alguma ajuda;
- 20 pontos – Severamente dependente, necessita de muita ajuda.

### **Índice de Barthel:** (Apóstolo, 2009)

O Índice de Barthel (IB) avalia o nível de dependência do sujeito para a realização de 10 atividades básicas de vida diária (AVD's): Higiene pessoal, Evacuar, Urinar, Ir à casa de banho (uso do sanitário), Alimentar-se, Transferências (cadeira/cama), Mobilidade (deambulação), Vestir-se, Escadas e Banho. Pode ser preenchido através de observação direta, de registos clínicos ou ainda ser auto-ministrado. Pretende avaliar se o utente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente. Cada atividade apresenta 2 a 4 níveis de dependência, em que 0 (zero) corresponde à Dependência Total e a Independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência.

Numa Escala de 10 itens o seu total pode variar entre 0 e 100, sendo que:

- < 20 – Totalmente Dependente
- 20 – 35 – Severamente Dependente
- 40 – 55 – Moderadamente Dependente
- 60 – 85 – Ligeiramente Dependente
- 90 -100 – Independente

No contexto clínico o IB dá-nos informação importante, não só a partir da pontuação total, como também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, porque permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades. (Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007)

O estudo desenvolvido por Araújo (Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007) revela que o IB é um instrumento com um nível de fidelidade elevado. Embora a estrutura concetual da escala seja unidimensional, o estudo deste instrumento forçado a duas dimensões veio diferenciar o autocuidado e a mobilidade por um lado, e a eliminação por outro. No que respeita à validade de critério, o instrumento apresentou uma correlação forte e positiva com a escala de Lawton e Brody.

### **Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT): (Apóstolo, 2009)**

Delgado e Lima (Lima & Delgado, 2001) construíram uma escala de medida de adesão aos tratamentos, que intitularam de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) constituída por 7 itens. Os itens são respondidos numa escala de tipo Likert de 6 pontos, que vão desde:

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

A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos tratamentos. Valores mais elevados significam maior nível de adesão.

Os dados recolhidos pelos autores demonstram uma muito boa consistência interna da medida de sete itens de adesão ao tratamento,

Desta forma, os autores consideram que a medida de sete itens utilizada, com resposta na forma de escala de Likert, oferece uma consistência interna adequada para aceder ao nível de adesão aos tratamentos.

Esta escala apresenta também valores elevados de especificidade e sensibilidade relativamente à medida de adesão, sendo maior o valor de especificidade na escala de Likert, o que significa que a resposta na forma de escala de Likert é mais apta a captar os comportamentos de não adesão aos tratamentos.

### **Escala de Crenças acerca dos Medicamentos:**

A Escala das Crenças acerca dos Fármacos foi desenvolvida com o objetivo de avaliar as representações cognitivas que os indivíduos fazem em relação aos fármacos. Avalia as crenças acerca da utilização de fármacos em geral, ou em indivíduos com alguma doença específica, no sentido de avaliar as suas crenças relativas aos fármacos de uso pessoal prescritos para o seu problema de saúde específico. (Pereira & Silva, 1999)

São avaliados 10 itens, numa escala de 1 a 5 em que:

- Concordo Totalmente
- 2 – Concordo
- 3 – Não tenho a certeza
- 4 – Discordo
- 5 – Discordo Totalmente

Quanto menor for a pontuação final, maior é a crença acerca dos medicamentos.

### **Índice de Complexidade Medicamentosa:**

O Índice de Complexidade Medicamentosa tem por base:

- 1 - Número de fármacos a tomar
- 2 – Número de prescritores
- 3 – Conhecimento acerca do fármaco
- 4 – Suporte escrito
- 5 – Preparação da medicação
- 6 – Gestão da medicação
- 7 - Frequência de dose
- 8 – Via/ dosagem
- 9 - Horário
- 10 - Instruções adicionais

Dos instrumentos existentes para medir a complexidade da farmacoterapia o que a avalia de forma mais abrangente é o Medication Regimen Complexity Index (MRCI), ainda denominado de Índice da Complexidade da Farmacoterapia. (Melchiors & Fernandez-Llimós, 2007)

Este instrumento divide-se em três partes, sendo que, a primeira corresponde às informações sobre formas de dosagens, a segunda corresponde às informações de frequências de doses e a terceira corresponde às informações adicionais. O total do índice é obtido somando os pontos das três partes. (Melchiors & Fernandez-Llimós, 2007)

Quanto maior for o número de fármacos, o número de prescritores e a pontuação obtida a nível do conhecimento do fármaco, do suporte escrito, da preparação da medicação e da gestão da medicação, maior é o Índice de Complexidade Medicamentosa.

#### **Mini-Exame do Estado Mental:** (Apóstolo, 2009)

O mini-exame do estado mental (MEEM) é traduzido num teste formal e sistemático do paciente. Este, permite ao técnico de saúde identificar áreas funcionais afetadas e que são suscetíveis de intervenção. A sua aplicação não apresenta uma complexidade específica, mas mantém consistência perante alguma diversidade de examinadores.

A versão portuguesa é constituída por uma série de 6 blocos com 30 perguntas e tarefas, que avaliam aspetos cognitivos das funções mentais como sejam: capacidade de orientação do sujeito, quer no tempo como no espaço, repetição de três palavras, atenção e cálculo, recordação, com evocação das três palavras anteriormente evocadas, linguagem e habilidade construtiva. (Maia, Matos, Correia, Machado, & Silva, 2004)

Verifica-se assim, que as áreas para as quais a utilização do MEEM se revela particularmente útil incluem as funções executivas, sendo elas: a capacidade de orientação, memória, linguagem e capacidade construtiva.

Cada item apresenta uma questão ou uma tarefa que é cotada como correta ou incorreta, 1 e 0, respetivamente. O sujeito avaliado pode obter um mínimo de zero pontos de cotação ou um máximo de trinta pontos.

Uma das vantagens do MEEM é conseguir avaliar objetivamente uma queixa, muitas vezes subjetiva, de declínio cognitivo.

Vários estudos realizados com amostras amplas (em que se utilizou o MEEM) sugerem que o desempenho do sujeito pode ser influenciado por vários fatores, como por exemplo a idade e o nível de educação formal. Desta forma, como o desempenho no MEEM depende muito da escolaridade do sujeito, e para minimizar este efeito, recomenda-se a utilização de pontos de corte distintos conforme o nível educacional apresentado pelo sujeito. (Maia, Matos, Correia, Machado, & Silva, 2004)

Para a versão portuguesa do MEEM devem então considerar-se como apresentando défice cognitivo, os sujeitos:

- Analfabetos com pontuações igual ou inferior a 15.
- Se o sujeito possuir entre 1 a 11 anos de escolaridade são as pontuações iguais ou inferiores a 22, que determinam o declínio cognitivo
- Se o sujeito possuir mais de 11 anos de escolaridade será a pontuação igual ou inferior a 27.

## 6.5. Aplicação do Pré-Teste

Esta etapa denominada de Pré-teste, tem como finalidade, evidenciar possíveis falhas na redação do Formulário. É realizado através da aplicação do mesmo a alguns sujeitos com características idênticas à população do estudo. Depois de responderem ao formulário, os inquiridos são entrevistados a fim de obter informações sobre as dificuldades encontradas. (Fortin, 1999)

O Pré-Teste foi aplicado a seis idosos com idades iguais ou superiores a 65 anos, pertencentes à Freguesia de Campanhã.

Após a análise dos resultados do Pré-Teste, verificamos que todas as questões se encontravam formuladas de um modo simples e explícito, como tal, procedeu-se à aplicação dos restantes formulários na amostra da nossa população.

#### 6.6. Previsão do Tratamento, Análise e Apresentação dos Dados

Na investigação quantitativa, o investigador tem como principal objetivo colher dados que sejam observáveis e quantificáveis, assim “O investigador adopta um processo ordenado, que o leva a percorrer uma série de etapas, indo da definição do problema à obtenção de resultados.” (Fortin, 1999)

Os dados recolhidos no decurso da realização do Diagnóstico de Situação, não traduzem por si só as necessidades da população, estes necessitam de ser trabalhados. A análise dos dados colhidos produzirá resultados que serão interpretados pelo investigador.

Neste estudo, o método de análise de dados será estatístico, no qual se efetuará uma análise descritiva e inferencial dos mesmos.

Os resultados serão apresentados sob a forma de tabelas e gráficos. A análise e discussão dos resultados terá a mesma sequência que a do formulário.

#### 6.7. Previsão dos Recursos

A identificação dos recursos humanos, materiais e financeiros é essencial (...), já que da sua determinação dependerá todo o processo de Planeamento. (Tavares, 1990)

Seguidamente será então apresentada a previsão de recursos efetuada:

- **Recursos Humanos:** equipa de trabalho constituída por três alunos, Professor Orientador da UCP e a enfermeira coordenadora da UCC de Campanhã.
- **Recursos Materiais:** computador, impressora, tinteiros, material de escritório (caneta, lápis, borracha, papel, agrafos, batas...), telemóvel, telefone e automóvel;
- **Recursos Financeiros:** combustível utilizado nas deslocações;
- **Recursos Temporais:** duração do estágio (180 horas presenciais).

### 6.8. Considerações Éticas

A realização de uma investigação exige respeito por princípios éticos, impondo obrigações relativas à proteção dos indivíduos que aceitam participar num estudo de investigação. A preocupação ética deve estar explícita em qualquer trabalho de investigação que envolva seres humanos. O respeito pela autonomia da pessoa é fundamental. Deste modo, num estudo só podemos incluir as pessoas que aceitam participar.

Foi efetuado o pedido para a população idosa responder ao formulário no momento da sua aplicação e explicado em que consistia e qual o objetivo do mesmo. O consentimento foi obtido através do seu preenchimento.

Respeitamos a confidencialidade e o anonimato da informação fornecida e no sentido de a garantir, durante o estudo não foram identificados os inquiridos.

### 6.9. Procedimento de Colheita de Dados

A colheita de dados foi efetuada no período compreendido entre 12 e 27 de Junho. A aplicação dos formulários foi realizada por contato direto com a população em estudo, nomeadamente através de entrevista “porta a porta”, entrevistas estas realizadas pelos três elementos deste grupo de estágio. Desde logo, foi também pedida a colaboração dos primeiros inquiridos no sentido de divulgar esta nossa ação junto da população mais

próxima e que se enquadrasse na faixa etária pretendida pelo nosso estudo. Inicialmente confrontamo-nos com algumas dificuldades na obtenção do preenchimento dos formulários, dado o desconhecimento desta iniciativa. No entanto, pensamos contudo, que a estratégia adotada surtiu o efeito pretendido, já que numa fase um pouco mais avançada da recolha de dados, a população chegou mesmo a referir aguardar a nossa chegada para responder a “umas perguntas que uns enfermeiros andavam a fazer junto da população idosa, sobre a medicação que tomavam”.

#### 6.10. Tratamento Estatístico

O estudo estatístico foi efetuado utilizando o software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 22.0 e Microsoft Office Excel 2010. No tratamento estatístico dos dados efetuou-se uma análise descritiva e inferencial dos mesmos.

## 7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos dados será efetuada com base em tabelas e gráficos que descrevem de forma mais objetiva a realidade em análise. Numa primeira parte proceder-se-á à caracterização da amostra, em termos de Idade, Género, Estado Civil, Escolaridade, Agregado familiar, Montante do rendimento familiar, Rendimento associado às necessidades em saúde.

Na segunda parte será abordada a caracterização da Complexidade do Regime Medicamentoso. Na terceira parte, a caracterização das Crenças acerca do Regime Medicamentoso. A quarta parte diz respeito à Adesão ao Regime Medicamentoso, e por fim, a quinta e última parte remete para a avaliação da Capacidade Funcional (AVD's e AIVD's).

### 7.1. Caracterização da Amostra

#### 7.1.1. Análise descritiva das variáveis

##### **Idade e Género:**

A idade mínima encontrada na amostra foi de 65 anos, ao passo que 95 anos foi a idade máxima encontrada. A média de idades situa-se nos  $74,9 \pm 6,6$  e a moda da amostra foi de 68 anos.

No que respeita ao género da amostra, esta é constituída por 36% de indivíduos do sexo masculino e 64% do sexo feminino. O gráfico 1 permite observar a forte predominância do género feminino.

O gráfico 2 destaca um conjunto de faixas etárias sénior que permite averiguar que o essencial (a maioria) das observações apontam para uma distribuição de idades mais significativa no intervalo dos 65 aos 85 anos (praticamente 92% dos indivíduos inquiridos).

Gráfico 1 - Distribuição amostral por género

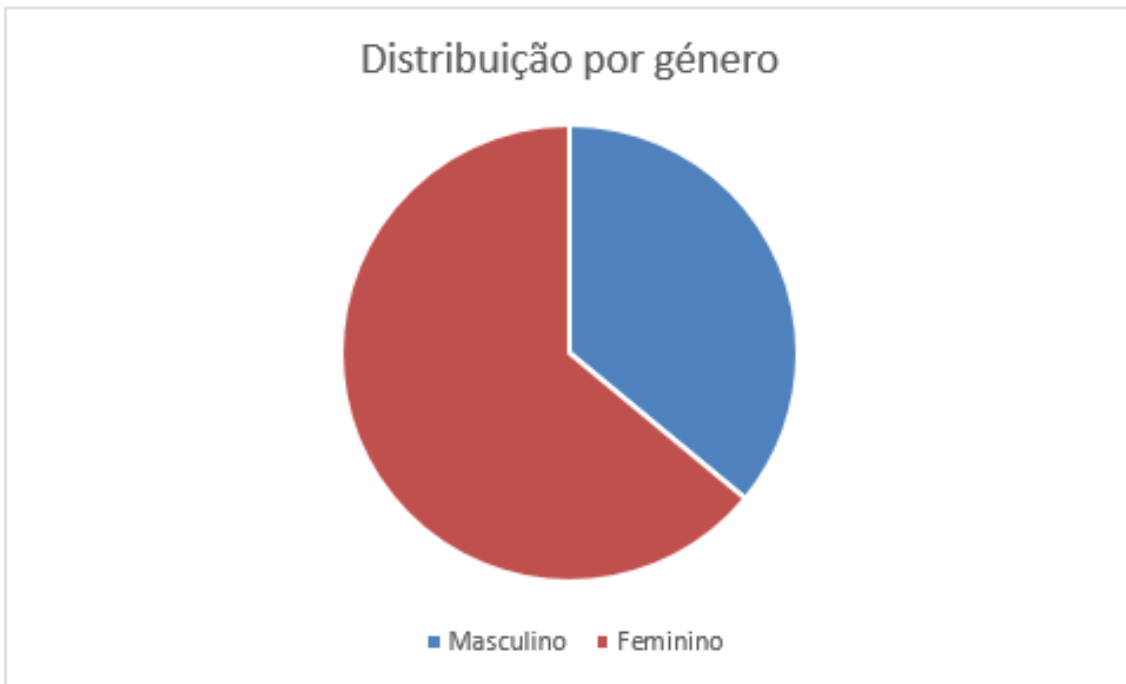
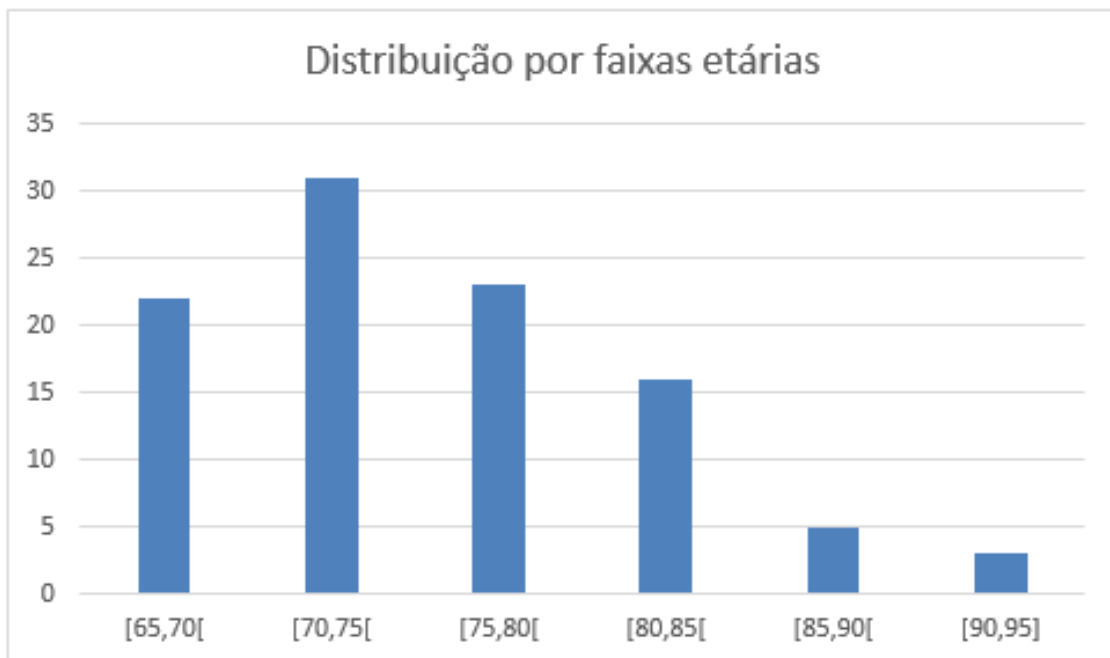


Gráfico 2 - Distribuição amostral por género



**Quadro 7:** Distribuição amostral por género e faixas etárias séniores

Faixa Etária		Genero		
		Masculino	Feminino	Total
[65,70[	Contagem	6	16	22
	% da faixa etária	27,27%	72,73%	
	% do género	16,67%	25,00%	
	% do total	6,00%	16,00%	22,00%
[70,75[	Contagem	11	20	31
	% da faixa etária	35,48%	64,52%	
	% do género	30,56%	31,25%	
	% do total	11,00%	20,00%	31,00%
[75,80[	Contagem	11	12	23
	% da faixa etária	47,83%	52,17%	
	% do género	30,56%	18,75%	
	% do total	11,00%	12,00%	23,00%
[80,85[	Contagem	5	11	16
	% da faixa etária	31,25%	68,75%	
	% do género	13,89%	17,19%	
	% do total	5,00%	11,00%	16,00%
[85,90[	Contagem	2	3	5
	% da faixa etária	40,00%	60,00%	
	% do género	5,56%	4,69%	
	% do total	2,00%	3,00%	5,00%
[90,95]	Contagem	1	2	3
	% da faixa etária	33,33%	66,67%	
	% do género	2,78%	3,13%	
	% do total	1,00%	2,00%	3,00%
Total	Contagem	36	64	100
	% do total	36,00%	64,00%	

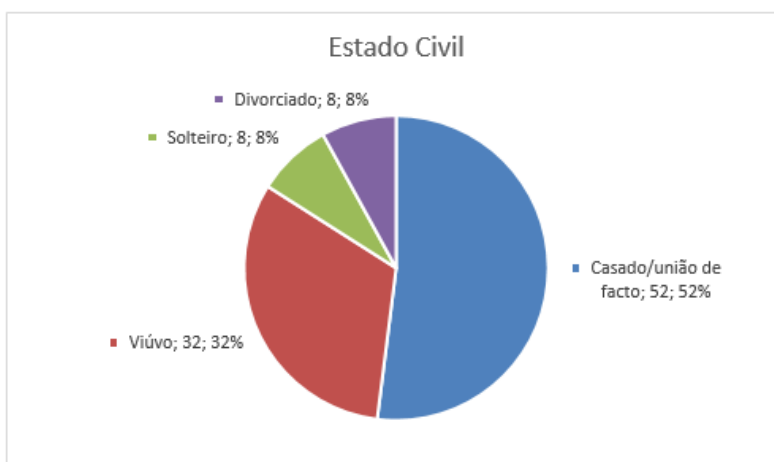
Os resultados referentes ao Estado Civil indicam que 52% dos inquiridos são casados ou vivem em união de facto, 32% são viúvos, ainda com 8% foram encontrados idosos solteiros e igualmente com 8% idosos divorciados (quadro 8). Não se observa uma diferença significativa na distribuição por género dos indivíduos casados/em união de facto ou divorciados. Nas restantes categorias de estado civil, observa-se uma forte predominância feminina. O gráfico 3 demonstra que praticamente mais de 90% dos

indivíduos tem um historial de vida não solitária (solteiro apenas representam 8% da amostra retida e são essencialmente mulheres).

**Quadro 8:** Distribuição amostral por estado civil e género

Estado Civil	Género					Percentagem do total
	Número			Percentagem		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	
<b>Casado/união de facto</b>	24	28	52	46,2%	53,8%	52,0%
<b>Viúvo</b>	7	25	32	21,9%	78,1%	32,0%
<b>Solteiro</b>	1	7	8	12,5%	87,5%	8,0%
<b>Divorciado</b>	4	4	8	50,0%	50,0%	8,0%
<b>Total</b>	36	64	100	36,0%	64,0%	

Gráfico 3 - Distribuição amostral por estado civil



No quadro 9, ao avaliar com Quem vive, a amostra revela que 53% vive com o cônjuge, ao passo que 37% sozinhos e apenas 10% com familiares diretos.

