



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E PROJETO DE INTERVENÇÃO

COMUNITÁRIA

DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS UTILIZADORES FREQUENTES DO SERVIÇO DE
URGÊNCIA

*RELATÓRIO DE ESTÁGIO APRESENTADO À UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA PARA
OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM, COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA*

ALBERTO MIGUEL FONTES PEREIRA

PORTO - ABRIL DE 2020



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS UTILIZADORES FREQUENTES DO SERVIÇO DE
URGÊNCIA

SITUATION DIAGNOSIS AND COMMUNITY INTERVENTION PROJECT

COMPLEX CHRONIC PATIENTS FREQUENT USERS OF THE EMERGENCY DEPARTMENT

RELATÓRIO DE ESTÁGIO APRESENTADO À UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA PARA OBTENÇÃO DO GRAU
DE MESTRE EM ENFERMAGEM, COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

ALBERTO MIGUEL FONTES PEREIRA

SOB A ORIENTAÇÃO DE:

PROFESSOR DOUTOR ARMANDO ALMEIDA

PORTO - ABRIL DE 2020

RESUMO

Nos últimos anos, o envelhecimento gradual da população obrigou a redesenhar os serviços de saúde, em função dos problemas emergentes relacionados com a elevada prevalência de doenças crónicas. Pessoas com multimorbilidade expressam necessidades de cuidados complexas que não passíveis de serem abordadas por um modelo fragmentado e centrado na doença. Este modelo tradicionalista poderá ser, por si só, um entrave ao desenvolvimento de soluções potencialmente vantajosas para a saúde pública. Existem um conjunto de pessoas com doenças crónicas, neste relatório denominadas por doentes crónicos complexos, que pela complexidade da sua condição clínica e social, e por apresentarem frequentemente critérios de fragilidade, beneficiam de uma abordagem integrada e de proximidade. Os enfermeiros ao centrarem o seu raio de ação nas respostas humanas aos processos de vida, saúde e doença, ampliam o campo de visão sobre as reais necessidades dessas pessoas colocando-se numa posição privilegiada para assumir, na comunidade, um papel central na gestão dos cuidados e combater, dessa forma, a desfragmentação das respostas de saúde. É neste contexto que se realizou o estágio para a aquisição de competências relativas à Especialização em Enfermagem Comunitária, numa Unidade de Cuidados na Comunidade que engloba uma Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos. No sentido de melhor planear os cuidados e antecipar as necessidades desta população alvo, utilizou-se a metodologia do planeamento em saúde, para efetuar um diagnóstico de situação com indivíduos que reuniam os critérios de admissão, mas que ainda não estavam sinalizados para serem acompanhados pela equipa, com o objetivo de clarificar as necessidades e os problemas mais prementes sensíveis aos cuidados de enfermagem. Em função do diagnóstico efetuado, definiu-se a gestão do regime medicamentoso como a principal área de intervenção comunitária, da qual resultou um projeto para implementação de uma árvore de apoio à decisão clínica onde, para além da avaliação do utente e prestador de cuidados, são estruturadas um conjunto de intervenções e respetivos indicadores de desempenho. Por outro lado, correspondendo a uma solicitação da própria equipa, estruturaram-se um conjunto de intervenções de modo a ampliar a sua rede de referênciação.

PALAVRAS-CHAVE: *Doentes Crónicos Complexos; Integração de Cuidados; Enfermeiro Gestor de Caso; Gestão do Regime Medicamentoso; Enfermagem Comunitária*

ABSTRACT

In recent years, the gradual aging of the population has forced health services to be redesigned due to the emerging problems related to the high prevalence of chronic diseases. People with multimorbidity express complex care needs, which cannot be addressed by a traditionalist model, fragmented and centered on the disease, which, in itself, can be an obstacle to the development of potentially beneficial solutions for public health. There are a number of people with chronic diseases, in this report called complex chronic patients, who, due to the complexity of their clinical and social condition, and because they often present fragility criteria, benefit from an integrated and proximity approach. Nurses, by focusing their intervention on human responses to the processes of life, health and illness, broaden the field of vision on the real needs that people experience and place themselves in a privileged position, in the community, to assume a crucial role in centralizing care in the person and defragmentation of health responses. The internship for the acquisition of skills related to the Specialization in Community Nursing took place in a Community Care Unit that includes a support team for complex chronic patients. In order to better plan care and anticipate the needs of this target population, the Health Planning methodology was used to make a diagnosis of the situation, with individuals who met the admission criteria, but who were not yet signaled to be accompanied by the team, in order to clarify the needs and the most pressing problems sensitive to nursing care. Due to the diagnosis made, the management of the medication regime was defined as the main area of community intervention, which resulted in a project for the implementation of a clinical decision support tree where, in addition to the evaluation of the user and care provider, a set of interventions and respective performance indicators are structured. On the other hand, corresponding to a request from the team itself, a set of interventions were structured in order to expand its referral network.

KEY WORDS: *Complex Chronic Patient; Integrated care; Nurse Case Manager; Medication Regimen Management; Community Health Nursing*

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Armando Almeida pela orientação do estágio final, pela forma significativa como contribuiu para o processo de aprendizagem e pelas longas conversas sobre o que nos une como Enfermeiros.

Aos meus colegas de equipa, por toda a preciosa colaboração.

À Enfermeira Alice Martins pela orientação tutorial e pela disponibilidade para me ajudar a encontrar os melhores caminhos.

Aos meus utentes, um sincero pedido de desculpas por não ter sido tão presente como habitualmente.

Aos meus pais por estarem sempre presentes e disponíveis para ajudar.

E por último...

Á minha esposa e aos meus filhos, por não deixarem de acreditar em mim e por serem diariamente o meu porto seguro.