**Quadro 9: Vive com**

<u>Agregado</u>	Número	Percentual
<b>Cônjuge</b>	53	53,0%
<b>Familiares diretos</b>	10	10,0%
<b>Sozinho</b>	37	37,0%
<b>Total</b>	100	100,0%

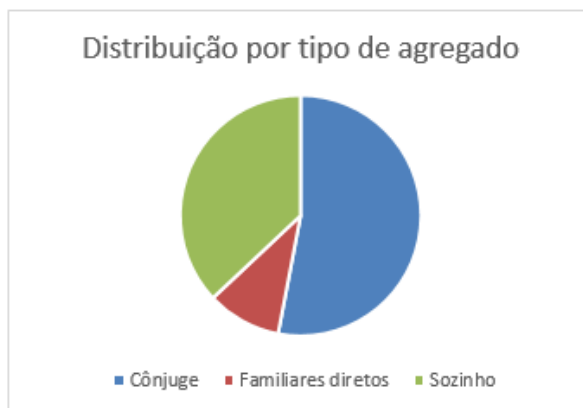
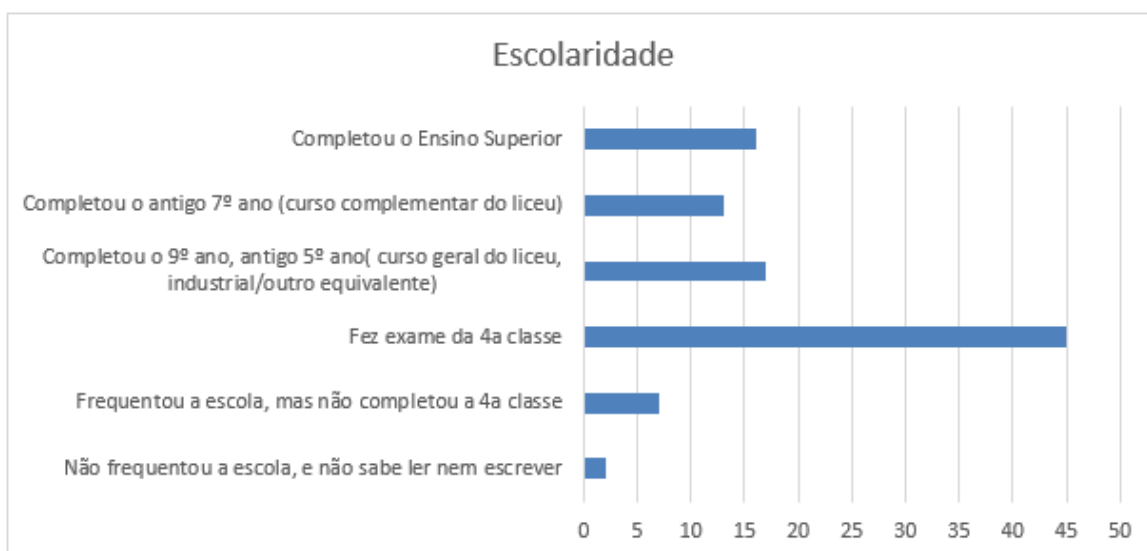


Gráfico 4- Distribuição por tipo de agregado

No que se refere à Escolaridade, verifica-se que apenas 45% da amostra completou a 4ª classe, em segundo lugar com 17 % encontraram-se idosos que completaram o 9º ano, antigo 5º ano (curso geral do liceu, industrial/outro equivalente). Os idosos que completaram o ensino superior equivalem a 16% da amostra. A parte da amostra relativa aos idosos que frequentaram a escola e que não concluíram a 4ª classe é de 7%, e por fim os restantes 2% correspondem aos idosos que não frequentaram a escola e que não sabem ler nem escrever.

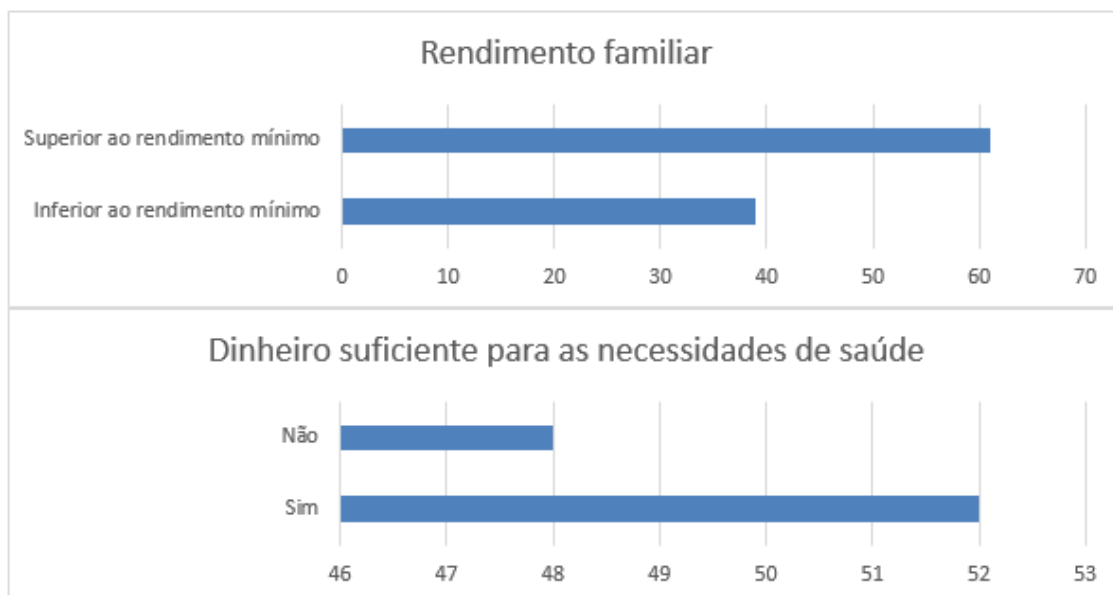
Gráfico 5 - Escolaridade dos indivíduos inquiridos



Quando inquiridos relativamente ao Rendimento Familiar, 61% da amostra afirma ser superior ao rendimento mínimo e 39% diz ser inferior. Acerca de, se o dinheiro que dispõe mensalmente é ou não suficiente para fazer face às suas necessidades de saúde, 52% da amostra afirma que é suficiente, por outro lado 48% da amostra revela que o rendimento é insuficiente.

**Quadro 10:** Nível de rendimento/ Capacidade financeira para suprir custos com saúde

Gráfico 6 - Capacidade financeira de suprir os custos de saúde



**Nº de Fármacos:**

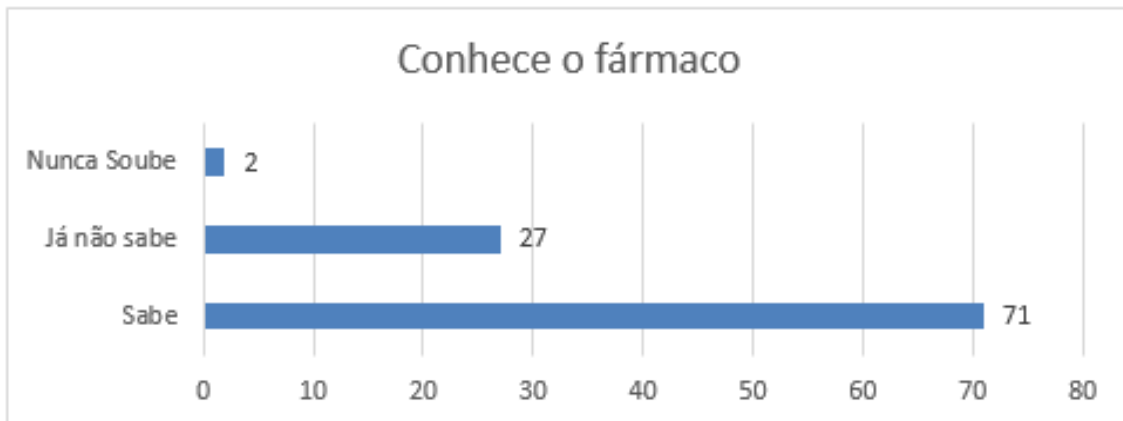
Quanto ao número de fármacos o valor mínimo encontrado foi de apenas 1 e o número máximo foi de 14 fármacos. A média de fármacos encontrada foi de  $5,7 \pm 2,8$ .

**Nº de prescritores:**

O número mínimo de prescritores encontrado foi de apenas 1 sendo o máximo de 6, situando-se a média no valor de  $1,4 \pm 0,8$ .

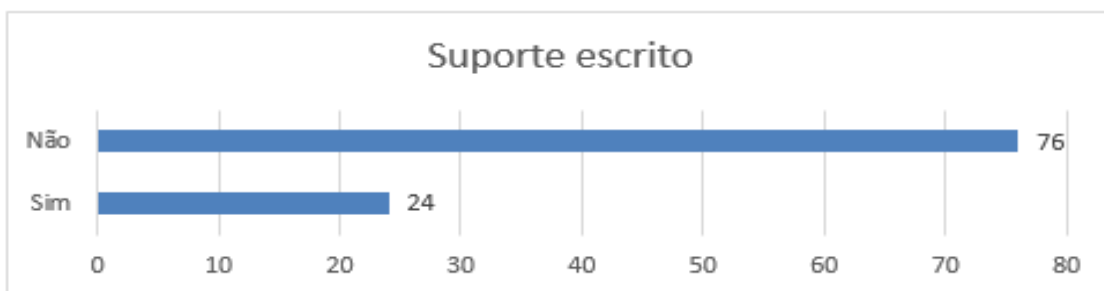
Quanto à variável Conhece o Fármaco, 71% da amostra afirma saber, 27% diz já não saber e apenas com 2% foram encontrados idosos que nunca souberam.

Gráfico 7- Conhece o fármaco



Relativamente ao Suporte Escrito da medicação apenas 24% afirma ter o esquema terapêutico sob a forma escrita, ao passo que 76% da amostra revela não possuir qualquer suporte escrito sobre a sua medicação.

Gráfico 8- Existência de Suporte escrito



Para as variáveis Quem Prepara e Quem Gere a medicação, foram encontradas as mesmas percentagens, correspondendo assim na grande maioria dos casos a 87% em que a medicação é preparada e gerida pelo próprio, ao passo que em 12% é preparada e gerida por um familiar e nos restantes 1% a medicação é preparada e gerida por outro.

Gráfico 9- Quem prepara a medicação

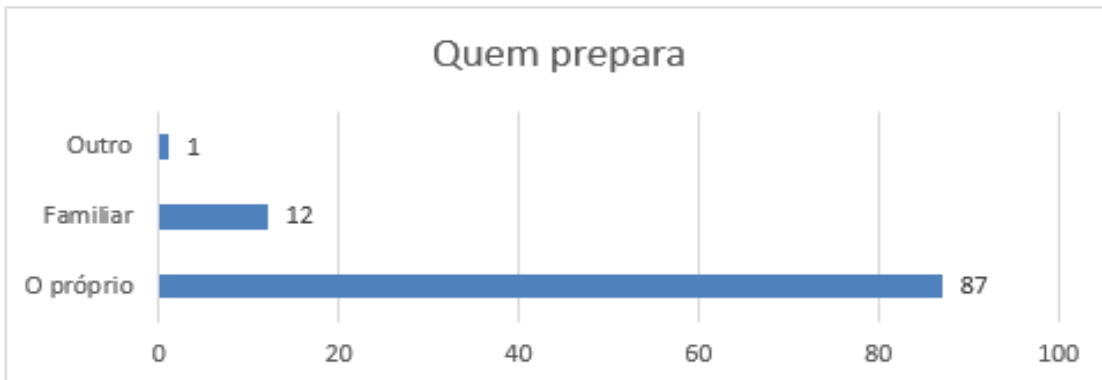
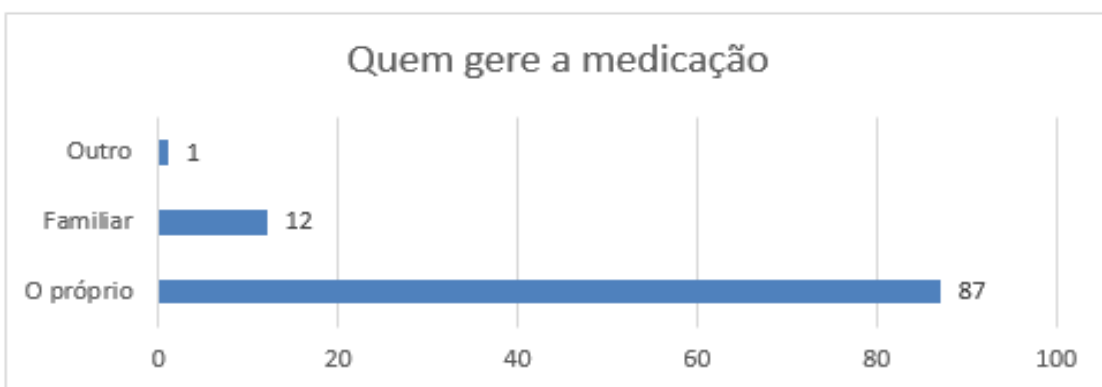


Gráfico 10- Quem gere a medicação



### Índice de Complexidade de Fármacos:

Na variável Índice de Complexidade de Fármacos os valores observados como mínimos foram de 4 pontos e 126 pontos como máximo. O valor que mais vezes se repetiu foi de 20 pontos, situando-se a média nos  $30,4 \pm 19,5$ .

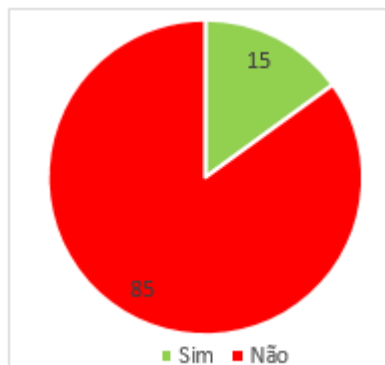
No que respeita à Dificuldade em abrir/fechar as embalagens, os valores encontrados revelam que apenas 10% da amostra sente dificuldades, enquanto os restantes 90% afirmam não possuir qualquer dificuldade.

Gráfico 11 - Dificuldade em abrir/fechar embalagem



No que toca à Dificuldade em ler o que está escrito nas embalagens, 15% dos inquiridos revelam ter dificuldade e os restantes 85% dizem não ter qualquer dificuldade.

Gráfico 12 - Dificuldade em ler as embalagens



Ao avaliar a Dificuldade em perceber qual e como deve tomar o fármaco, 94% da amostra diz não sentir qualquer dificuldade, enquanto que, 6% admite ter dificuldades.

Gráfico 13 - Dificuldade em perceber qual e como deve tomar o fármaco



Quando avaliada a Dificuldade em tomar o fármaco 97% da amostra afirma não sentir qualquer dificuldade, enquanto 3% refere sentir dificuldades na toma dos fármacos.

Gráfico 14 - Dificuldade em tomar o fármaco

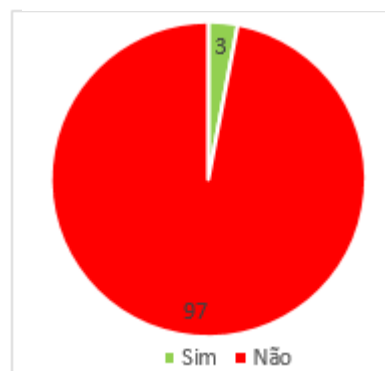


Gráfico 15 - Dificuldade em renovar a medicação a tempo

Avaliando a Dificuldade em renovar a medicação, encontramos dificuldade em 4% dos casos, sendo que, em 96% dos casos da amostra esta dificuldade não está presente.



Gráfico 16 - Dificuldade em ir à farmácia

Quando inquirida, a amostra 86% desta revelou não sentir dificuldades em deslocar-se à farmácia, no entanto 14% afirma sentir dificuldades para se deslocar até uma farmácia.

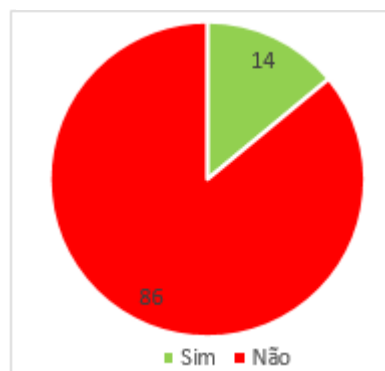
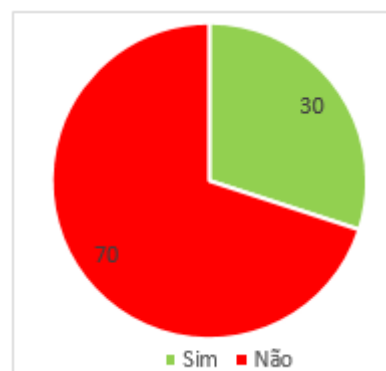


Gráfico 17 - Dificuldade em ter dinheiro para comprar a medicação

No que toca à variável Dificuldade em ter dinheiro para comprar a medicação 70% da amostra afirma não possuir dificuldades enquanto 30% da mesma afirma o contrário.



A amostra revela ainda que, 11% dos casos têm dificuldade em se lembrar quando chega a hora da toma, os restantes 89% afirmam não sentir essa dificuldade.

Gráfico 18 - Dificuldade em se lembrar quando chega a hora de tomar



No que toca a organizar a terapêutica para tomar fora de casa, 93% dos inquiridos afirmam não ter qualquer dificuldade, enquanto que, os restantes 7% admitem ter alguma dificuldade.

Gráfico 19 - Dificuldade em organizar tomas fora de casa



### **Crenças Acerca dos Medicamentos:**

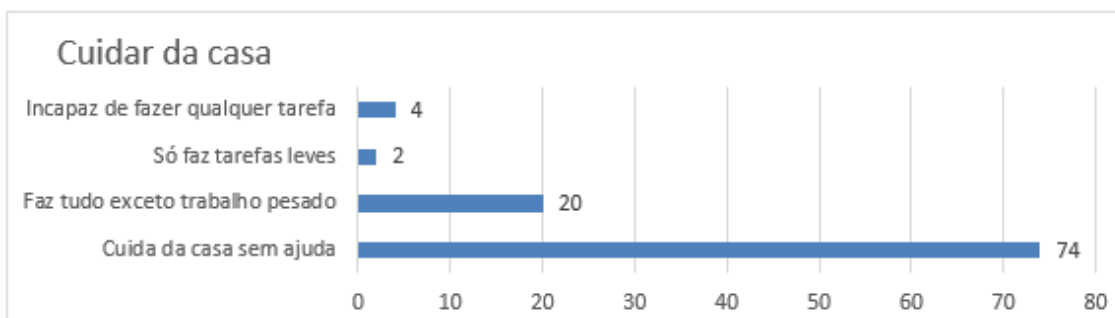
Ao avaliar As Crenças Acerca dos Medicamentos, o valor mínimo obtido foi de 16 pontos, enquanto o valor de 41 pontos foi obtido como pontuação máxima. A média situa-se nos  $27,9 \pm 5,6$  e o valor que mais vezes se repetiu foi de 30 pontos.

### **Medida de Adesão aos Tratamentos:**

Na Medida de Adesão aos Tratamentos, o valor mais elevado encontrado na amostra foi de 48 pontos, enquanto por outro lado 31 pontos foi o valor mínimo encontrado. A média para esta variável foi de  $39,1 \pm 2,9$ . O valor que mais se repetiu foi de 40 pontos.

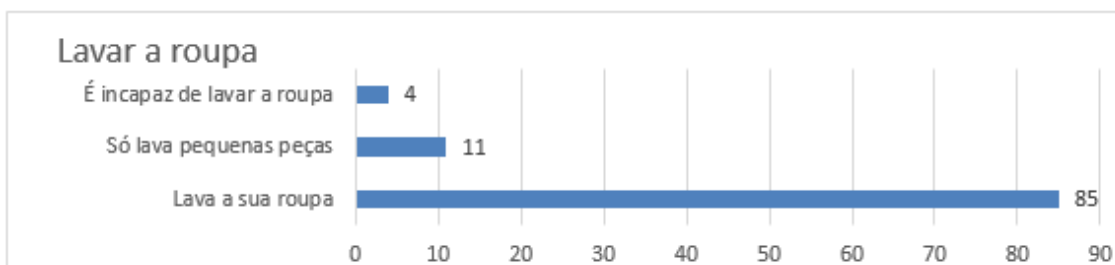
Ao avaliar a Capacidade funcional da amostra, para a variável cuidar da casa, verifica-se que 74% cuida da casa sem ajuda, 20% da amostra faz tudo exceto trabalho pesado e apenas 2% só realizam tarefas leves. Os restantes 4% da amostra revelam incapacidade de fazer qualquer tarefa.

Gráfico 20 - Capacidade funcional para cuidar da casa



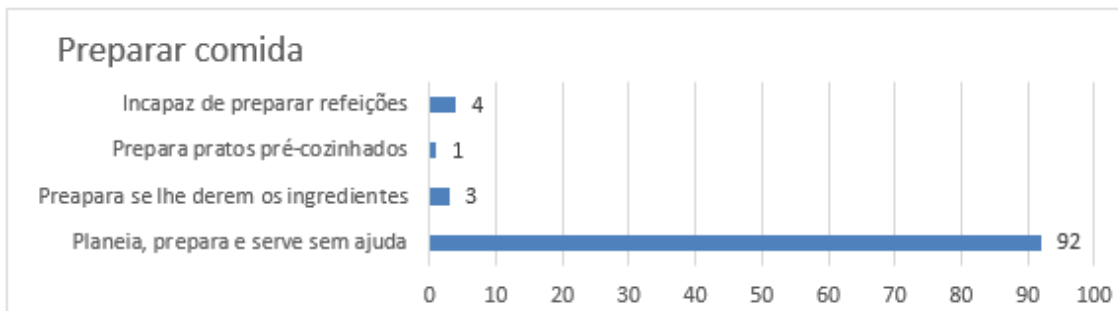
No que toca à variável Lavar a roupa, 85% refere ser responsável por esta tarefa, enquanto 11% admite lavar apenas pequenas peças, ao passo que, 4% da amostra refere ser incapaz de lavar a roupa.

Gráfico 21 - Capacidade funcional para lavar a roupa



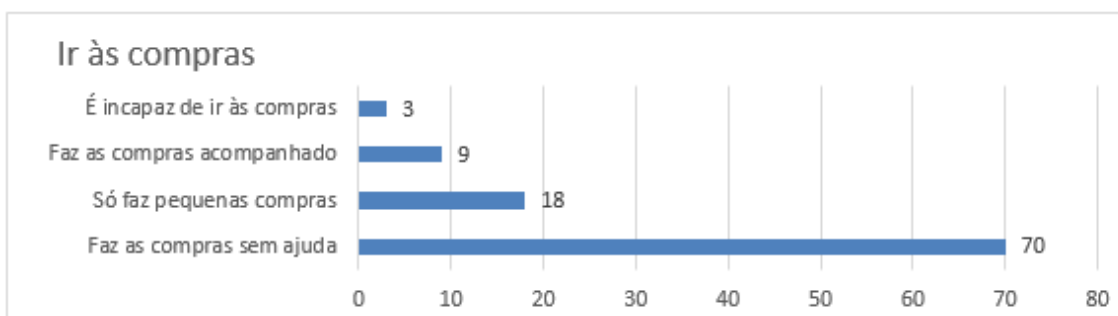
Quando avaliada a Preparação de comida, 92% da amostra prepara e serve sem ajuda, 3% prepara se lhe derem os ingredientes, e 1% apenas prepara pratos pré-cozinhados. Por fim, os restantes 4% referem incapacidade para preparar refeições.

Gráfico 22 - Capacidade funcional para preparar a comida



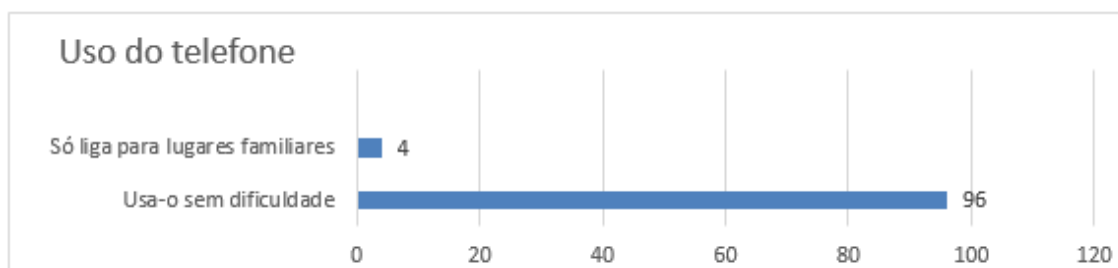
Ao avaliar a ida às Compras, 70% afirma fazer compras sem ajuda, enquanto 18% só faz pequenas compras, ao passo que, 9% faz compras acompanhado e apenas 3% da amostra se revela incapaz de ir às compras.

Gráfico 23 - Capacidade funcional para ir às compras



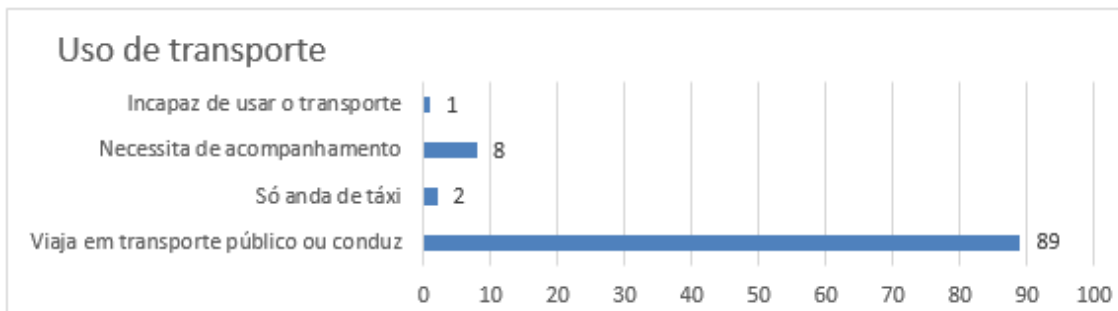
No Uso do telefone a mostra revela que 96% usa o telefone sem dificuldade e apenas 4% só liga para lugares familiares.

Gráfico 24 - Capacidade Funcional para o uso do telefone



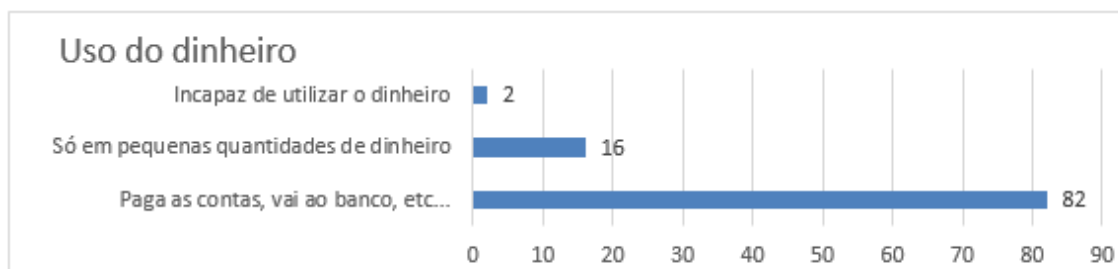
O Uso do Transporte revela que 89% da amostra utiliza transportes públicos ou conduz, 2% afirma só andar de táxi, 8% afirma necessitar de acompanhamento e apenas 1% revela ser incapaz de usar transporte.

Gráfico 25 - Capacidade Funcional para o uso do Transporte



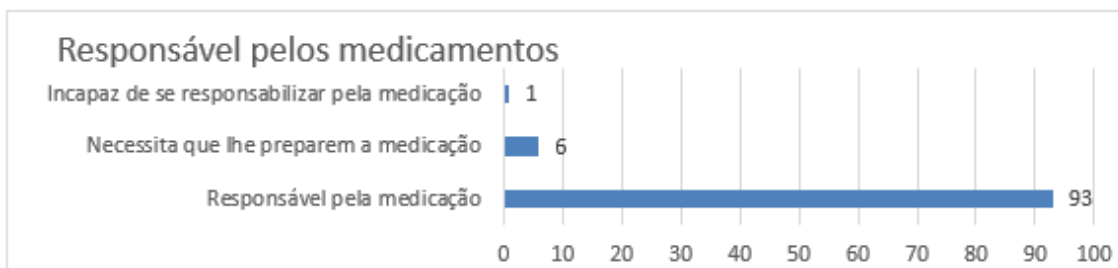
No que se refere ao uso do dinheiro, 82% da amostra (paga as contas, vai ao banco, etc...), 16% só utiliza pequenas quantidades de dinheiro e apenas 2% se revela incapaz de utilizar o dinheiro.

Gráfico 26 - Capacidade Funcional para o uso do dinheiro



Ao avaliar a responsabilidade pela medicação obteve-se 93% da amostra responsável pela medicação, 6% necessita que lhe preparem a medicação e apenas 1% da amostra admite ser incapaz de se responsabilizar pela medicação.

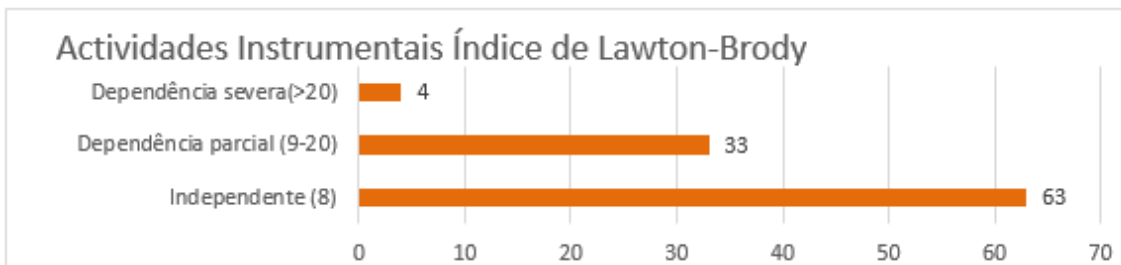
Gráfico 27 - Capacidade Funcional na Responsabilidade pela medicação



Assim, após esta avaliação funcional da amostra através do Índice de LAWTON-BRODY-Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) (Adaptado por Sequeira, 2007), obteve-

se 63% da amostra independente, 33% com dependência parcial e com dependência severa 4% da amostra.

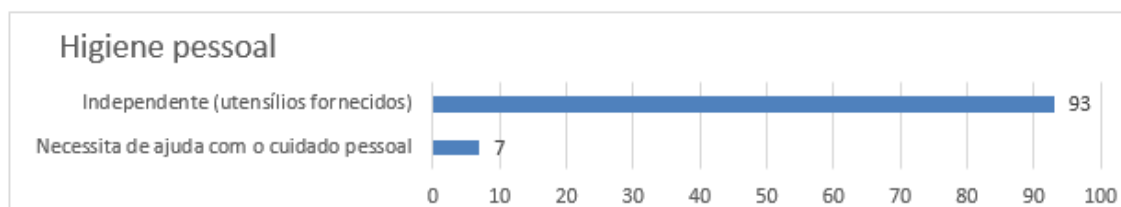
Gráfico 28 - Avaliação Funcional da amostra através do Índice de LAWTON-BRODY



Atividades de Vida Diária:

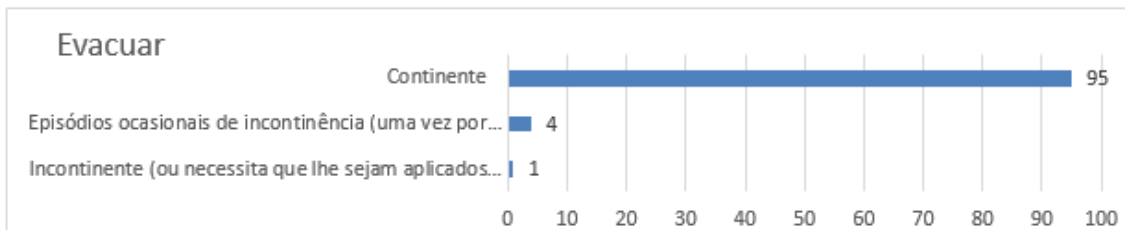
Relativamente às Atividades de Vida Diária, uma das variáveis foi a Higiene Pessoal e para esta variável obteve-se 93% da amostra independente (com utensílios fornecidos), e 7% necessita de ajuda com o cuidado pessoal.

Gráfico 29 - Higiene Pessoal



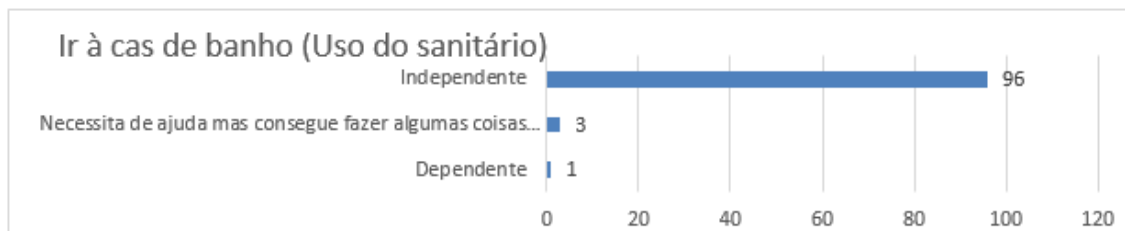
No que respeita ao Evacuar, 95% da amostra revela-se continente, 4% da amostra admite ter episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) e apenas 1% da amostra refere incontinência ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres. Por outro lado, ao avaliar a variável Urinar, a amostra apresenta-se com 98% dos indivíduos continentemente, ao mesmo tempo que 25% da amostra admite episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas).

Gráfico 30 - Evacuar



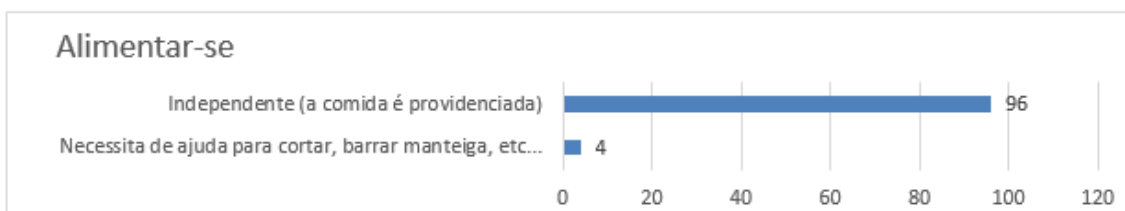
Já no Ir à casa de banho (Uso do sanitário), encontra-se 1% da amostra com dependência, 3% da amostra necessita de ajuda e os restantes 96% afirmam ser independentes para esta variável.

Gráfico 31 - Ir à casa de banho



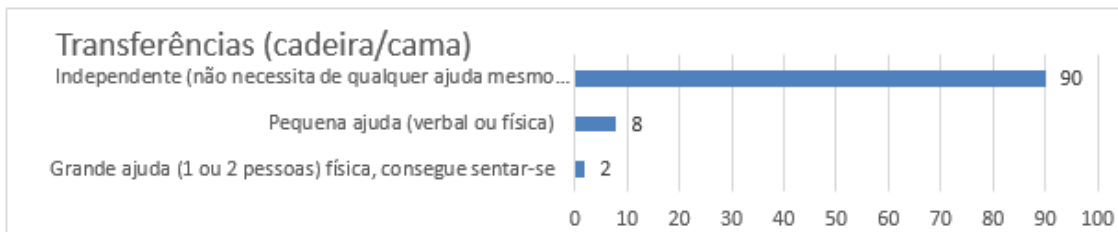
Na avaliação da variável Alimentar-se, 96% da amostra apresenta-se como independente, sendo que, 4% admite necessitar de ajuda, por exemplo para cortar, barrar manteiga, etc.

Gráfico 32 - Alimentar-se



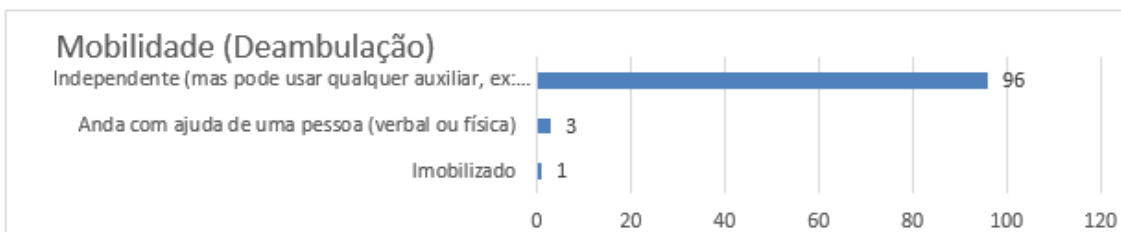
Para as transferências (cadeira/cama), a necessitar de grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se, encontra-se apenas 2% da amostra, enquanto com 8% encontram-se idosos a necessitar de pequena ajuda (verbal ou física), sendo que 90% da amostra diz ser independente.

Gráfico 33 - Transferências



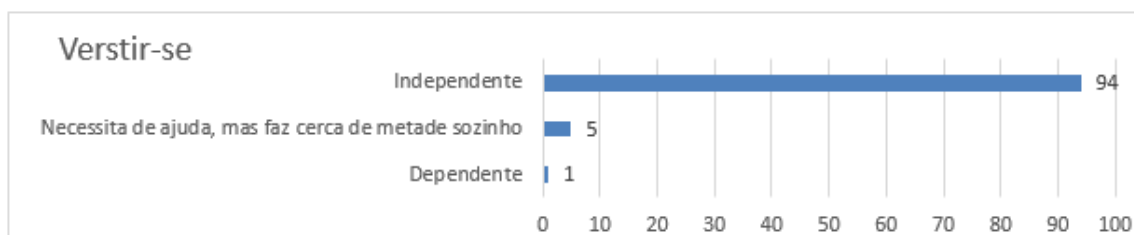
Relativamente à variável Mobilidade (Deambulação), a amostra encontra-se independente em 96% dos casos, mesmo que utilize qualquer auxiliar como por exemplo: bengala. A necessitar de pequena ajuda (verbal ou física) 3% da amostra, e apenas 1% se encontra imobilizado.

Gráfico 34 - Mobilidade



Um outro parâmetro a avaliar é Vestir-se. Para esta variável 94% da amostra é considerada independente, por outro lado 5% necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sozinho e apenas 1% se encontra dependente.

Gráfico 35 - Vestir-se



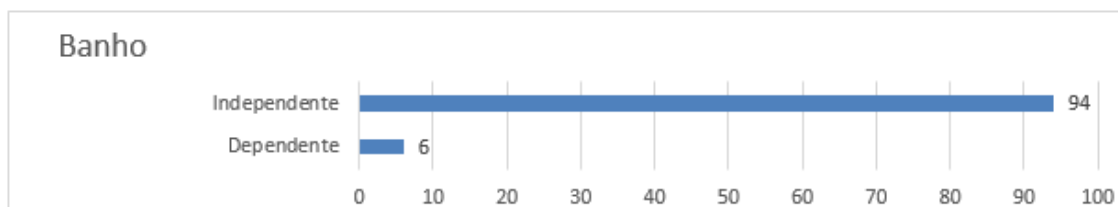
No Uso das escadas, 94% da amostra é independente podendo ter o uso de corrimão ou outro dispositivo, por exemplo moleta ou bengala. Com 5% da amostra encontram-se idosos a necessitar de ajuda (verbal ou física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão e apenas 1% da amostra se mostra incapaz.

Gráfico 36 - Uso das escadas



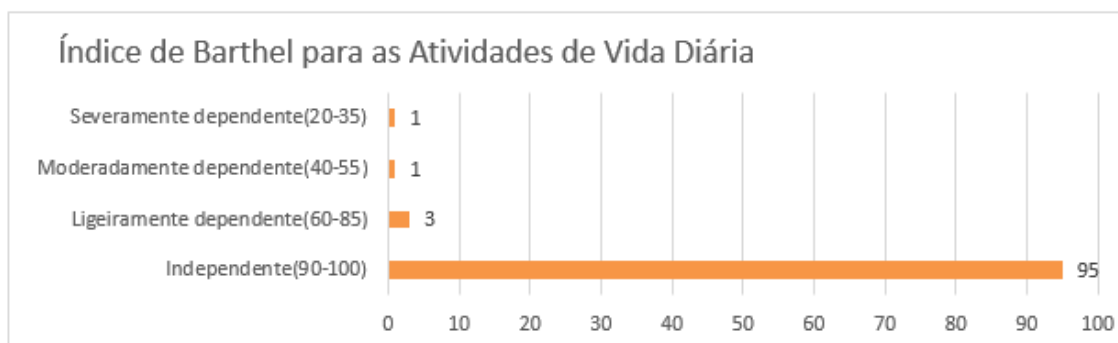
Por fim, no que se refere ao Banho, 6% da amostra é classificada como dependente, enquanto 94% é independente.

Gráfico 37 - Banho



Na avaliação das Atividades da Vida Diária (AVD's) foi utilizado o Índice de Barthel; a amostra apresenta-se como independente em 95% dos casos, ligeiramente dependente em 3%, enquanto apenas com 1% encontramos indivíduos moderadamente e severamente dependentes

Gráfico 38 - Índice de Barthel para as atividades de Vida Diária



## 7.1.2 Análise Inferencial das variáveis ordinais

### Testes Não Paramétricos - Correlação Rho Spearman

Através da Análise Inferencial das variáveis da amostra recolhida, observa-se que:

- À medida que aumenta a idade, diminui a capacidade cognitiva (Rho Spearman: -0,645;  $p < 0,001$ ).
- À medida que a idade aumenta, aumenta a complexidade do regime medicamentoso (Rho Spearman: 0,198;  $p = 0,049$ ).
- À medida que a idade aumenta, menor é a capacidade para realizar as AIVD's (Rho Spearman: 0,290;  $p = 0,003$ ).
- Quanto menor a capacidade cognitiva, maior é o consumo de fármacos (Rho Spearman: -0,221;  $p = 0,027$ ).
- Quanto menor a capacidade cognitiva, maior é a complexidade do regime medicamentoso (Rho Spearman: 0,198;  $p = 0,049$ ).
- Quanto menor a capacidade cognitiva, menor é a capacidade para realizar as AIVD's (Rho Spearman: -0,299;  $p = 0,003$ ).
- Quanto maior é o consumo de fármacos maior é o número de prescritores (Rho Spearman: 0,499;  $p < 0,001$ ).
- Quanto maior é o consumo de fármacos, maior é a complexidade do regime medicamentoso (Rho Spearman: 0,948;  $p < 0,001$ ).
- Quanto maior é o consumo de fármacos, maior são as crenças acerca dos medicamentos (Rho Spearman: -0,333;  $p = 0,001$ ).
- Quanto maior é a dependência nas AIVD's, maior é o consumo de fármacos (Rho Spearman: 0,476;  $p < 0,001$ ).
- Quanto maior é a dependência nas AVD's, maior é o consumo de fármacos (Rho Spearman: -0,280;  $p = 0,005$ ).
- Quanto maior é o número de prescritores, maior é a complexidade do regime medicamentoso (Rho Spearman: 0,459;  $p < 0,001$ ).

- Quanto maior é o número de prescritores, menor é a adesão ao regime de tratamento (Rho Spearman: -0,221;  $p=0,027$ ).
- O número de prescritores aumenta, à medida que diminui a capacidade para realizar as AIVD's (Rho Spearman: 0,342;  $p<0,001$ ).
- Quanto maior é a complexidade do regime medicamentoso, maiores são as crenças acerca dos medicamentos (Rho Spearman: -0,301;  $p=0,002$ ).
- Quanto maior a dependência nas AIVD's, maior é a complexidade do regime medicamentoso (Rho Spearman: 0,506;  $p<0,001$ ).
- Quanto maior a dependência nas AVD's, maior é a complexidade do regime medicamentoso (Rho Spearman: -0,337;  $p=0,001$ ).
- Quanto maior a dependência nas AIVD's, maior é a crença no regime medicamentoso (Rho Spearman: -0,204;  $p=0,041$ ).
- Quanto maior a dependência nas AIVD's, maior é a dependência nas Atividades de Vida Diária (Rho Spearman: -0,516;  $p<0,001$ ).

### **Testes Não Paramétricos - Correlação Mann-Whitney**

O Teste de Mann-whitney para amostras independentes permite-nos acrescentar que:

- Quanto maior o número de fármacos ( $p=0,003$ ), a complexidade medicamentosa ( $p<0,001$ ), a dependência nas AIVD's ( $p<0,001$ ) e nas AVD's ( $p<0,001$ ), maior é a dificuldade em abrir as embalagens.
- Quanto maior é a idade ( $p=0,002$ ), o número de fármacos ( $p<0,001$ ), o número de prescritores, a complexidade medicamentosa ( $p<0,001$ ), a dependência nas AIVD's ( $p<0,001$ ), a dependência nas AVD's ( $p<0,001$ ) e menor é a capacidade cognitiva ( $p=0,002$ ), maior é a dificuldade em ler o que está escrito nas embalagens.
- Quanto maior o número de fármacos ( $p=0,003$ ), a complexidade medicamentosa ( $p<0,001$ ), a dependência nas AIVD's ( $p=0,001$ ) e a dependência nas AVD's ( $p<0,001$ ) maior é a dificuldade em perceber qual e como deve tomar o fármaco.

- Quanto maior é o número de fármacos ( $p=0,017$ ), a complexidade medicamentosa ( $p<0,001$ ), a dependência nas AIVD's ( $p=0,001$ ) e a dependência nas AVD's ( $p=0,002$ ), maior é a dificuldade em tomar os fármacos.
- Quanto maior é o número de fármacos ( $p=0,018$ ), a complexidade medicamentosa ( $p=0,002$ ), a dependência nas AIVD's ( $p<0,001$ ), a dependência nas AVD's ( $p=0,013$ ), maior é a dificuldade em tomar a medicação a horas.
- Quanto maior é o número de fármacos ( $p<0,001$ ), o número de prescritores ( $p=0,001$ ), a complexidade medicamentosa ( $p<0,001$ ), a dependência nas AIVD's ( $p<0,001$ ) e a dependência nas AVD's ( $p<0,001$ ), maior é a dificuldade em deslocar-se até à farmácia.
- Quanto maior é a idade ( $p=0,002$ ), o défice cognitivo ( $p=0,006$ ), o número de fármacos ( $p=0,001$ ), o número de prescritores ( $p=0,008$ ), a complexidade medicamentosa ( $p=0,002$ ), a dependência nas AIVD's ( $p=0,016$ ) e menor é a adesão ao regime de tratamentos ( $p=0,005$ ), maior é a dificuldade em ter o dinheiro para comprar a medicação.
- Quanto maior é o número de fármacos ( $p<0,017$ ), a complexidade medicamentosa ( $p<0,001$ ) e a dependência nas AVD's ( $p=0,001$ ), maior é a dificuldade em cumprir com o horário das tomas. Ao mesmo tempo afirma-se que quanto maior é o número de fármacos ( $p=0,013$ ), a complexidade medicamentosa ( $p=0,001$ ), e a dependência nas AVD's ( $p=0,002$ ), maior é a dificuldade em lembrar quando chega a hora.
- Quanto maior é o número de fármacos ( $p=0,015$ ), a complexidade medicamentosa ( $p=0,003$ ) e a dependência nas AIVD's ( $p=0,016$ ), maior é a dificuldade em organizar para tomar fora de casa.

COM BASE NOS TESTES, E ATRAVÉS DA ANÁLISE DOS RESULTADOS E DAS RELAÇÕES ACIMA OBTIDAS, PODEMOS INFERIR QUE:

- Praticamente 53% dos indivíduos vive com o cônjuge; 37% vive sozinho;
- 48% da amostra afirma não ter dinheiro suficiente para as necessidades de saúde;
- 39% da amostra afirma ter um rendimento familiar inferior ao rendimento mínimo;
- 30% da amostra refere dificuldade em ter dinheiro para comprar a medicação;

O que nos permite concluir que o principal fator limitador é a situação económica dos indivíduos, associada em muitos casos ao contexto de vida "a sós". Estas ideias corroboram os resultados de um estudo realizado em 2009 na UCC de Campanhã pela UCP e FPS, que revelou:

- que as pessoas idosas não tinham dinheiro para adquirir os fármacos;
- que nos agregados familiares que apresentam maior risco de pobreza, (sendo que, segundo o INE, por taxa de risco de pobreza entende-se que seja a proporção da população cujo rendimento equivalente se encontra abaixo da linha de pobreza definida como 60% do rendimento mediano por adulto equivalente) se destaca, em segundo lugar o grupo dos idosos que vivem sós. (FPS, 2009)

AINDA COM BASE NOS TESTES, PODEMOS INFERIR QUE:

- 29% da amostra afirma não conhecer o fármaco e 76% afirma não possuir suporte escrito;
- Ao nível de confiança de 95%; o número de fármacos situa-se num intervalo de 3 a 9 unidades;

Tendo por base os testes não paramétricos – correlação Rho Spearman, pode afirmar-se que à medida que aumenta a idade, diminui a capacidade cognitiva, aumenta a dependência e aumenta o consumo do número de fármacos. Deste modo, deveria diminuir a complexidade do regime medicamentoso, o que não se

verifica, através dos resultados acima descritos, já que a média de fármacos encontrada foi de  $5,7 \pm 2,8$ .

- A cognição surge também como “handicap”, traduzida pelos:
  - ✓ 15% da amostra que revela dificuldade em ler as embalagens;
  - ✓ 11% da amostra que revela dificuldade em lembrar quando chega a hora;
  - ✓ 7% da amostra que revela dificuldade em organizar para tomar fora de casa;
  - ✓ 6% da amostra que revela dificuldade em perceber qual e como deve tomar o fármaco.

No presente estudo, a realidade constatada através dos testes não paramétricos – Rho Spearman, revela que, quanto maior a idade, maior a dependência e por sua vez menor a capacidade cognitiva.

Mais uma vez, estas conclusões aproximam-se dos resultados obtidos por um estudo elaborado em Portugal nos anos de 2000/01, com uma amostra representativa da população idosa, com mais de 75 anos, na qual 10,2% dos inquiridos apresentavam dificuldades cognitivas. (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003).

- A perda de mobilidade surge como terceiro fator limitando a capacidade de adquirir os fármacos na farmácia:
  - ✓ 14% da amostra refere dificuldade em deslocar-se até à farmácia;
  - ✓ 10% da amostra refere dificuldade em abrir/fechar as embalagens;
  - ✓ 4% da amostra refere dificuldade em renovar a medicação.

Segundo os dados obtidos:

- 37% da amostra apresenta algum grau de dependência, sendo que, à medida que a idade aumenta, diminui a capacidade cognitiva e aumenta a dependência. Neste sentido, pode afirmar-se que, deveria aumentar o suporte social, o que

não se verifica nos resultados obtidos através da análise inferencial fornecida pelos testes não-paramétricos – Correlação Rho Spearman.

As gerações mais velhas são mais numerosas e atingem idades mais avançadas, logo surgirá um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência, que mais cedo ou mais tarde irão necessitar de apoio familiar, social e de saúde. A prevalência de doenças crónicas e a longevidade atual em Portugal são as principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades. (Montezuma, Freitas, & Monteiro, 2008)

## 8. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Na metodologia do Planeamento em Saúde surge como segunda fase a Definição de Prioridades. Esta surge de uma necessidade de planeamento, onde perante a pertinência de problemas levantados e tendo em mente uma utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a atingir, é necessário proceder a uma priorização de problemas, no sentido de definir quais os que se devem tentar solucionar primeiro. (Tavares, 1990)

Do estudo prático, transparecem diversos problemas. De entre estes foca-se uma necessária fase de promoção da gestão e adesão ao regime medicamentoso. O estudo, estabelece problemas, que quando se observam presentes num determinado indivíduo, definem uma situação de atenção: por exemplo, isolamento associado a condições económicas precárias e elevado nível de dependência constitui uma situação crítica, urgente, sobre a qual é essencial intervir.

<b>PROBLEMAS</b>
<b>Regime medicamentoso complexo</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 76% dos idosos não possui qualquer suporte escrito sobre a medicação</li><li>- 10% dos idosos sente dificuldade em abrir/fechar embalagens</li><li>- 11% dos idosos apresenta dificuldade em se lembrar quando chega a hora da toma da medicação</li></ul>
<b>Capacidade diminuída para gerir o regime medicamentoso</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 10% dos idosos sente dificuldade em abrir/fechar embalagens</li><li>- 15% dos idosos apresentam dificuldade em ler o que está escrito nas embalagens</li><li>- 11% dos idosos apresenta dificuldade em se lembrar quando chega a hora da toma da medicação</li><li>- 7% dos idosos apresenta dificuldade em organizar a terapêutica para tomar fora de casa</li><li>- 6% dos idosos necessita que lhe preparem a medicação e 1% é incapaz de se responsabilizar pela medicação</li></ul>

<b>Atitude dificultadora face ao regime medicamentoso</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 3% dos idosos refere sentir dificuldades na toma dos fármacos</li><li>- 4% dos idosos apresenta dificuldade em renovar a medicação a tempo</li><li>- 14% dos idosos apresenta dificuldades para se deslocar até uma farmácia</li></ul>
<b>Défi ce de conhecimentos face ao regime medicamentoso</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 27% dos idosos já não conhece o fármaco e 2% nunca conheceram</li><li>- 6% dos idosos admite ter dificuldades em perceber qual e como deverá tomar o fármaco</li></ul>
<b>Disponibilidade para capacidade para gerir o regime</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 76% dos idosos não possui qualquer suporte escrito sobre a sua medicação</li></ul>
<b>Não adesão ao regime medicamentoso</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 3% dos idosos refere sentir dificuldades na toma dos fármacos</li></ul>
<b>Conhecimento sobre a medicação não demonstrado</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 27% dos idosos já não conhece o fármaco e 2% nunca conheceram</li></ul>
<b>Conhecimento sobre o regime medicamentoso não demonstrado</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 6% dos idosos admite ter dificuldades em perceber qual e como deverá tomar o fármaco</li></ul>

**Quadro 11: identificação dos Problemas nos Utentes Idosos da UCC de Campanhã – ACES Porto- Oriental**

Após a conclusão do Diagnóstico de Saúde e encontrados os problemas, foi decidido por unanimidade com o Professor Armando e a Enfermeira Vitória, ficou decidido que, os problemas identificados com a aplicação do Diagnóstico, seriam englobados em dois Diagnósticos major, sendo eles: a Adesão ao Regime Medicamentoso e a Gestão do Regime Medicamentoso. Toda a nossa intervenção, recaiu portanto sobre estes dois Diagnósticos.

## 9. CONCLUSÃO

A realização deste trabalho constituiu uma oportunidade de aprendizagem muito significativa no nosso percurso enquanto enfermeiros, pelo desenvolvimento de um conjunto de competências na área de Enfermagem Comunitária.

Após a conclusão deste trabalho, podemos afirmar que aprofundamos conhecimentos na área de Planeamento em Saúde. Na atualidade, a expressão “escassez de recursos” é uma constante, contudo um correto planeamento de atividades, estabelecimento de prioridades e seleção de recursos disponíveis, permite-nos otimizar a prestação de cuidados de saúde. Desta forma a conjugação da eficácia e eficiência farão sentido e contribuirão para o atingimento de objetivos e indicadores que tornem visíveis o trabalho dos enfermeiros e que possam ser traduzidos em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, tendo sempre como foco de atenção o utente / família / comunidade.

Finalizada esta primeira etapa do processo de Planeamento em Saúde - Diagnóstico de Situação, podemos afirmar que seguimos todas as etapas do planeamento e pressupostos de investigação. Planeamos, executamos e avaliamos os resultados com o rigor científico exigível com vista a identificar necessidades numa amostra da comunidade.

Como principais dificuldades salientamos o tempo de estágio previsto que nos obrigou a um planeamento e estabelecimento de prioridades bastante criterioso, para que pudéssemos cumprir as exigências do Plano de Estudos. Também a elaboração do instrumento de colheita de dados se revelou bastante trabalhosa. Relativamente à sistematização de ideias e organização do trabalho, julgamos que os obstáculos foram superados. Outro obstáculo surgiu relativamente ao tratamento de dados, devido à falta de experiência e conhecimentos nesta área.

Relativamente aos objetivos traçados para este Estágio, consideramos que de um modo geral foram globalmente atingidos.

Podemos concluir deste modo que, é preciso que nós Enfermeiros, ultrapassemos as limitações de recursos, problemas ou condições precárias do sistema de saúde e que tenhamos a crença de poder modificar hábitos e atitudes erróneas, levando o indivíduo cada vez a uma maior autonomia nas suas escolhas numa perceção crítica utilizando a educação em saúde e as intervenções com vista ao aumento de uma Gestão do Regime Medicamentoso eficaz, como estratégias para aumentar a qualidade de vida da nossa população idosa.

## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde / INE. (2009). Relatório Morbilidade 2009 / ACES Porto. ACSS/INE.
- Apóstolo, J. (2009). Instrumentos para avaliação em geriatria (Tese). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados (59-66). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.
- Bastos, F. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2 : Participação das esposas no plano educacional*. Porto: Universidade do Porto. Reitoria.
- Blaschke, T., & Osterberg, L. (2005). *Drug Therapy: Adherence to Medication*. Palo Alto, California, E.U.A.: Stanford Publications.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para Aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A., & Sacadura, M. J. (2012). *O envelhecimento da população: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Ciências Humanas.
- Direcção Geral de Saúde. (2005). *Relatorios 2005 - morbilidade*. Obtido de [www.dgsaude.min-saude.pt/](http://www.dgsaude.min-saude.pt/)
- Direcção Geral de Saúde. (2014). *Plano Nacional da Saúde 2004-2010*. Obtido em 2014, de [www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html)
- Figueiras, M. (2006). *Psicologia da doença vs. Psicologia da saúde: A relevância dos modelos de senso-comun*. Coimbra: In Leal, Perspectivas em psicologia da Saúde.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. França: Décarie Editeur.
- FPS, F. P. (2009). *Porto Solidário - Diagnóstico Social do Porto*. Porto.
- Governo Constitucional - Portaria da republica - nº 273/2009 - 18 de março. (2009). Portaria da republica - nº 273/2009 - 18 de março. Lisboa: Diário da Republica.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M. A., Leitão, O., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa na tradução da "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 9-10.

- Henriques, M. A. (2011). Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade - Eficácia das intervenções de enfermagem (Tese). Lisboa: Universidade de Lisboa / Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1982). *Métodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa: Obras Avulsas.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde- Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: 3ª edição Escola Nacional de Saúde Pública .
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *www.ine.pt*. Obtido de *www.ine.pt*
- International Council of Nurses. (2005). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Genebra (Suíça): International Council of Nurses.
- Konkle, & Parker. (February de 2001). *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 13(2).
- Levy, R. L., & Feld, A. D. (1999). *Increasing patient adherence to gastroenterology treatment and prevention regimens*. Seattle, Washington, E.U.A.: American Journal of Gastroenterology.
- Lima, M. L., & Delgado, A. B. (2001). *Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos*. Lisboa: Departamento de Psicologia Social e das Organizações, ISCTE.
- Maia, L., Matos, M., Correia, C., Machado, N., & Silva, C. F. (2004). Screening cognitivo através do MMSE em 82 idosos institucionalizados de duas dependências da Santa Casa da Misericórdia do Fundão – Cova da Beira. Aveiro: Universidade da Beira Interior: Universidade de Aveiro.
- Melchior, A., & Fernandez-Llimós, F. (2007). Instrumentos específicos: Índice de complexidade medicamentosa. Brasil: Cadernos da Saúde Pública.
- Ministério da Saúde - Decreto-Lei nº 101/2006. (6 de 6 de 2006). Noção de dependência. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (8 de Novembro de 1991). Carreira de Enfermagem. *Decreto Lei nº437/91*.
- Ministério da Saúde. (2014). *webmortalidades - Diagnóstico de situação de Saúde*. Obtido em 2014
- Montezuma, C. A., Freitas, M. C., & Monteiro, A. R. (2008). *A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso*. Revista eletrônica de enfermagem.

- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2010). *Relatório Primavera 2010*. Lisboa: [www.observaport.org](http://www.observaport.org).
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Lisboa.
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Relatório 2003*. Genebra, Suíça: World Health Organization Publications.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Relatório 2003*. Genebra, Suíça: World Health Organization Publications.
- Ownby, R. L., Herzog, C., Crocco, E., & R. Duara. (2006). *Factores related to medication adherence in memory disorder clinic patients*. PMC - U.S. National Library of Medicine: Aging Ment Health.
- Palma, C. M. (2012). O enfermeiro como gestor do regime medicamentoso do idoso. Beja: Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde de Beja.
- Pereira, M. G., & Silva, N. S. (1999). Escala de atitudes face aos medicamentos (347-351). Avaliação Psicológica: Formas e Contexto.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas 3ª edição.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Simões, A. M. (2012). Bem nascer, Melhor crescer (Tese). Beja: Instituto Politécnico de Beja.
- Sorensen, & Luckmann. (1998). *Enfermagem fundamental-Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa*. Revista de Saúde Pública.
- Stefanelli, M. C. (1990). *Comunicação em Enfermagem: teoria, ensino e pesquisa*. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP.
- Tavares, A. B. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde (Caderno de Formação)*. Lisboa: Ministério da Saúde - Direcção dos Recursos Humanos.
- Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Wray, J., & Dobbels, F. (2009). *Nonadherence Consensus Conference Summary*. Tampa, Florida, E.U.A.: Wiley Periodical Inc.



## ANEXO I - ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS

<b>Estatísticas descritivas</b>					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	100	65	95	74,94	6,618
Género	100				
Estado civil	100				
Escolaridade	100				
Vive com	100				
Rendimento familiar	100				
Dinheiro suficiente para as necessidades de saúde	100				
Mini-Exame do estado Mental- Score	100	24	30	28,73	1,332
Mini-Exame do estado Mental	100				
Nº de fármacos	100				
Nº de prescritores	100				
Conhece o fármaco	100				
Suporte escrito	100				
Quem prepara	100				
Quem gere a medicação	100				
Índice de complexidade medicamentosa- score	100	4	126	30,46	19,545
Dificuldade em abrir/fechar embalagens	100				
Dificuldade em ler as embalagens	100				
Dificuldade em perceber qual e como deve tomar o fármaco	100				
Dificuldade em tomar o fármaco	100				
Dificuldade em renovar a medicação a tempo	100				
Dificuldade em deslocar-se até à farmácia	100				
Dificuldade em ter dinheiro para comprar a medicação	100				
Dificuldade em cumprir o horário das tomas	100				
Dificuldade em lembrar quando chega a hora	100				
Dificuldade em organizar para tomar fora de casa	100				
Crenças acerca dos medicamentos - score	100	16	41	27,99	5,626
Medida de Adesão aos tratamentos- Score	100	31	48	39,19	2,997
Cuidar da casa	100				
Lavar a roupa	100				
Preparar comida	100				
Ir às compras	100				
Uso do telefone	100				

Uso de transporte	100				
Uso do dinheiro	100				
Responsável pelos medicamentos	100				
Atividades Instrumentais Índice de Lawton-Brody- Score	100	8	25	9,74	3,606
Atividades Instrumentais Índice de Lawton-Brody	100				
Higiene pessoal	100				
Evacuar	100				
Urinar	100				
Ir à casa de banho (Uso do sanitário)	100				
Alimentar-se	100				
Transferências (cadeira/cama)	100				
Mobilidade (Deambulação)	100				
Verstir-se	100				
Escadas	100				
Banho	100				
Índice de Barthel para as Atividades de Vida Diária- Score	100	20	100	96,90	11,005
Índice de Barthel para as Atividades de Vida Diária	100				
N válido (de lista)	100				



**ANEXO II – Formulário (ANEXO III DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO)**



**ANEXO III - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS:**  
**FORMULÁRIO**





Este Formulário destina-se a recolher informação acerca da Gestão do Regime Terapêutico em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, na área abrangida pela Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanhã, inserido num estudo de âmbito académico para o Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa em parceria com a Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanhã.

O tratamento dos resultados deste questionário será confidencial.

**Código:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dados pessoais:**

1- Idade:

\_\_\_\_\_ (anos)

2- Género:

1-Masculino

2-Feminino

3- Estado Civil:

1-Solteiro

2-Casado/União de facto

3-Divorciado

4-Viúvo

4- Escolaridade:

1-Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever  2-Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever  3-Frequentou a escola, mas não completou a 4ª classe  4-Fez exame da 4ª classe  5- Completou o 9º ano, antigo 5º ano (curso geral do liceu/curso industrial/outro equivalente)  6- Completou o antigo 7º ano (curso complementar do liceu)  7-Completou o ensino superior  8- Nível de ensino completado na idade adulta, ex. programa novas oportunidades (especifique)

5- Vive com:

1-Cônjuge

2-Familiares diretos

3-Sozinho

4-Outros

\_\_\_\_\_

6- Qual o montante do rendimento familiar?

1-Inferior ao rendimento mínimo

2-Superior ao rendimento mínimo

7- Considera que o dinheiro que recebe chega para as suas necessidades de saúde?

1-Sim  2-Não



Mini-Exame do estado mental (Adaptado por Guerreiro M, 2003)		Parcial	Total
<b>Orientação</b> 1 ponto por cada resposta correta	Em que ano estamos?		
	Em que mês estamos?		
	Em que dia do mês estamos?		
	Em que dia da semana estamos?		
	Em que estação do ano estamos?		
	Em que país estamos?		
	Em que distrito vive?		
	Em que terra vive?		
	Em que casa estamos?		
	Em que andar estamos?		
<b>Retenção</b> 1 ponto por cada palavra corretamente repetida	“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor.” <b>Pera + Gato + Bola</b>		
<b>Atenção e cálculo</b> 1 ponto por cada resposta correta.	“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar” 30__27__24__21__18__15__		
<b>Evocação</b> 1 ponto por cada resposta correta	“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi a pouco para decorar” <b>Pera + Gato + Bola</b>		
<b>Linguagem</b> 1 ponto por cada resposta correta	1- “Como se chama isto” <b>Mostrar os objetos: Relógio + Lápis</b>		
	2- “Repita a frase que eu vou dizer: <b>O RATO ROEU A ROLHA</b> ”		
	3- “Quando eu lhe der esta <b>folha</b> , pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”) Pega com a mão direita + Dobra ao meio + Coloca onde deve		
	4-“Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “ <b>FECHE OS OLHOS</b> ”; sendo analfabeto lê-se a frase.		
	5-“ <b>Escreva uma frase</b> inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.		
<b>Habilidade construtiva</b> 1 ponto pela copia correta	<b>Deve copiar um desenho.</b> Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.		
		<b>8 - Pontuação final</b>	
<b>SCORE</b>		<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	
<b>27-30</b>		<b>Efetivamente normal</b>	
<b>20-26</b>		<b>Disfunção cognitiva</b>	
<b>10-19</b>		<b>Disfunção cognitiva moderada a severa</b>	
<b>&lt; 10</b>		<b>Disfunção cognitiva muito severa</b>	
<p><b>Nota:</b> Consideram-se com defeito cognitivo:  <b>Idosos analfabetos com pontuação &lt; = 15 pontos</b>  <b>Idosos com 1 a 11 anos de escolaridade com pontuação &lt; = 22</b>  <b>Idosos com escolaridade superior a 11 anos com pontuação &lt; = 27</b></p>			



**Regime Medicamentoso**

Nome do fármaco	Quem prescreveu	11-Conhece o fármaco?	Via/ dosagem fórmula	Horário	12-Suporte escrito?	Instruções Adicionais (segundo Índice Complexidade Fármacos)	13-Quem prepara?	14-Quem gere a medicação?	
1-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca soube			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	
2-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	
3-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	
4-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	
5-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	
6-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	
7-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	
8-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	
9-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	
10-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	
11-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	
12-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	
13-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	
9-Nº de fármacos__	10-Nº de prescritores__	15-Índice de complexidade medicamentosa (Melchior, Correr e Fernández-Llimos, 2007) - Pontuação							



Relativamente aos medicamentos que toma, quais são as suas principais dificuldades	1-Sim	2-Não	Fármacos
<b>16-Abrir ou fechar as embalagens</b>	1	2	
<b>17-Ler o que está escrito na embalagem</b>	1	2	
<b>18-Perceber qual e como deve tomar o fármaco</b>	1	2	
<b>19-Tomar o fármaco (sabor, tamanho, forma de aplicar)</b>	1	2	
<b>20-Renovar a medicação a tempo (ir ao médico)</b>	1	2	
<b>21-Deslocar-se até à farmácia para comprar</b>	1	2	
<b>22-Ter dinheiro para comprar a medicação</b>	1	2	
<b>24-Cumprir com o horário das tomas</b>	1	2	
<b>25-Lembrar quando chega a hora</b>	1	2	
<b>26-Organizar para tomar fora de casa (não planeou)</b>	1	2	

Escala de Crenças acerca dos Medicamentos (Horne, Weinman & Hankins, 1997). (Versão Portuguesa de M. Graça Pereira & N. Sofia Silva, 1999.)					
	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo	Discordo	Discordo totalmente
1. Neste momento a minha saúde depende de medicamentos	1	2	3	4	5
2. Ter que tomar medicamentos preocupa-me	1	2	3	4	5
3. A minha vida seria impossível sem medicamentos	1	2	3	4	5
4. Sem medicamentos eu estaria muito doente	1	2	3	4	5
5. Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo	1	2	3	4	5
6. Os meus medicamentos são um mistério para mim	1	2	3	4	5
7. A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos	1	2	3	4	5
8. Os meus medicamentos desorganizam a minha vida	1	2	3	4	5
9. Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos meus medicamentos	1	2	3	4	5
10. Os meus medicamentos impedem que eu fique pior	1	2	3	4	5
<b>27- Score final da Escala de crenças</b>					

Medida de adesão aos tratamentos - MAT (Delgado e Lima, 2001)						
1 - Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
2 - Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
3 - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
4 - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
5 - Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
6 - Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
7 - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
					<b>28 - Pontuação final</b>	



**Capacidade Funcional**

**Índice de Lawton-Brody – Atividades Instrumentais de Vida Diária (Adaptado por Sequeira, 2007)**

<b>29 - Cuidar da casa</b>	Cuida da casa sem ajuda - <b>1 ponto</b> Faz tudo exceto o trabalho pesado - <b>2 pontos</b> Só faz tarefas leves - <b>3 pontos</b> Necessita de ajuda para todas as tarefas - <b>4 pontos</b> Incapaz de fazer qualquer tarefa - <b>5 pontos</b>	
<b>30 - Lavar a roupa</b>	Lava a sua roupa - <b>1 ponto</b> Só lava pequenas peças - <b>2 pontos</b> É incapaz de lavar a roupa - <b>3 pontos</b>	
<b>31 - Preparar comida</b>	Planeia, prepara e serve sem ajuda - <b>1 ponto</b> Prepara se lhe derem os ingredientes - <b>2 pontos</b> Prepara pratos pré cozinhados - <b>3 pontos</b> Incapaz de preparar refeições - <b>4 pontos</b>	
<b>32 - Ir às compras</b>	Faz as compras sem ajuda - <b>1 ponto</b> Só faz pequenas compras - <b>2 pontos</b> Faz as compras acompanhado - <b>3 pontos</b> É incapaz de ir às compras - <b>4 pontos</b>	
<b>33 - Uso do telefone</b>	Usa-o sem dificuldade - <b>1 ponto</b> Só liga para lugares familiares - <b>2 pontos</b> Necessita de ajuda para o usar - <b>3 pontos</b> Incapaz de usar o telefone - <b>4 pontos</b>	
<b>34 - Uso de transporte</b>	Viaja em transporte público ou conduz - <b>1 ponto</b> Só anda de táxi - <b>2 pontos</b> Necessita de acompanhamento - <b>3 pontos</b> Incapaz de usar o transporte 4	
<b>35 - Uso do dinheiro</b>	Paga as contas, vai ao banco, etc. - <b>1 ponto</b> Só em pequenas quantidades de dinheiro - <b>2 pontos</b> Incapaz de utilizar o dinheiro - <b>3 pontos</b>	
<b>36 - Responsável pelos medicamentos</b>	Responsável pela medicação - <b>1 ponto</b> Necessita que lhe preparem a medicação - <b>2 pontos</b> Incapaz de se responsabilizar pela medicação - <b>3 pontos</b>	
		<b>37- Pontuação final</b>

**Índice de Barthel para as Atividades de Vida Diária (Adaptado por Sequeira, 2007)**

<b>38 - Higiene pessoal</b>	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal. 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos).	
<b>39 - Evacuar</b>	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres). 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana). 10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência).	
<b>40 - Urinar</b>	0 = Incontinente ou algaliado. 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas). 10 = Contínente (por mais de 7 dias).	
<b>41 - Ir à casa de banho (uso de sanitário)</b>	0 = Dependente. 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas, sozinho. 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda).	
<b>42 - Alimentar-se</b>	0 = Incapaz. 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada).	
<b>43 - Transferências (cadeira /cama)</b>	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se. 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se. 10 = Pequena ajuda (verbal ou física). 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas).	
<b>44 - Mobilidade (deambulação)</b>	0 = Imobilizado. 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física). 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala).	
<b>45 - Vestir-se</b>	0 = Dependente. 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda. 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores).	
<b>46 - Escadas</b>	0 = Incapaz. 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão. 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala).	
<b>47 - Banho</b>	0 = Dependente. 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda).	
		<b>48 - Pontuação final</b>

## **ANEXO IV - PLANO DA SESSÃO SOBRE A APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**



## PLANO DE SESSÃO

UCC de Campanhã	Formadores: Ana Luísa Araújo Helena Araújo Ricardo Maia
-----------------	---

**Titulo:** Diagnóstico e Intervenção Comunitária - Gestão do Regime Terapêutico na população idosa da UCC de Campanhã

**Destinatários:** UCC de Campanhã

**Data:** 7/11/2014

**Duração:** 60 minutos

**Objectivo geral:**

Apresentar os resultados do Diagnóstico de situação e Intervenção na Gestão do Regime Terapêutico na UCC de Campanhã

**Objectivo específico:**

Dar resposta a uma necessidade sentida pela UCC de Campanhã- “Saúde do Idoso”

Participar e promover a investigação em serviço na área da Especialização em Enfermagem Comunitária

Tempo	Fases	Conteúdos	Métodos e técnicas	Meios a utilizar
5 min	Introdução	Definição de gestão de regime medicamentoso/adesão ao regime	Apresentação em PowerPoint segundo o método expositivo	Computador e projetor
45 min	Desenvolvimento	Apresentação dos resultados da fase de Diagnóstico de Saúde  Apresentação dos problemas identificados  Apresentação dos indicadores de resultado e resultados obtidos após a intervenção	Apresentação em PowerPoint segundo o método expositivo	Computador e projetor
10 min	Conclusão	Síntese e debate das principais ideias	Apresentação em PowerPoint segundo o método expositivo	Computador e projetor

**Avaliação:**

## **ANEXO V - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS À UCC**





**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Diagnóstico e Intervenção Comunitária**  
**Gestão do Regime Medicamentoso na população idosa da**  
**UCC de Campanhã**

Ana Luísa Araújo nº361613023; Helena Araújo nº360505096; Ricardo Maia nº 36055099

## Introdução

O Diagnóstico de saúde e Intervenção comunitária face à Gestão do Regime Medicamentoso, na população idosa da UCC de Campanhã, surge no âmbito da Unidade Curricular – Estágio, módulos I e II, inseridos no Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A Unidade Curricular está dividida em três Módulos de Estágio, assim sendo:

- Módulo I (Diagnóstico de Saúde) de 28/4/2014 a 28/6/2014
- Módulo II (Intervenção) de 15/9/2014 a 8/11/2014
- Módulo III (opcional) de 10/11/2014 a 21/1/2015

Cada módulo de estágio terá 180 horas perfazendo um total de 540 horas



## Objetivos

- ✓ Gerir e interpretar de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
- ✓ Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico tanto a Enfermeiros como ao público em geral;
- ✓ Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- ✓ Manter de forma contínua e autónoma o próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- ✓ Comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- ✓ Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEC;

## Objetivos

- ✓ Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
- ✓ Refletir na e sobre a prática, de forma crítica;
- ✓ Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da área da EEC;
- ✓ Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- ✓ Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- ✓ Demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- ✓ Participar e promover a investigação em serviço na área da EEC;
- ✓ Dar resposta a uma necessidade sentida pela UCC de Campanhã - "Saúde do idoso"



## Definição da área programática



Para o International Council of Nurses (ICN, 2002, cit Machado, 2009) a gestão do regime terapêutico é considerada um comportamento de adesão com características específicas, tais com: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença bem como das suas complicações, actividades essas que são suficientes para alcançar objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença.

## Definição da área programática

A OMS (2003)<sup>1</sup>, reconheceu cinco grupos de fatores que podem interferir no processo de gestão do regime terapêutico:

### FATORES

- ✓ sociais
- ✓ económicos e culturais
- ✓ relacionados com os profissionais e serviços de saúde
- ✓ relacionados com a doença de base e comorbilidades
- ✓ relacionados com a terapêutica prescrita e fatores individuais relativos ao doente

1. Fonte: Adherence to long-term therapies: Evidence for action, OMS, 2003



É um processo complexo, que “abrange os processos e sistema de suporte que estão disponíveis para ajudar as pessoas que auto administram a medicação na comunidade para obter o melhor benefício da saúde, dos medicamentos prescritos. Isso ocorre após a medicação ser dispensada.... Pode envolver desde o apoio de cuidadores informais, familiares e profissionais de saúde ou de ação social que a pessoa encontra no curso dos seus cuidados<sup>2</sup>”

Existem vários estudos que comprovam o elevado consumo de medicamentos nesta faixa etária. Segundo a OMS<sup>3</sup>, estima-se que:

50% de todos os medicamentos prescritos, dispensados ou vendidos são feitos de forma inapropriada

50% dos pacientes utilizam-na de forma inadequada, sendo por isso de máxima importância, a promoção do uso racional dos medicamentos

2. Fonte: (NPA, 1998, citado por Banning, 2007, p.57).

3. Fonte: Promoting rational use of medicines: core components. Geneva: OMS, 2002. Traduzido por Carlos F.Vidotti e Rogério Hoeller e Emília Vitória Silva.

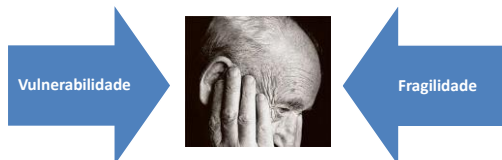


A adesão ao tratamento como fenómeno de enfermagem “é uma volição com características específicas: ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhorar sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece as instruções relativas ao tratamento (frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente) e a não adesão e não seguir ou não estar de acordo com o regime terapêutico <sup>4</sup>.

4. Fonte: CPE, 2006, p.81

## O porquê da seleção deste tema e desta faixa etária...

- ✓ constatação do crescente envelhecimento da população
- ✓ aumento progressivo das doenças crónicas
- ✓ consequente aumento do consumo de medicamentos



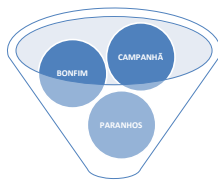
A Gestão do Regime Medicamentoso torna-se assim uma tarefa complexa...

## Diagnóstico de Saúde

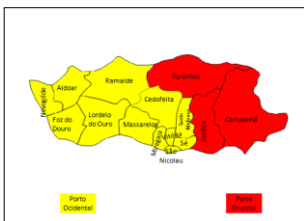
### Gestão do Regime Medicamentoso na população idosa da UCC de Campanhã



## Caraterização da comunidade



Segundo os Censos 2011, INE a população residente é de 101 222 habitantes verificando-se uma diminuição ao longo dos anos, com um índice de envelhecimento elevado, evidenciando valores superiores aos da Região Norte e do Continente.



População inscrita no ACES:

- ✓ 54 726 Homens
- ✓ 66 151 Mulheres

Total da população 120 877 utentes

## Seleção da amostra

A população deste Diagnóstico de Saúde é constituída por 7.524 indivíduos, com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na Freguesia de Campanhã.

Face ao tempo disponível para realizar a recolha de dados (3 semanas) pretendeu-se:

- ✓ obter uma amostra, com um nível de confiança de 95%
- ✓ uma margem de erro de 10%, que englobasse pelo menos 95 pessoas

Para tal, realizou-se um amostragem por conveniência, nas ruas circundantes à UCC de Campanhã, através de contato pessoal "porta a porta".

- ✓ A amostra total recolhida foi de 110 pessoas
- ✓ Apenas foram validados 100, já que o Mini-Exame do estado mental constituiu um critério de exclusão sempre que se verificou que havia disfunção cognitiva

Esta decisão foi tomada de acordo com as orientações da Enfermeira Coordenadora da UCC de Campanhã – Enfermeira Vitória Leal e do Professor da UCP Armando Almeida.

A recolha de dados decorreu entre 12 e 27 de Junho de 2014

## Seleção das variáveis

O Formulário construído foi subdividido em cinco partes.

A primeira com o objetivo de caracterizar a amostra, permite recolher as variáveis: Idade, Género, Estado Civil, Escolaridade, Agregado familiar, Montante do rendimento familiar e Rendimento associado às necessidades em saúde.

A segunda, contem questões relativas à caracterização da Complexidade do Regime Medicamentoso.

A terceira, é referente à caracterização das Crenças acerca do Regime Medicamentoso.

A quarta retrata a Adesão ao Regime Medicamentoso

A quinta e última parte avalia a Capacidade Funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais de Vida Diárias).

## Tratamento dos dados

Para o tratamento dos dados foram utilizados o software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 22.0 e Microsoft Office Excel 2010.

## Formulário



## Diagnóstico de Saúde



## Resultados

### Idade

A média de idades situa-se nos  $74,9 \pm 6,6$  e a moda da amostra foi de 68 anos. A idade mínima encontrada na amostra foi de 65 anos e a máxima 95.

### Género

A maior percentagem encontrada é feminina com 64%.

### Estado Civil

52% da amostra é casada/união de facto  
32% é viúva

### Escolaridade

54% da amostra tem como escolaridade máxima a 4ª classe de onde se destacam 2% que são analfabetos.

Encontramos porém, uma população com índices de instrução superiores ao que é retratado na bibliografia consultada que se consubstancia no nº de indivíduos que completou o ensino superior (16%)



## Resultados

### Vive com

- 53% vive com o cônjuge
- 37% vive sozinho

### Dinheiro suficiente para as necessidades de saúde

48% da amostra afirma não ter dinheiro suficiente para as necessidades de saúde

### Rendimento familiar

39% da amostra afirma ter um rendimento familiar inferior ao rendimento mínimo

### Nº de fármacos

A média encontrada situa-se nos  $5,7 \pm 2,8$

### Conhece o fármaco

29% da amostra afirma não conhecer o fármaco

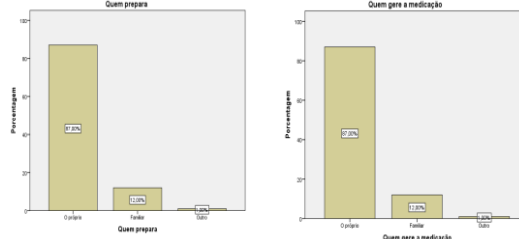
### Suporte escrito

76% da amostra afirma não possuir suporte escrito

## Resultados

### Quem prepara a medicação

87% da amostra afirma ser o próprio a preparar a sua medicação



### Quem gere a medicação

87% da amostra afirma ser o próprio a gerir a sua medicação



## Resultados

### Relativamente às dificuldades:

- Abrir/fechar embalagens – 10%
- Ler as embalagens – 15%
- Perceber qual e como deve tomar o fármaco – 6%
- Tomar o fármaco – 3%
- Renovar a medicação a tempo – 4%
- Deslocar-se até à farmácia – 14%
- Ter dinheiro para comprar a medicação – 30%
- Lembrar quando chega a hora – 11%
- Organizar para tomar fora de casa – 7%

### Em síntese

- ✓ O principal problema (dinheiro – 30%) vai de encontro a um estudo<sup>5</sup> realizado na UCC de Campanhã pela Universidade Católica Portuguesa (UCP) que revelou que as pessoas idosas não tinham dinheiro para adquirir os fármacos;

Fonte: 5. Porto Solidário – Diagnóstico Social do Porto, 2009

## Resultados

### Em síntese

- ✓ A cognição surge também como "handicap", traduzida pelos:

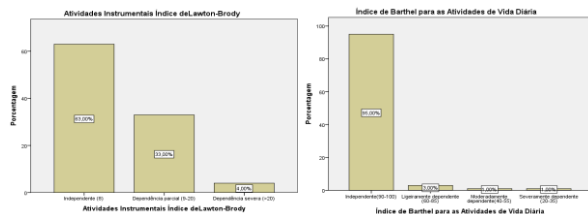
15% da amostra que revela dificuldade em ler as embalagens;  
11% da amostra que revela dificuldade em lembrar quando chega a hora;  
7% da amostra que revela dificuldade em organizar para tomar fora de casa;  
6% da amostra que revela dificuldade em perceber qual e como deve tomar o fármaco.  
No presente estudo, a realidade constatada através dos testes não paramétricos – Rho Spearman, revela que, quanto maior a idade, maior a dependência e por sua vez menor a capacidade cognitiva.

- ✓ A perda de mobilidade surge como terceiro fator limitando a capacidade de adquirir os fármacos na farmácia:

14% da amostra refere dificuldade em deslocar-se até à farmácia;  
10% da amostra refere dificuldade em abrir/fechar as embalagens;  
4% da amostra refere dificuldade em renovar a medicação.



## Resultados



Em síntese

Segundo os dados obtidos, 37% da amostra apresenta algum grau de dependência, sendo que, à medida que a idade aumenta, diminui a capacidade cognitiva e aumenta a dependência. Neste sentido, pode afirmar-se que, deveria aumentar o suporte social, o que não se verifica nos resultados obtidos através da análise inferencial fornecida pelos testes não-paramétricos – Correlação Rho Spearman.

## Resultados

Em síntese

As gerações mais velhas são mais numerosas e atingem idades mais avançadas, logo surgirá um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência, que mais cedo ou mais tarde irão necessitar de apoio familiar, social e de saúde. A prevalência de doenças crónicas e a longevidade atual em Portugal são as principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades<sup>8</sup>.

Os conhecimentos sobre a doença e os medicamentos não são suficientes. O suporte social revela-se parte essencial, assim como o acompanhamento e aconselhamento continuados<sup>9</sup>.

Fonte: 6. Montezuma, Camila Araújo; Freitas, Maria Célia; Monteiro, Ana Ruth. - A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. Revista eletrônica de enfermagem (2008)  
Fonte: 7. Bosworth et al, 2004; Jaarsma et al, 2000; GESICA, 2005; Huang et al, 2004; Kim e Oh, 2003

## Resultados

Em síntese

Segundo os dados obtidos:  
87% da amostra prepara e gere a medicação de forma autónoma  
76% da amostra não tem suporte escrito  
29% da amostra refere não conhecer o fármaco

A média de fármacos encontrada foi de  $5,7 \pm 2,8$ .

Tendo por base os testes não paramétricos – correlação Rho Spearman, pode afirmar-se que à medida que aumenta a idade diminui a capacidade cognitiva e aumenta a dependência e aumenta o consumo do número de fármacos. Deste modo, deveria diminuir a complexidade do regime medicamentoso, o que não se verifica, através dos resultados acima descritos.

## Resultados

Em síntese

Em relação ao género:  
64% da amostra é do género feminino

Tendo por base um estudo efetuado por Amaral e Vicente (2000), o grau de dependência varia de forma proporcional à idade, assim, quanto maior a idade maior o grau de dependência<sup>8</sup>.

No resultado de um outro estudo (Gil, 2010) a percentagem de anos que os homens podem viver sem incapacidade é maior que o das mulheres, deste modo, pode dizer-se que, as mulheres vivem mais tempo, mas com mais incapacidades<sup>9</sup>.

8. Fonte: AMARAL, Maria Fernanda; VICENTE, Maria Odete - Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. Revista Portuguesa de Saúde Pública. VOL. 18, Nº2 Lisboa - Julho/Dezembro (2000)  
9. Fonte: Gil, Ana Paula Martins. Heróis do quotidiano - Dinâmicas familiares na dependência. Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a ciência e tecnologia, ministério da ciência, tecnologia e ensino superior (2010)

## Definição de prioridades

- Adesão ao Regime Medicamentoso
- Gestão do Regime Medicamentoso



## Intervenção



Findo o diagnóstico de saúde e encontradas as prioridades chega a hora de intervir.

A intervenção decorreu no período de 15/09/14 até 7/11/14, e contou com a atribuição de quatro utentes da UCC de Campanhã a cada elemento com o Diagnóstico identificado de Não Adesão ao Regime Terapêutico.

Assim sendo apresentamos individualmente os resultados que obtivemos:

## Conclusão



Os enfermeiros na equipa de saúde ocupam um lugar privilegiado e poderão ser o elo de ligação entre médico e farmacêutico (Banning, 2004), pois pela experiência de trabalho em equipas de saúde na comunidade têm uma visão integrada dos cuidados<sup>10</sup>.

É na comunidade onde a pessoa se encontra inserida que se pretende que ela seja o mais independente possível, pelo que, a melhor forma de avaliar as suas limitações é durante a visita domiciliária. É aqui que se pode intervir junto da pessoa, de forma a capacitá-la para a gestão do seu regime terapêutico, de acordo com os seus défices de autocuidado.

**“Preparar o futuro significa fundamentar o presente.”**

Antoine de Saint-Exupéry



10. Fonte: Banning, M. (2004) – Enhancing older people's concordance with taking their medication. *British J Nursing*. 2004; Jun, 13(11)

## Bibliografia

- AMARAL, Maria Fernanda; VICENTE, Maria Odete - Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. VOL. 18, Nº2 Lisboa - Julho/Dezembro (2000)

- BANNING, M. (2004) – Enhancing older people's concordance with taking their medication. *British J Nursing*. 2004; Jun, 13(11)

- BANNING, M. (2007) – Medication management and the older person. In BANNING, M – Medication management in care of older people. 2007. Oxford Blackwell Publishing Ltd.

- CIPE, 2006, p.81

- GIL, Ana Paula Martins. Heróis do quotidiano - Dinâmicas familiares na dependência. Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a ciência e tecnologia, ministério da ciência, tecnologia e ensino superior (2010)

## Bibliografia

- MONTEZUMA, Camila Araújo; FREITAS, Maria Célia; MONTEIRO, Ana Ruth. - A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. Revista eletrônica de enfermagem (2008)
- OMS 2002, Promoting rational use of medicines: core componentes. Geneva: Traduzido por Carlos C.F.Vidotti e Rogério Hoefler e Emília Vitória Silva
- OMS, 2003, Adherence to long-term therapies: Evidence for action
- PORTO SOLIDÁRIO – Diagnóstico Social do Porto, 2009

Muito obrigado!!!



## **ANEXO VI - PLANOS DE INTERVENÇÃO DOS UTENTES A, B, C, D**



**Utente A**  
 Utente com 82 anos, do sexo masculino, casado e a morar com a esposa. Independente nas Atividades de Vida Diária e nas Instrumentais de Vida Diária. Ex- fumador com história de hipertensão arterial, dislipidemia e seguido na consulta externa de cardiologia do Hospital de São João. Enfarte Agudo do Miocárdio (1994); Bypass coronário em 2000. Identificada Não Adesão ao Regime Medicamentoso relativamente à auto-administração da furosemida; coveran e atorvastatina. As motivações prendiam-se com : efeito secundário presente, (furosemida) e dificuldade económica, (coveran e ezetimiba). Na segunda visita domiciliária o utente apresentava dispneia funcional.

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensão Diagnóstica	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Processo	Resultados esperados
<p><b>Não adesão ao Regime Medicamentoso</b></p>	<p>Efeito secundário (furosemida)</p> <p>Dificuldade económica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustar horário da furosemida;</li> <li>• Reforçar os benefícios do cumprimento da furosemida;</li> <li>• Supervisionar a pressão arterial e frequência cardíaca;</li> <li>• Negociar com o utente a toma da medicação, através da substituição por genérico (substituição do coveran por perindopril + amlodipina) ;</li> <li>• Orientar o utente para consulta com a médica de família (possibilidade de ao cumprir com a atorvastatina deixar de ser necessário a ezetimiba reduzindo desta forma os gastos de 40€ para 2,58€)</li> </ul>	<p>Número de vezes que foi aplicado o formulário;</p> <p>Número de vezes que foram realizadas sessões de educação para a saúde;</p> <p>Número de vezes que foi realizada supervisão da pressão arterial e frequência cardíaca;</p> <p>Número de visitas domiciliárias;</p>	<p>Adesão ao Regime Medicamentoso</p>
<p><b>Dispneia</b></p>	<p>Dispneia Funcional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir o utente para os benefícios da elevação da cabeceira da cama, a 30º;</li> <li>• Contratualizar a Adesão ao Regime Medicamentoso relacionado com o cumprimento na auto-administração da furosemida.</li> </ul>	<p>Número de vezes que foi realizada entrevista telefónica.</p>	<p>Ausência de sinais de dispneia</p>

# Indicadores de resultado

Adesão ao Regime Medicamentoso =  $\frac{\text{Nº de tomas de furosemida efetivas nos ultimas 15 dias}}{\text{Nº total de tomas de furosemida previstas para últimas duas semanas}} \times 100 = \frac{15}{15} = 100\%$   
(Efeito secundário – furosemida)

Adesão ao Regime Medicamentoso  
(Dificuldade económica)

- Negociada substituição de fármaco por genérico que o utente aceitou, passando assim a gastar 3,5€ em vez de 7€;
- Realizada orientação para consulta com médica de família para que lhe fosse atualizada a prescrição médica. Deste modo o utente passaria a fazer a atorvastatina com o objetivo de mais tarde poder suspender a ezetimiba, isto se os valores analíticos posteriores o permitirem. Se tudo correr como o previsto o utente passará a gastar 2,58€ em vez de 40€. O utente aceitou e compareceu na consulta, no entanto a redução efetiva de custos com esta medicação, não pode ser feita no momento mas sim a longo prazo, pelo que sugiro continuidade.

Adesão ao Regime Medicamentoso =  $\frac{\text{Nº de dimensões do diagnóstico resolvidas}}{\text{Nº total de dimensões do diagnóstico}} \times 100 = \frac{1}{2} = 50\%$

Ausência de sinais de dispneia =  $\frac{\text{Nº de pessoas que deixaram de ter sinais de dispneia com intervenção de enfermagem documentada}}{\text{Nº de pessoas com dispneia}} \times 100 = \frac{1}{1} = 100\%$

## Utente B

Utente com 81 anos, do sexo feminino, casada e a morar com o marido. Apresenta dependência severa, score 25 (índice de lawton – brody), no que diz respeito à capacidade funcional. Relativamente às atividades de vida diária, (índice de barthel) a utente apresenta-se ligeiramente dependente, score 75. Apresenta antecedentes de queda, com secção tendinosa da mão direita, que levou a uma elevada diminuição da mobilidade do membro. Para além disto, é invisual do olho direito apresentando diminuição da acuidade visual à esquerda. Apesar destas limitações, consegue identificar e distinguir a medicação. Relata no entanto, grande desconforto associado à toma da furosemida pelo número de vezes que implica ir ao W.C. Apresenta Diabetes Mellitus tipo II insulinotratada. Não faz monitorização da glicemia capilar e posterior registo e apresenta também défice de conhecimentos acerca das principais consequências de uma diabetes mal controlada. Reconhece principais sinais e sintomas da hipoglicemia, não identificando por sua vez as principais complicações associadas à hiperglicemia.

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensão Diagnóstica	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Processo	Resultados esperados
<p><b>Não Adesão ao Regime Terapêutico</b></p>	<p>Falta de Volição (Não adesão ao teste diagnóstico)</p> <p>Défice de conhecimentos sobre Regime Terapêutico (hiperglicemia).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencializar para o risco de picos hiperglicémicos frequentes, (dando reforços positivos - retardar a aceleração do processo de deterioração progressiva da visão);</li> <li>• Reforçar a importância da realização do teste diagnóstico;</li> <li>• Negociar a realização do teste diagnóstico duas vezes por dia;</li> <li>• Ensinar sobre três das possíveis complicações associadas a hiperglicemias sustentadas, (retinopatia diabética, nefropatia diabética e neuropatia diabética);</li> </ul>	<p>Número de vezes que foi aplicado o formulário;</p> <p>Número de vezes que foram realizadas sessões de educação para a saúde;</p> <p>Número de vezes que foi realizada supervisão da glicemia capilar;</p> <p>Número de tabelas em suporte escrito fornecidas;</p>	<p>Volição presente (adesão ao teste diagnóstico);</p> <p>Aumento do conhecimento relativo às principais complicações das hiperglicemias.</p>

# Indicadores de resultado

$$\text{Adesão ao teste diagnóstico} = \frac{\text{Número de pesquisas de glicemia capilar realizadas nos últimos 15 dias}}{\text{Número total de pesquisas previstas para os últimos 15 dias após intervenção}} \times 100 = \frac{15}{30} = 50\%$$

$$\text{Conhecimento sobre Regime Terapêutico} = \frac{\text{Número de complicações que a utente demonstra conhecimento após intervenção de enfermagem}}{\text{Número total de complicações ensinadas}} \times 100 = \frac{2}{3} = 67\%$$

(Hiperglicemia)

$$\text{Adesão ao Regime Terapêutico} = \frac{\text{Nº de dimensões diagnósticas resolvidas}}{\text{Nº total de dimensões diagnósticas}} = \frac{0}{2} = 0\%$$

Embora não tivesse sido possível resolver o diagnóstico major, obtive melhoria nas duas dimensões diagnósticas.

## Utente C

Utente com 81 anos, do sexo masculino, viúvo e a morar sozinho. Apresenta dependência parcial, score 10 (índice de lawton-brody), no que diz respeito à capacidade funcional. Relativamente às atividades de vida diária (índice de barthel), o utente é independente score 95.

Apresenta pequena diminuição da mobilidade, (claudica). Sabe, efectivamente, para que efeito toma a medicação, no entanto, ao domingo faz apenas varfine e bisoprolol afirmando que “só faço esses dois porque preciso de descansar do resto”. Não faz vigilância da glicemia capilar por não saber interpretar os valores da mesma, referindo ainda que: “ já aconteceu de me sentir orado quando me levanto”. Quando questionado acerca do número de refeições que faz por dia, responde fazer em média apenas 3 em que a última é feita por volta das 18h.

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensão Diagnóstica	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Processo	Resultados esperados
<p><b>Incumprimento do regime Medicamentoso.</b></p> <p><b>Não Adesão ao Regime Terapêutico.</b> (ausência de vigilância da glicemia capilar)</p> <p><b>Gestão Ineficaz do Regime Terapêutico</b></p>	<p>Crença de saúde errónea (ao domingo faz apenas varfine e bisoprolol);</p> <p>Défice de conhecimentos relativos à hipoglicemia</p> <p>Gestão ineficaz do regime alimentar por:  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ défice de conhecimento relativo ao número de refeições adequadas.</li> </ul> </p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desmistificar as crenças presentes acerca do benefício da interrupção da medicação uma vez por semana;</li> <li>• Ensinar sobre principais sinais e sintomas de hipoglicemia;</li> <li>• Ensinar sobre precauções de segurança (hipoglicemia);</li> <li>• Ensinar acerca da interpretação dos valores de glicemia capilar;</li> <li>• Negociar a realização do teste diagnóstico uma vez por dia;</li> <li>• Ensinar acerca do número de refeições que deve fazer;</li> <li>• Negociar com o utente que faça pelo menos 4 refeições, dado que na maioria das vezes, a sua 3ª e última refeição é por volta das 18h;</li> </ul>	<p>Número de vezes que foi aplicado o formulário;</p> <p>Número de vezes que foram realizadas sessões de educação para a saúde;</p> <p>Número de visitas domiciliárias;</p> <p>Número de vezes que foi realizada entrevista telefónica.</p>	<p>Ausência de crença sobre a interrupção da medicação;</p> <p>Aumento do conhecimento relacionado com o Regime Terapêutico;</p> <p>Gestão eficaz do Regime Alimentar.</p>

# Indicadores de resultado

## Cumprimento do regime Medicamentoso

Ausência de crença errônea sobre a interrupção da medicação =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de medicamentos que o utente toma efetivamente, nos últimos 15 dias, após intervenção}}{\text{N}^\circ \text{ total de medicamentos prescritos}} = \frac{7}{7} = 100\%$

## Adesão ao Regime Terapêutico

Conhecimentos relativos à hipoglicemia =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de sinais e sintomas identificados pelo o utente, nos últimos 15 dias após intervenção}}{\text{N}^\circ \text{ de sinais e sintomas que era previsto que o utente soubesse identificar}} \times 100 = \frac{3}{3} = 100\%$

Adesão ao teste diagnóstico =  $\frac{\text{Número de pesquisas de glicemia capilar realizadas nos 15 dias}}{\text{Número total de pesquisas previstas para as últimos 15 dias}} \times 100 = \frac{15}{15} = 100\%$

## Gestão do Regime Terapêutico

Gestão do Regime Alimentar =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de refeições efetuadas nos últimos 15 dias após intervenção}}{\text{N}^\circ \text{ total de refeições previstas para os últimos 15 dias após intervenção}} = \frac{4 \times 15}{4 \times 15} = 100\%$

Adesão ao Regime Terapêutico =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de dimensões diagnósticas resolvidas}}{\text{N}^\circ \text{ total de dimensões diagnósticas}} = \frac{2}{2} = 100\%$

Gestão do Regime Terapêutico  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de dimensões diagnósticas resolvidas}}{\text{N}^\circ \text{ total de dimensões diagnósticas}} = \frac{1}{1} = 100\%$

## Utente D

Utente com 75 anos, do sexo feminino, viúva e a morar sozinha. Apoiada por uma prestadora de cuidados que providencia as refeições, prepara, gere e administra a medicação e acompanha a utente a todas as consultas médicas. A utente apresenta uma dependência parcial, score 19 (índice de Lawton-Brody) no que diz respeito às actividades instrumentais de vida diária. Relativamente às actividades de vida diária, apresenta-se independente, score 100 (índice de Barthel). Passado com história de má gestão do regime medicamentoso, concretamente na auto-administração de insulina de acção rápida, Actrapid, para a qual não obedecia ao esquema instituído. Este facto levou à deterioração da acuidade visual e também a uma insuficiência renal por causa da qual, o médico já a alertou para a possível necessidade de entrar em programa de hemodiálise. No momento a utente apresenta-se perfeitamente adaptada à sua condição de saúde e devidamente apoiada pela prestadora de cuidados.

### Utente:

- Identifica sinais e sintomas de hipoglicemia;
- Demonstra conhecimentos relativos a procedimentos de segurança no que à hipoglicemia diz respeito;
- Demonstra conhecimentos relativamente a possíveis complicações relacionadas com hiperglicemias sustentadas;
- Privilegia a alimentação saudável;
- No que diz respeito à dependência parcial (score 19 – índice de lawton-brody), que apresenta para as actividades de instrumentais de vida diária, a utente encontra-se perfeitamente adaptada.

### Prestadora de cuidados:

- Gere e administra a medicação de forma eficaz;
- Demonstra conhecimentos relativamente a toda a medicação instituída;
- Demonstra conhecimentos relativamente à monitorização da glicemia capilar e sua interpretação. Possui conhecimento acerca das precauções de segurança da hipoglicemia, complicações associadas às hiperglicemias, assim como horários adequados à monitorização;
- Privilegia a preparação de dietas saudáveis;
- Acompanha a utente a todas as consultas médicas.

## **ANEXO VII - OS IDOSOS E A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO**





**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **Os Idosos e a Dependência no Autocuidado**

– Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanhã

MÓDULO III DO ESTÁGIO DO CURSO DE Mestrado em Enfermagem com  
Especialização em Enfermagem Comunitária

Por Ana Luísa Sousa Araújo

Sob orientação do Mestre Paulo Alves

Novembro de 2014



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AAVD - Atividades avançadas da vida diária
- ABVD - Atividades básicas da vida diária
- AIVD - Atividades instrumentais da vida diária
- CIPE - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem
- DGS - Direção Geral de Saúde
- INE- Instituto Nacional de Estatística
- MS - Ministério da Saúde Português
- NOC - Nursing Outcomes Classification
- OE - Ordem dos Enfermeiros
- RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- UCP - Universidade Católica Portuguesa



## ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	7
2.	OS IDOSOS E O AUTOCUIDADO	9
3.	TEORIAS ACERCA DO TEMA	13
3.1.	Teoria do autocuidado	13
3.2.	Teoria do déficit de autocuidado	14
3.3.	Teoria dos sistemas de enfermagem	15
3.4.	A teoria das transições	16
4.	AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	19
4.1.	Avaliação Funcional	20
5.	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA	23
5.1.	Escala de Katz	23
5.2.	Índice de Barthel	25
5.3.	Escala de Lawton e Brody	26
5.4.	Outras escalas	27
6.	APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE KATZ E LAWTON BRODY	31
7.	CONCLUSÃO	33
8.	BIBLIOGRAFIA	35
	ANEXO I - FORMULÁRIO DE COLHEITA DE DADOS	38



## **1. INTRODUÇÃO**

O presente trabalho foi realizado no decurso do Módulo III do estágio que tomou lugar na Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de Campanhã no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Porto.

O documento teve como objetivos primordiais a análise do “estado da arte” acerca do fenómeno da “Dependência no Autocuidado” na população idosa, e sobretudo munir a UCC, que me acolheu, de um formulário que possa ser aplicado e/ou melhorado no futuro, em favor dos idosos de Campanhã.

Para tal foi realizada uma pesquisa à literatura disponível - às teorias e instrumentos de medida existentes sobre o tema - tendo esta oportunidade permitido enriquecer a minha perspetiva e desenvolver algumas das principais competências foco no curso de mestrado.

Os cuidados prestados na prática da enfermagem têm como principal objetivo ajudar as pessoas na gestão dos seus processos de transição ao longo dos ciclos da vida. No contexto da prática clínica é frequente apercebermo-nos que os utentes experienciam mudanças significativas nas suas capacidades, e com isso no desempenho do autocuidado, fruto de episódios de doença (aguda ou crónica) ou dos processos de envelhecimento; mudanças essas que os conduzem a quadros de dependência.

A avaliação do grau de dependência é fulcral no decorrer de todo o processo de recuperação da pessoa dependente no autocuidado, promovendo o conhecimento das suas dificuldades e a avaliação dos progressos atingidos.

Após a pesquisa das escalas mais adequadas, desenvolveu-se um formulário, com o objetivo de rastrear pessoas idosas. O formulário abrange, fundamentalmente duas áreas: a funcional e a socioeconómica. Habitualmente, a avaliação funcional é feita com base em instrumentos de medida simples e acessíveis e, nesse sentido, serão utilizadas

a Escala de Atividade de Vida Diária de Katz (1963) e a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody (1969), as mais citadas na literatura internacional.

Com a criação do formulário, que avalia as necessidades básicas da pessoa idosa, espera-se uma reflexão que permita algum contributo para o desenvolvimento da gestão dos cuidados de saúde dispensados à população idosa.

## **2. OS IDOSOS E O AUTOCUIDADO**

A realidade é inegável e mostra que a população está a envelhecer com uma tendência crescente. Este facto assinalável está associado com o decréscimo da natalidade, o aumento da esperança média de vida e com as alterações do estilo de vida que se tem vindo a instalar já desde meados do século XX, essencialmente nas sociedades ocidentais. De acordo com a Direção Geral de Saúde, para além desses fatores que se verificam na sociedade atual, os avanços médico-cirúrgicos e a generalização dos cuidados de saúde têm permitido que as populações atinjam uma média de idades mais elevada, havendo um aumento progressivo do número de idosos (DGS, 2003).

Esta temática tem despontado, dada a sua importância crescente em todo o mundo, perante a complexidade dos problemas sociais, económicos e culturais que acarreta.

A realidade Portuguesa não difere da tendência mundial. Nos últimos Censos, realizados em Portugal no ano de 2011, verificou-se que a população idosa – pessoas com 65 ou mais anos – ultrapassava em mais de 4 pontos percentuais o grupo etário dos jovens entre os 0-14 anos (19% e 14,9% respetivamente). Na prática isto significa que para cada 100 jovens existiam 128 idosos. Estes números tornam-se mais preocupantes quando percebemos a tendência de crescimento face aos Censos de 2001, quando, para o mesmo nº de jovens, se contavam 102 idosos.

Nos mesmos censos constatou-se ainda que o número de pessoas idosas vivendo sós aumentou 29% em Portugal, na última década. O número de idosos a viver exclusivamente com outros idosos registou crescimento idêntico (28%). Além disso, dentro das famílias unipessoais, mais de metade eram compostas por um idoso, destacando-se a prevalência dos idosos serem maioritariamente do sexo feminino (INE, 2012).

A Ordem dos Enfermeiros (2011) alerta para as necessidades de cuidados de saúde à pessoa idosa, pois é expectável que nesta faixa etária aumente a prevalência de doenças de evolução prolongada, com graus de dependência elevados. Alerta, que à parte do grupo dos idosos, há cada vez mais sobreviventes às lesões potencialmente fatais (os acidentes de viação e de trabalho, entre outros) e que as pessoas com doença crónica, felizmente, vivem mais anos consequência do avanço contínuo da tecnologia e do conhecimento na área da saúde.

Este panorama gera desafios ao modelo de organização dos cuidados de saúde: tais problemas significam maiores custos médico-sociais, maiores necessidades de suporte familiar e comunitário, maior probabilidade de cuidados de longa duração devido à maior prevalência de doenças crónico-degenerativas e conduzindo a uma maior solicitação de apoios formais e informais (Imaginário, 2002).

Um desses apoios resume-se nos cuidados de enfermagem em casa, sobretudo na população idosa. Trata-se de uma faixa etária que apresenta, na maioria das vezes, dificuldade ou mesmo incapacidade para se deslocar às unidades de Saúde. Se associarmos a este facto a tendência notória das altas hospitalares mais prematuras, torna-se clara a necessidade crescente de cuidados mais diferenciados no domicílio.

Idealmente a pessoa idosa deve viver no seu contexto familiar o máximo de tempo possível, colocando de parte, tanto quanto possível, a hipótese do recurso à institucionalização, evitando a rutura com o meio social e familiar. É na família que os aspetos físicos, sociais e afetivos são mais visíveis, o que será sem dúvida um fator que contribui para o equilíbrio da pessoa, por isso em última análise, para a sua saúde. Garcia (1997) corrobora esta tese referindo que é da maior importância que para atingirmos a saúde dos indivíduos eles não sejam considerados isoladamente, mas dentro do contexto em que vivem.

A atitude de assumir a responsabilidade de tratar de indivíduos, sendo eles membros da família, ou não e com dependências, remete-nos para um marco importante, nomeadamente em tudo o que envolve os processos familiares e dimensões em que os

cuidados de enfermagem podem desempenhar um papel capital. Uma dessas dimensões é a autonomia no autocuidado, dado que requer uma prática de atividades de vida que visam a saúde, o bem-estar e o equilíbrio. O enfermeiro ao avaliar o autocuidado promove a autonomia individual, tira partido das capacidades de cada indivíduo e identifica precocemente os potenciais problemas sociais e de saúde.

O autocuidado pode ser definido como uma atividade executada pelo próprio, ao tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE (ICN, 2010).

Quando se verificam situações de dependência no autocuidado, os utentes vivem consideráveis mudanças na conceção que fazem da sua saúde, nos seus padrões de funcionamento e nos papéis que ocupam na família e na comunidade. Por essa razão o autocuidado surge como objeto central na disciplina de Enfermagem, mais concretamente o que concerne ao fenómeno da “dependência no autocuidado” (Orem, 1995).

Neste campo, constituem resultados de enfermagem previsíveis não só a promoção da independência ou a melhoria no grau de dependência no autocuidado, mas também a obtenção de conhecimento, por parte do utente, relativamente a estratégias de adaptação que possibilitarão lidar com os défices no autocuidado (Pereira, 2007).

No que diz respeito à realidade portuguesa e concretamente no exposto pelo Decreto - Lei nº 100/2006 é bem patente o cuidado das entidades governativas do nosso país relativamente às necessidades em saúde mais prementes, fruto do envelhecimento da população e do aumento da prevalência de pessoas com doença crónica. Posto isto, espera-se dos enfermeiros, que na sua prática profissional deem o seu contributo na promoção da independência dos indivíduos assim como na gestão dos recursos comunitários exercendo liderança em equipas que atuem na unidade familiar. Vale a pena referir ainda que neste contexto e no seguimento do decreto-lei anterior, foi

publicado um novo (Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho) que possibilitou a criação e implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Rede esta criada com principal propósito na prestação de cuidados a pessoas idosas e pessoas dependentes.

### **3. TEORIAS ACERCA DO TEMA**

No capítulo anterior já foi exposta a importância que o autocuidado assume enquanto disciplina de enfermagem. Esta ideia é corroborada por Pereira (2007) que defende que o autocuidado é um dos conceitos merecedor de grande destaque por permitir delimitar o âmago da enfermagem enquanto disciplina e profissão, representando uma parte do saber de extrema relevância para a qualidade dos cuidados prestados. Desta forma, passarei a descrever de seguida conceitos chave de algumas teorias de enfermagem que abordam este tema.

#### **3.1. Teoria do autocuidado**

Para a autora norte-americana Dorothea Orem (1995), o autocuidado pode ser alterado por modificação do estado de saúde, condições ambientais, consequências de cuidados médicos bem como outros fatores. Ele caracteriza-se por ser uma atividade multifacetada, apreendida pelos indivíduos, sendo eles capazes de a iniciar e executar de forma autónoma e consciente, com o intuito de preservar a vida, a saúde e o bem-estar.

A avaliação, decisão e execução das atividades de autocuidado pode ser interpretada como uma condição imprescindível para as atividades de autocuidado (Soderhamn, 2000). Nesse sentido vale a pena referir que as pessoas que têm responsabilidade nas atividades de autocuidado deverão ser o “agente do autocuidado”, isto é poder agir no sentido de atuar para regular os fatores internos e externos que afetam o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, sendo que este pensamento constitui uma das ideias base defendidas por Orem.

A mesma autora agrupa em três tipos os requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde, dizendo ao mesmo tempo acerca destes, que são ações levadas a cabo pelos indivíduos no sentido de controlar os fatores que interferem nas atividades funcionais e de desenvolvimento do ser humano (Orem, 1995).

No que diz respeito aos requisitos universais eles estão relacionados com os processos de vida, preservação da integridade da estrutura e função do ser humano e ao bem-estar em geral, são universais justamente pelo facto de estarem presentes em todos os seres humanos e ao longo de todo o ciclo vital.

Quanto aos requisitos de autocuidado de desenvolvimento, reportam-se a fases de desenvolvimento do ser humano, bem como condições e circunstâncias de que são exemplo a prematuridade e gravidez, não esquecendo situações que podem ser hostis e por isso condicionar o desenvolvimento.

Por último, os requisitos de autocuidado de desvio da saúde, que se referem a alterações genéticas e estruturais/funcionais, decorrendo daí implicações nas medidas não só de diagnóstico, mas também de tratamento médico (Silva, 2011).

### **3.2. Teoria do défice de autocuidado**

A relação entre as capacidades de autocuidado e as ações de autocuidado a executar, constituem a base da teoria do défice do autocuidado. A base da teoria do défice de autocuidado reside no facto dessas capacidades, por força de limitações presentes, não serem capazes de satisfazer todas, ou algumas, das necessidades da pessoa (Silva, 2011).

Posto isto, faz todo o sentido a referência aos défices de autocuidado como sendo completos ou parciais, sendo que um défice de autocuidado completo, traduzir-se-á na falta de capacidade para dar resposta satisfatória às necessidades de autocuidado terapêutico. Já relativamente aos défices parciais, podem ser vastos ou podem resumir-se a uma falta de capacidade para dar resposta a um ou mais requisitos de autocuidado, no seio das necessidades de autocuidado terapêutico (Orem, 1995).

É por isto fundamental perceber o quão importante são os cuidados de enfermagem, sobretudo quando as capacidades de resposta do indivíduo, não são suficientes para as suas necessidades.

### **3.3. Teoria dos sistemas de enfermagem**

Ao efeito das relações que acontecem entre o enfermeiro e a pessoa com limitações/incapacidade para o autocuidado, Dorothea Orem (1995), denomina-o de “sistema de enfermagem”.

A mesma autora descreve três sistemas principais de enfermagem, que são eles: o totalmente compensatório, parcialmente compensatório e por último o sistema de apoio/educação. Relativamente ao primeiro a ação é executada pelo enfermeiro única e exclusivamente. Já no que diz respeito ao segundo sistema tanto o enfermeiro como o doente executam algumas das atividades de autocuidado, surgindo o enfermeiro neste caso concreto, como agente de compensação agindo/prestando cuidados mediante as necessidades apresentadas pela pessoa dependente. Em terceiro e último lugar surge o sistema de apoio/educação no qual é expectável que o doente se autocuide, exercendo tanto o enfermeiro como o doente um papel de regulação do exercício e desenvolvimento da atividade de autocuidado.

Uma avaliação contínua das necessidades de cuidados de enfermagem da população e dos seus grupos é primordial para determinar a multiplicidade de cuidados de enfermagem necessários assim como o número de pessoas a carecer deles (Orem, 1995).

Meleis et al. (2000) abordam esta temática falando em experiências de transição de independência para uma de dependência no autocuidado, que acarretam um conjunto de alterações nas atividades do individuo, que terá que ser feita forçosamente. E porque este facto implica sem dúvida, modificações na vida da pessoa, obrigando-a a adaptar-se a uma nova realidade, torna-se essencial a reconstituição do seu projeto de vida.

### **3.4. A teoria das transições**

Esta teoria de enfermagem foi assim denominada uma vez que a sua autora, a americana de ascendência egípcia Afaf Meleis, propõe como conceito central as transições que as pessoas experienciam perante os sucessivos acontecimentos da vida. É uma estrutura teórica expandida que consiste em: tipo e padrões de transição, características das experiências de transição, contextos da transição (facilitadores e inibidores), indicadores processuais; indicadores de resultados esperados, assistência de enfermagem. Esta teoria inclui a experiência do doente numa única transição ou em múltiplas transições (Meleis et al., 2000).

Segundo a autora foram identificados quatro tipos de transições centrais para a prática de enfermagem:

- Desenvolvimental; quando estamos perante problemas de saúde de ordem psicossocial ou fisiológica tal como a transição da infância para a adolescência; ou a transição para a dependência consequência do processo de envelhecimento;
- Saúde/doença, referente a alterações assinaláveis, como por exemplo a passagem de um estado de bem-estar para um estado de doença seja ela aguda ou crónica;
- Situacional, quando existe necessidade de assumir o papel de membro da família Prestador de Cuidados;
- Organizacional, que representa a necessidade que por vezes existe de reorganização familiar e papéis a ela associados; ou até mesmo a institucionalização de alguém num Lar de Idosos por exemplo.

Vale a pena sublinhar ainda a possibilidade de construir indicadores, nomeadamente os indicadores de processo, apresentando-se estes sob a forma de índices que se calculam tendo por base a forma como a transição se está a desenvolver. Este facto permite uma

avaliação precoce e consequente intervenção de enfermagem no sentido de atingir resultados favoráveis para a saúde – ganhos em saúde (Meleis et al, 2000).

É por tudo isto tão importante, como refere Pereira (2007) investir na melhoria dos instrumentos de mensuração do nível de dependência e ganhos que contribuem para a independência, pois este é sem dúvida um dos fenómenos realmente importante para a enfermagem, quer como disciplina, quer como profissão.



#### **4. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO**

De acordo com o Programa Português Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, o modelo atual de prestação de cuidados de saúde não está talhado para responder às necessidades de saúde de uma população em envelhecimento porque, na maioria das vezes, ainda está organizado para responder aos episódios agudos de doença. Este modelo, ao gerar internamentos evitáveis com o conseqüente desperdício de recursos, acaba por provocar o aparecimento de dependências e, inclusive, o esgotamento das famílias, cujos meios e disponibilidade não encontram a devida resposta em serviços de proximidade e de apoio ao domicílio (MS, 2004).

Perante este panorama, torna-se importante que os agentes de saúde que lidam com maior da proximidade junto das populações e com os seus contextos reais do quotidiano, possam contribuir com uma atuação eficaz na melhoria dos seus hábitos.

Dentro do espectro de atuação da enfermagem, o autocuidado é dos temas mais sensíveis aos cuidados de enfermagem e à tomada de decisão nesta disciplina. No que diz respeito a esta área (autocuidado), espera-se que a intervenção do enfermeiro gere como resultados a promoção da independência ou a melhoria no grau de dependência no autocuidado, e ainda que a pessoa em causa adquira o conhecimento acerca das estratégias mais adequadas a adotar, de acordo com as suas limitações específicas (Pereira, 2007).

Caldas (2003) afirma que a dependência não é um estado permanente. É um processo dinâmico cuja evolução se pode modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados". Torna-se deste modo pertinente, averiguar quais as intervenções a colocar em prática no que diz respeito à recuperação, seja ela total ou parcial, da pessoa dependente. Para tal, é essencial ser detentor de conhecimentos no que toca às limitações específicas, podendo assim, adaptar as intervenções à realidade vivida pelo sujeito, devendo este ser parte ativa na tomada de decisão. Contudo, a avaliação do nível e do tipo de dependência é também um fator de relevo. Este, é

elementar no processo de recuperação da pessoa que possui dependência no autocuidado, promovendo a constatação das suas verdadeiras dificuldades e a avaliação dos avanços atingidos. A referida avaliação, tem sido uma constante por parte de vários investigadores, na tentativa de medir o nível de dependência no autocuidado, não só devido à serventia destes instrumentos para a caracterização dos clientes, mas também concomitantemente, para a monitorização da sua evolução clínica.

Entre tais investigadores, destaca-se um grupo que desenvolveu um trabalho há vários anos, no qual refere como muito importante a realização de alguns requisitos no que toca ao autocuidado:

- avaliar o nível de (in)dependência do doente em cada uma das atividades de vida;
- avaliar em qual direção e quanto eles devem ser assistidos para se mexerem no estado de dependência / independência;
- e, de que assistência de enfermagem podem precisar para conseguir os seus objetivos. (Roper et al., 1995)

#### **4.1. Avaliação Funcional**

Para o idoso, a independência funcional constitui habitualmente o fator mais importante na conservação da qualidade de vida pelo simples facto de estar relacionada com a capacidade do indivíduo se manter na comunidade, usufruindo da sua independência até idades mais avançadas (Devons, 2002). Para Botelho (2000), capacidade funcional diz respeito à autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, pelo que a sua perturbação pode originar uma série de situações patológicas. Pode definir-se avaliação funcional, como uma tentativa estruturada, no sentido de medir objetivamente a capacidade da pessoa de desempenhar determinadas atividades ou funções em diferentes áreas, utilizando diferentes habilidades no desenrolar das tarefas da vida quotidiana (Duarte et al., 2007).

Assim, a avaliação funcional mais não é que uma forma de estimar se a pessoa tem ou não capacidade, de forma autónoma, de colocar em prática as atividades indispensáveis para tratar de si mesma e, caso não seja, apurar se essa necessidade de ajuda é parcial ou completa (Duarte et al., 2007). A avaliação funcional deve ser feita com base em instrumentos apropriados, fiáveis e válidos. Estes instrumentos permitem ir de encontro a problemas específicos, pelos quais a pessoa idosa possa estar a passar. Têm como vantagem também, ser medidas objetivas com pontuações finais que ajudam também na comunicação entre profissionais de saúde (Devons, 2002).

Ao debruçarmo-nos sobre a literatura, é possível observar uma disseminação de instrumentos que têm por objetivo avaliar o estado funcional. As escalas de avaliação funcional disponíveis possibilitam a medição da presença ou não de dependência, no sentido de fazer o diagnóstico, plano intervenção propriamente dita. “Avaliam a função indiretamente através das consequências que a sua perda comporta: medem o grau de autonomia e o grau de dependência. Dependência esta que, por sua vez, afeta os vários níveis de relação da pessoa, desde o mais básico (ABVD), passando pelo nível de complexidade intermédia (AIVD) e, finalmente, o nível mais avançado (AAVD):

- ABVD: atividades básicas da vida diária
- AIVD: atividades instrumentais da vida diária
- AAVD: atividades avançadas da vida diária

Cada um destes níveis de autonomia / dependência estrutura-se à volta de uma série de AVD específicas que as escalas avaliam através de itens concretos (Lage, 2007).

Para as tarefas mais básicas tais como lavar-se; tomar banho; vestir-se; utilizar os sanitários; locomover-se; transferir-se de posição; controlar os esfíncteres; usar o sanitário; e, comer e beber, atribui-se o nome de ABVD.

As atividades de inclusão dos indivíduos no meio ambiente, como: utilizar o telefone; fazer compras; gerir o dinheiro; gerir a medicação; usar meios de transporte; tratar das tarefas domésticas; preparar as refeições; tomar a medicação; chamam-se AIVD.

Atividades mais complexas, como por exemplo sair para atividades sociais, trabalhar ou praticar exercício físico, designam-se como AAVD (OMS, 2002).

A decadência da funcionalidade é vista como uma falta de independência nas atividades de autocuidado ou como uma deterioração nas capacidades de autocuidado, (Hoogerduijn et al., 2006).

A capacidade funcional é reconhecida de acordo com o grau de autossuficiência na execução das atividades, podendo evidenciar independência - quando há total independência, ou apenas a utilização de auxiliares mecânicos, e que fazendo uso deles as limitações existentes são superadas, ou dependente - quando existe a necessidade de ajuda sistemática de outras pessoas, na execução de, pelo menos, uma das tarefas funcionais de autocuidado. Na avaliação da capacidade deverá ter-se em linha de conta o que o indivíduo é capaz de fazer diariamente, na posse dos recursos disponíveis, e relacionando-os com fatores físicos, mentais e com fatores extrínsecos de natureza social, económica ou ambiental, que interfiram na função (Katz et al., 1963).

## **5. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA**

Diferentes escalas foram criadas no sentido de avaliar o grau de dependência ou funcionalidade dos indivíduos. Algumas delas com recurso em grande escala, outras concebidas com o intuito de auxiliarem em estudos específicos dos autores variados.

Entre os instrumentos mais vezes referenciado encontram-se o índice de Barthel, o índice de Katz e a escala de Lawton e Brody, conclusão encontrada após revisão de inúmeros instrumentos de avaliação do estado funcional dos idosos e tendo em linha de conta a dimensões de avaliação: ABVD, AIVD, AAVD, e estado geral de saúde bem como qualidade de vida relacionada com a saúde (Paixão e Reichenheim, 2005).

### **5.1. Escala de Katz**

A Escala de Atividade de Vida Diária de Katz, de Sidney Katz e colaboradores, é não só um dos instrumentos mais antigos mas também um dos mais falados ao nível da literatura nacional e internacional (Duarte et al., 2007). Foi criada para medir a atividade, funcionamento físico das pessoas idosas e doentes crónicos, tem sido usada em diversas ocasiões, no sentido de avaliar a severidade da doença crónica e também para facultar valores que fossem capazes de predizer o curso da doença específica (Katz et al., 1963).

Em vários estudos empíricos relativos ao envelhecimento, Katz concluiu que a falta da capacidade funcional dá-se com uma ordem característica, em que a função mais complexa é a primeira a ser perdida. Katz propõe ainda que, durante o processo de reabilitação e de acordo com complexidade crescente, as capacidades vão sendo novamente adquiridas, segundo a mesma ordem que são adquiridas numa fase inicial pelas crianças. Concluiu ainda que a escala de AVD parece dar visibilidade às funções biológicas e psicossociais primárias (Katz et al., 1963). A mesma escala de AVD foi desenvolvida, numa primeira fase, para pessoas idosas e doentes com doenças crónicas com doenças do coração e fraturas da anca (Katz e Chinn, 1959). Avalia a independência

tendo em conta seis atividades, nomeadamente: vestir-se, lavar-se, utilizar a sanita, mobilizar-se, ser continente e alimentar-se. Através da observação e entrevista, o entrevistador atribui uma pontuação a cada atividade, numa escala de 3 pontos de independência. As definições integrais dos seis itens são fornecidas por Katz e seus colaboradores. O primeiro passo na pontuação engloba a transposição da escala de pontuação de três pontos para uma classificação independente/dependente, recorrendo a definições propostas por Katz et al. (1963). Em resumo é concedida uma das oito pontuações finais: A – Independente em alimentar-se, ser continente, mobilizar-se, utilizar a sanita, vestir-se e lavar-se. B- Independente em todas as funções, exceto uma. C – Independente em todas as funções exceto lavar-se e outra função. D – Independente em todas as funções exceto lavar-se, vestir-se e outra função. E – Independente em todas as funções exceto lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, e outra função. F – Independente em todas as funções exceto lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, mobilizar-se e outra função. G – Dependente em todas as funções. Outra – Dependente em pelo menos duas funções, mas não classificável como C, D, E ou F (Katz et al., 1963). Em alternativa e utilizando um sistema de pontuação mais simples, existe a soma do número de atividades nas quais o indivíduo é dependente, numa escala de 0 a 6, em que 0=independente e 6=dependente em todas as funções (Katz e Akporn, 1976). Foi realizado um pequeno teste de validação em que Katz e seus colaboradores avaliaram a validade entre observadores e chegaram a conclusão que as diferenças entre estes aconteciam numa em cada 20 avaliações ou com menos frequência (Katz et al., 1963). Katz e seus colaboradores (1963) aplicaram a escala de AVD e outras escalas a 270 indivíduos num hospital de doentes crónicos. As pontuações da escala de AVD encontraram-se correlacionadas com a escala de mobilidade em 0.50. Após dois anos de análise, Katz concluiu que a escala de AVD vaticinava os resultados a longo termo, tão bem ou até melhor que as escalas de avaliação física ou mental.

Asberg fez uma análise da capacidade da escala para predizer a estadia no hospital, a alta para casa ou morte (N=129) (McDowell e Newell, 1996). Na previsão da mortalidade, a sensibilidade foi de 73% e especificidade de 80%; na previsão da alta, a

sensibilidade foi de 90% e a especificidade de 63%. Tal como outras escalas de atividades de vida diárias, a escala de AVD pode ter sensibilidade baixa nos níveis baixos de incapacidade (McDowell e Newell, 1996). A escala de AVD de Katz (1963) é muito conhecida, com bom histórico de validade, porém apresenta resultados de confiabilidade ainda pouco consistentes (Paixão e Reichenheim, 2005). É ainda utilizada em vários estudos, normalmente relacionada com outras medidas de rastreio (Maciel e Guerra, 2007).

## **5.2. Índice de Barthel**

O índice de Barthel (1965) é um instrumento que avalia o nível de (in)dependência do sujeito para a realização de dez AVD, nomeadamente: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

O índice pode ser preenchido pela observação direta, de registos clínicos ou ainda ser auto ministrado. Tem por objetivo avaliar se o doente tem capacidade para realizar determinadas tarefas sem ajuda. Cada atividade apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência, em que 0 diz respeito à dependência total e à independência é atribuída uma pontuação de 5, 10 ou 15 pontos, de acordo com os níveis de dependência (Sequeira, 2007). Numa escala de 10 itens o valor total varia de 0 a 100, em que um total de 0-20 remete para a Dependência total; 21-60 Grave dependência; 61-90 Moderada dependência; 91-99 Muito leve dependência e 100 Independência (Azeredo e Matos, 2003). Sequeira (2007) apresenta uma proposta para o IB, com uma redação dos itens levemente diferente das que são apresentadas seguidamente, mas avaliando conteúdo idêntico. Os pontos de corte, referidos por este autor, são diferentes dos descritos acima: 90-100 Independente; 60-90 Ligeiramente dependente; 40-55 Moderadamente dependente; 20-35 Severamente dependente; <20 Totalmente dependente. Examinando estas duas opções, por exemplo em relação ao ponto de corte que

considera a independência, considera-se que uma pessoa só deverá ser assim classificada quando atinge a pontuação de 100. No contexto clínico o IB dá-nos informação importante não só a partir da pontuação total mas também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, pois permite saber quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adaptar os cuidados às necessidades (Araújo et al., 2007).

O estudo desenvolvido por Araújo et al. (2007) revela que o IB é um instrumento com um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre  $r = 0,66$  e  $r = 0,93$ . Embora a estrutura conceptual da escala seja unidimensional, o estudo deste instrumento forçado a duas dimensões veio distinguir o autocuidado e a mobilidade por um lado (77,60% da variância), e a eliminação por outro (6,88% da variância). O estudo de Sequeira (2007) revelou uma consistência interna de 0,89 para o total da escala e uma estrutura fatorial de três fatores explicando 75% da variância total: [mobilidade – alimentação, vestir, utilização da casa de banho, subir escadas, deambulação e transferência - (alfa =0,96; variância explicada 52,1%; higiene – banho e higiene corporal - (alfa =0,84; variância explicada 12,4%) e controlo dos esfíncteres - controlo de esfíncteres vesical e intestinal - (alfa =0,87; variância explicada 10,7%).

### **5.3. Escala de Lawton e Brody**

Lawton e Brody em 1969 desenvolveram uma escala que pretendia medir a incapacidade e servir para planear e avaliar intervenções em idosos. Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa idosa quanto à realização das atividades instrumentais (AIVD) que abrangem oito tarefas como usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro, mediante a atribuição de uma pontuação

segundo a capacidade do sujeito a ser avaliado, para realizar essas atividades (Araújo et al, 2008; Sequeira, 2007).

Às atividades atribui-se um valor que varia entre 0 e 1. Neste sentido, ao valor 0 é atribuída a incapacidade para realizar atividade e ao valor 1 a capacidade de a realizar. A pontuação máxima de independência que pode ser obtida é 8 e de dependência é 0. Porém, cada item avaliado apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência pontuadas de “1 a 3” ou de “1 a 4”, nos quais a maior pontuação diz respeito a um maior grau de dependência. Esta divisão em níveis confere a possibilidade de se avaliar o grau de dependência nas AIVD de forma global e também de forma fragmentada (Lage, 2007).

Araújo et al. (2008) analisaram a qualidade da escala pontuada na forma original (0 ou 1) e na versão opcional, obtendo os valores de  $\alpha = 0,91$  e  $\alpha = 0,94$ , respectivamente. A Escala (de 0 a 16) apresenta extremos que vão desde a total independência à total dependência (Azeredo e Matos, 2003). Estes autores converteram a escala em três grupos na mesma proporção. Apresentaram cada item e consideraram os seguintes pontos de corte: 0-5 significa dependência grave ou total; de 6-11 moderada dependência; de 12-16 ligeira dependência ou independente.

#### **5.4. Outras escalas**

Amaral e Vicente (2000) efetuaram um estudo em Portugal onde foi feito o diagnóstico do grau de dependência dos idosos inscritos no centro de saúde de Castelo Branco, através da aplicação de um questionário desenvolvido por Campos (1982). Este questionário constituído por quatro grupos de perguntas diferenciadas, mas interligadas, tem por objetivo avaliar, analisar, classificar e reunir os elementos da amostra em classes e, numa fase posterior, em graus de dependência. No decurso do estudo em questão, foram analisados dois indicadores de dependência que se referiam à situação física e funcional e à atitude de relação.

Uma outra escala é a de Karnofsky, organizada hierarquicamente e titular de cinco graus diferenciados: capacidade para desempenhar atividades normais sem restrições; limitação na atividade física normal, conseguindo no entanto realizar trabalhos ligeiros; incapacidade para o trabalho normal, mas capaz de dar resposta às necessidades pessoais; limitação de algumas necessidades pessoais, encontra-se acamado mais de 50% do tempo; invalidez completa, em que o utente se encontra acamado a 100%.

A “Mini Dependence Assessment”, constitui uma outra escala de avaliação de dependência rápida e genérica que inclui a avaliação de quatro atividades: corporais; locomotoras; sensoriais; e, mental. Relativamente a cada uma destas quatro atividades são avaliados três itens com valores compreendidos entre 0 e 2. Cada item – designado grau – é alcançado a partir do princípio em que o grau 0 se refere à situação de independência ou normal, a situação de dependência parcial remete para grau 1, sendo atribuído ao grau 2 a dependência na totalidade, de ajuda humana. O valor em cada atividade estará compreendido entre 0 e 6. A avaliação total da dependência deverá oscilar entre 0 e 24, recomendando assim 5 níveis de dependência: nula (0), ligeira (1 – 8), moderada (9 – 14), severa (15 – 19), muito severa (20 – 24) (Santos, 2005).

Outra escala que vale a pena referenciar e que é utilizada internacionalmente, denomina-se “Care Dependency Scale”. Importante referir que foi criada em 1996 por Dijkstra e colaboradores, e é baseada em 15 itens fundamentais. Estes calculam a dependência do indivíduo no que diz respeito ao comer e beber, continência, postura corporal, mobilidade, “padrões de dia e noite”, vestir-se e despir-se, temperatura corporal, higiene, comportamentos de segurança, comunicação, contacto com os outros, conhecimento de regras e valores, atividades diárias, atividades de recreação e capacidades de aprendizagem. A cada item está associada uma escala de Likert de 5 valores, que correspondem a diversos graus de dependência (Lohrmann et al., 2003).

Um outro estudo de avaliação do grau de dependência nas AVD em idosos foi realizado numa cidade brasileira. Para o levar, conceberam e utilizaram uma escala de graus de dependência para as AVD baseada no modelo de vida com 11 itens de avaliação:

locomoção; alimentação e hidratação; eliminação; vestir-se; atividades de casa; sono e repouso; lazer e recreação; sexualidade; comunicação; e, uso de transportes. A utilização desta escala avalia a dependência da seguinte forma: sem restrição; com pouca restrição, com muita restrição e não consegue (Silva, et al., 2006).

Noutros estudos, já efetuados relativos à avaliação da dependência/funcionalidade são visíveis escalas de avaliação de outros autores; escalas essas menos utilizadas e com menor expressão na literatura.

Depois de toda esta exposição pode afirmar-se que estas escalas parecem não ser muito específicas em relação às suas normas para avaliar a dependência, enquanto fenómeno da enfermagem. Muitas delas avaliam parâmetros que não se cruzam no que é fundamental com o conceito de autocuidado defendido por Orem (1995). Dada a sua composição, na grande maioria das escalas referidas, o nível de especificação e, por isso, ganho clínico (para a enfermagem) é muito reduzido.

Assim um instrumento de avaliação do nível de dependência no autocuidado deve dar a perceber as intervenções adequadas e passíveis de serem colocadas em prática, ao darem a conhecer de que forma os indivíduos necessitam de ser assistidos, conseguindo desta forma alcançar os objetivos esperados possibilitando ao mesmo tempo uma avaliação da sua evolução.



## **6. APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE KATZ E LAWTON BRODY**

As duas escalas - Escala de Atividade de Vida Diária de Katz (1963) e Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton & Brody (1969) – são sobejamente conhecidas e aplicadas em estudos desta natureza por tudo o que já foi descrito mas também porque não são instrumentos extensos, já que se esta condição não se verificasse correr-se-ia o risco de se tornar pouco eficaz pela sua extensão (Paixão e Reichenheim, 2005).

Alguns exemplos de estudos, a nível internacional, onde foram aplicadas estas escalas decorreram na Alemanha pela mão de Roehrig et al., (2007), onde foram aplicados inquéritos a 327 pessoas idosas com idade  $\geq 60$  anos, dos quais 198 tinham o diagnóstico de carcinoma e 129 outros diagnósticos médicos. Para a avaliação das AIVD foi usada a escala de Lawton e Brody. Dois dos oito itens das AVD reconheceram 97.4% das pessoas idosas com limitações. Já no Brasil, Maciel e Guerra (2007) desenvolveram um estudo incluindo 310 pessoas idosas com idade  $\geq 60$  anos. O objetivo do estudo foi o de analisar o efeito de fatores sociodemográficos, de saúde física e neuropsiquiátricos na capacidade funcional de pessoas idosas a viver num município do Brasil. Na avaliação funcional foram utilizadas a EAVD de Katz (1963) e a EAIVD de Lawton e Brody (1969). O resultado desta avaliação apontou para que 86,9% das pessoas idosas eram independentes para as AVD e, apenas 47.4% eram independentes nas AIVD. A nível nacional, uma das referências a nomear é o estudo desenvolvido por Botelho (2000). Neste estudo foram incluídos 152 indivíduos, inscritos no Centro de Saúde da Lapa, com idade superior a 65 anos. Foram avaliadas diversas variáveis, tais como: capacidade funcional, capacidade locomotora, morbidade, saúde mental, aspetos socioeconómicos, medições antropométricas, composição corporal, parâmetros plasmáticos, força de preensão. Na variável capacidade funcional, foram avaliadas a autonomia física, utilizando a Escala de Katz (1963) e a autonomia funcional, utilizando a escala de Lawton e Brody (1969), embora não no sentido de rastreio. A autora elaborou uma escala desenvolvida a partir dos itens das anteriores, designando-a de funcionalidade. Relativamente à autonomia funcional, foi encontrada uma diferença

significativa entre géneros, com pontuação superior para os homens, o que se traduz numa maior independência. No que diz respeito à autonomia instrumental, eram visíveis diferenças significativas entre sexos e escalões etários: as pontuações mais altas correspondiam às mulheres e à idade menos avançada (Botelho, 2000).

## 7. CONCLUSÃO

O conceito de autocuidado e todos os outros que lhe estão associados, como sendo: a dependência, a autonomia e a capacidade funcional, no que diz respeito à disciplina de Enfermagem, representam assuntos aos quais é mandatório destaque central. A pertinência da conceção de autocuidado é corroborada por todos os estudos científicos que se têm desenvolvido nos últimos anos, na sua grande maioria remetendo para os princípios teóricos da Escola das necessidades (Meleis, 2007). Em Portugal, tem vindo a assistir-se nestes últimos anos, a uma forte investigação em enfermagem relativa à problemática do autocuidado. Este forte investimento é resultado da extrema importância do conceito para a disciplina e, da premência de ir de encontro a soluções que permitam lidar com o aumento dos quadros de dependência, existentes e que tudo indica, irão aumentar exponencialmente.

As medidas que têm por objetivo solucionar as dificuldades desta nova realidade, como sendo a criação da RNCCI, dando especial destaque aquele que “por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”, (Decreto-lei n.º 101/2006), têm sido fruto do interesse e atividade política.

A promoção da autonomia no autocuidado e a promoção das competências dos membros da família prestadores de cuidados a dependentes, (inseridos nos seus ambientes familiares), são exemplo de temas centrais e básicos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

Todavia e apesar do reconhecimento da sua importância científica, estes instrumentos, em termos clínicos (para a enfermagem), vêm a sua utilidade diminuída, pois fazem avaliações genéricas, com limitações de distinção dos casos e das suas reais capacidades de desempenho.

Nas projeções do INE (2009), para o ano 2060, a população portuguesa irá apresentar um decréscimo de valores na ordem dos 10 364 157 habitantes, dos quais 3 351 045 apresentarão idade superior a 65 anos, o que constituirá um aumento importante da proporção de idosos para 32,3%. Isto quer dizer precisamente que daqui a 50 anos, a percentagem de idosos na população portuguesa irá duplicar. Assim e pelo exposto ousou dizer que esta pesquisa foi não só pertinente como deixa evidente, a real necessidade de ser continuada.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- AMARAL, M.; VICENTE, M. (2000) Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 18, n.º 2 (Jul-Dez 2000), p. 23 – 31
- ARAÚJO, F.; et al. (2007) Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 25, n.º 2 (Jul-Dez 2007), p. 59-66
- ARAÚJO, F.; et al. (2008) Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 655-659). Porto: Universidade do Porto.
- AZEREDO, Z.; MATOS, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 3 Série, 8 (4), 199-204.
- BOTELHO, M. A. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos*. Laboratórios Bial.
- CALDAS, C. (2003) Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 19, n.º. 3 (Junho 2003), p. 773 – 781
- CAMPOS, C. (1982). Adequação da intensidade de cuidados dos níveis de dependência dos idosos. *Análise económica das ineficiências*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- DECRETO-LEI N.º 101/2006, de 6 de Junho. Disponível [10/12/2014] em URL: [https://www.adse.pt/document/Decreto\\_Lei\\_101\\_2006.pdf](https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf)
- DEVONS, C. (2002). *Comprehensive geriatric assessment: Making the most of the aging years*. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 5, 19-24.
- DGS (2003) *Rede de referência hospitalar de medicina física e de reabilitação*. Lisboa: Direcção de Serviços de Planeamento, 2003. 68 p.
- DUARTE, Y.; et al. (2007) O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola Enfermagem da USP*, 41 (2), 317-325.
- GARCIA, E. (1997) *Visita Domiciliária. Tratar ou Cuidar*. *Servir*. 45-1. Agosto 1997 p. 26-28
- HOOGERDUIJN, J.; et al. (2006) A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk of functional decline. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 16, n.º 1, p. 46 – 57
- ICN (2010) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® versão 2.0 Tradução oficial Portuguesa*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.
- IMAGINÁRIO, C. (2002) *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra, Formasau

- INE (2009) Projeções de população residente Portugal 2008-2060 – Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 2009.
- INE (2012) Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal – Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 2012.
- KATZ, S., et al. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185(12), 914-919.
- KATZ, S.; AKPORN, C. (1976). A measure of primary sociological function. *International Journal of Health Services*, 6, 493-507.
- KATZ, S.; CHINN, A. (1959). Multidisciplinary studies of illness in aged persons. II. A new classification of functional status in activities of daily living. *Journal of chronic diseases*, 9, 55-62.
- LAGE, M. (2007) Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal. Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar, Universidade do Porto
- LAWTON, M. P., & BRODY, E. M. (1969). Assessment of older people: self- maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179- 186.
- LOHRMANN, C.; et al. (2003) The Care Dependency Scale: An Assessment Instrument for Elderly Patients in German Hospitals. *Geriatric Nursing*, Vol. 24, n.º 1 p. 40 – 43
- MACIEL, A. e GUERRA, R. (2007). Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10, pp. 178-189.
- MCDOWELL, I.; NEWELL, C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (2ª Edição ed.). New York: Oxford University Press.
- MELEIS, A.; et al. (2000) Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory, *Advances in Nursing Science*. Vol. 23 p.12-28
- MELEIS, A. (2007) *Theoretical Nursing: Development and progress*. 4.ª ed.: Lippincott Williams & Wilkins
- MELEIS, A. (2010) *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*: Springer Publishing Company
- MS (2004) Programa Nacional para as Pessoas Idosas. Ministério da Saúde, Lisboa.
- OE (2011) Proposta do Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Setembro 2011.

- OE (2001) Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. Divulgar. Lisboa, Dezembro 2001.
- OREM, D. (1995) Nursing Concepts of Practice. 5.ª ed.: Mosby
- OMS (2002) Active Ageing a Policy Framework. Madrid, 2002. Disponível [7/12/2014] em URL: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf)
- PAIXÃO JR, C.; REICHENHEIM, M. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Cadernos de Saúde Pública, 21, 7-19.
- PEREIRA, F. (2007) Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros-Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto
- ROEHRIG, B.; et al. (2007) How Many And Which Items Of Activities Of Daily Living (ADL) And Instrumental Activities Of Daily Living (IADL) Are Necessary For Screening. Critical Reviews in Oncology/Hematology, 62, pp. 164-171.
- ROPER, N.; et al. (1995) Modelo de Enfermagem. 3ªed.: McGrawHill
- SANTOS, A. (2005) O familiar cuidador em ambiente domiciliário. Sobrecarga física, emocional e social. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa
- SEQUEIRA, C. (2007) Cuidar de idosos: Diagnósticos e intervenções: Ed. Quarteto
- SILVA, A. P. (2007) Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina – *Servir*. Vol. 55, n.º 1-2 (Janeiro – Abril 2007), p. 11 – 19
- SILVA, M.J.; et al. (2006) Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. Ata paulista de enfermagem. Vol. 19, n.º2 (Abril – Junho 2006). p. 201 – 206
- SILVA, R. (2011). A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto
- SODERHAMN, O. (2000) Self- care activity as a Structure: A Phenomenological Approach. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. Vol. 7. p. 183 – 189

## **ANEXO I - FORMULÁRIO DE COLHEITA DE DADOS**



## A Dados de Identificação Dados Sócio/Demográficos

**A1. Sexo**

1. Feminino  
 2. Masculino

---

**A2. Idade**

\_\_\_\_\_ anos

---

**A3. Estado Civil**

1. Solteiro(a)    2. Casado(a)    3. Viúvo    4. Separ/Divorc.    5. União de Facto

---

**A4. Nível de Escolaridade**

1. Nunca frequentou a escola    2. Não completou o Ensino Primário    3. Ensino Primário    4. Ensino Preparatório  
5. Ensino Secundário    6. Ensino Profissional    7. Ensino Universitário

---

**A5. Naturalidade (Concelho)**

\_\_\_\_\_

---

**A6. Residência (Concelho)**

\_\_\_\_\_

## B Dados de Identificação Caracterização Sócio/Económica do Idoso

**B1. Refira os seus familiares mais directos**

Cônjuge  Filhos  n° \_\_\_\_\_ Netos  n° \_\_\_\_\_ Irmãos  n° \_\_\_\_\_ Sobrinhos  n° \_\_\_\_\_  
Outros (especificar \_\_\_\_\_) n° \_\_\_\_\_ Outros (especificar \_\_\_\_\_) n° \_\_\_\_\_

---

**B2. Se tem filhos (residência)**

Na mesma freguesia    n° \_\_\_\_\_    No mesmo concelho    n° \_\_\_\_\_  
No mesmo distrito    n° \_\_\_\_\_    Na mesma casa    n° \_\_\_\_\_

---

**B3. Com quem vive actualmente?**

1. Vive só    2. Irmãos    3. Cônjuge    4. Sobrinhos/Parentes próximos    5. Filhos  
6. Vizinhos/ amigos    7. Genros/Noras    8. Netos    9. Outros (especificar \_\_\_\_\_)

---

**B4. Quantas pessoas vivem na mesma casa?**

\_\_\_\_\_ pessoas

---

**B5. No caso de precisar de algum tipo de ajuda, normalmente a quem recorre?**

\_\_\_\_\_

---

**B6. Rendimentos (Valor Aproximado) (Per capita - Rendimento do agregado familiar - considerado como as pessoas que vivem na mesma habitação)**

\_\_\_\_\_

**C****Dados de Identificação**  
Situação Habitacional**C1. Localização**

- 
1. Localizada na povoação
- 
- 
2. Isolada

**C2. Tipo de habitação**

- 
1. Casa unifamiliar
- 
- 
2. Apartamento/andar
- 
- 
3. Parte de casa
- 
- 
4. Alojamentos colectivos e casas de Dormidas
- 
- 
5. Barracas
- 
- 
6. Tendas/roulotes
- 
- 
7. Sem Abrigo
- 
- 
8. Outras \_\_\_\_\_

**C3. Regime de Ocupação**

- 
1. Própria
- 
- 
2. Arrendada
- 
- 
3. Cedida com a presença dos locatários ou donos da casa
- 
- 
4. Cedida sem a presença dos locatários ou donos da casa
- 
- 
5. "Ocupada"
- 
- 
6. Outra \_\_\_\_\_

**C4. Ano de construção**

- 
1. Antes de 1901
- 
- 
2. 1901 a 1950
- 
- 
3. 1951 a 1980
- 
- 
4. 1980 a 2000
- 
- 
5. Depois de 2001

**C5. Número de divisões**

- 
1. Até 2 divisões
- 
- 
2. 3 divisões
- 
- 
3. 4 divisões
- 
- 
4. 5 divisões
- 
- 
5. Mais de 5 divisões

**C6. Infraestruturas**

- 
- Electricidade
- 
- 
- Ar condicionado
- 
- 
- Instalação de gás
- 
- 
- Frigorífico
- 
- 
- Água Canalizada
- 
- 
- Fogão
- 
- 
- Água quente
- 
- 
- Televisor
- 
- 
- Aquecimento
- 
- 
- Máquinas de lava a roupa
- 
- 
- Telefone

**C7. Condições de Acessibilidade**

- 
- Barreiras Arquitectónicas
- 
- 
- Outros problemas de acessibilidade      Quais? \_\_\_\_\_

**D<sub>1</sub>****Avaliação Funcional**Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody<sup>1</sup>**D1a. Capacidade para usar o telefone:**

- 1. Utiliza o telefone por iniciativa própria; procura e marca números, etc.
- 2. Marca alguns números que conhece bem
- 3. Atende o telefone mas não marca números
- 4. Não usa o telefone

**D1b. Fazer compras:**

- 1. Faz as compras que necessita sozinho
- 2. Compra sozinho pequenas coisas
- 3. Necessita de ser acompanhado para qualquer compra
- 4. Incapaz de fazer compras

**D1c. Preparar refeições:**

- 1. Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho
- 2. Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários
- 3. Aquece, serve e prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada
- 4. Necessita de refeições preparadas e servidas

**D1d. Cuidar da casa:**

- 1. Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: “trabalho doméstico pesado”)
- 2. Realiza tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama
- 3. Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza
- 4. Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- 5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica

**D1e. Lavar a roupa:**

- 1. Lava toda a sua roupa
- 2. Lava pequenas peças de roupa
- 3. É incapaz de lavar a sua roupa

**D1f. Modo de transporte:**

- 1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria
- 2. Não usa transportes públicos, excepto táxi
- 3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado
- 4. Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro
- 5. Incapaz de se deslocar

**D1g. Responsabilidade pela própria medicação:**

- 1. Toma a medicação nas doses e horas correctas
- 2. Toma a medicação se preparada e separada por outros
- 3. É incapaz de tomar a medicação

**D1h. Habilidade para lidar com o dinheiro:**

- 1. Resolve problemas monetários sozinho, como: passar cheques, pagar a renda
- 2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efectuar compras maiores
- 3. Incapaz de lidar com o dinheiro

**D<sub>2</sub>****Avaliação Funcional**  
Escala de Actividades de Vida Diária . Índice de Katz<sup>2</sup>**D2a. Lavar-se**

- 1. Toma banho sem necessitar de qualquer ajuda
- 2. Precisa apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo
- 3. Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho

**D2b. Vestir-se**

- 1. Escolhe a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda
- 2. Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos
- 3. Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo

**D2c. Utilizar a sanita**

- 1. Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa, sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e depeja-o de manhã, sem ajuda
- 2. Precisa de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, de noite
- 3. Não consegue utilizar a sanita

**D2d. Mobilizar-se**

- 1. Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se sem ajuda
- 2. Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda
- 3. Não se levanta da cama

**D2e. Ser continente**

- 1. Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas
- 2. Tem incontinência ocasional
- 3. É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância

**D2f. Alimentar-se**

- 1. Come sem qualquer ajuda
- 2. Necessita de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão
- 3. Necessita de ajuda para comer, ou é alimentado parcial ou totalmente, por sonda ou por via endovenosa

**E****Escala “Gijón” de Avaliação Sócio-familiar no Idoso****A. Situação familiar**

- 1. Vive com a família sem dependência física/psíquica
- 2. Vive com o cônjuge de similar idade
- 3. Vive com a família e/ou cônjuge com algum grau de dependência.
- 4. Vive sozinho mas tem filhos próximos
- 5. Vive sozinho sem filhos

**B. Situação económica<sup>7</sup>**

- 1. Mais de 2 salários mínimos
- 2. De 2 salários mínimos até 1 salário mínimo
- 3. Desde ao salário mínimo até à pensão do sistema contributivo
- 4. Desde a pensão do sistema contributivo até à pensão social
- 5. Sem rendimentos ou inferiores aos anteriormente apresentados

**C. Habitação**

- 1. Adequada às necessidades
- 2. Barreiras arquitectónicas na casa ou na entrada principal de acesso à habitação (degraus de escadas, portas estreitas, banheira...)
- 3. Humidade, fracas condições de higiene, equipamento inadequado (casa de banho incompleta, ausência de água quente e de aquecimento)
- 4. Ausência de elevador, telefone
- 5. Habitação inadequada (barracas, habitação em ruínas, ausência de equipamentos mínimos)

**D. Relações sociais**

- 1. Relações sociais
- 2. Relações sociais só com a família e com os vizinhos
- 3. Relações sociais só com a família ou vizinhos
- 4. Não sai do domicílio, mas recebe visitas
- 5. Não sai do domicílio nem recebe visitas

**E. Apoio de Rede Social**

- 1. Com apoio familiar ou de vizinhos
- 2. Voluntariado social, ajuda domiciliária
- 3. Não tem apoio
- 4. Pendente do ingresso numa instituição geriátrica
- 5. Tem cuidados permanentes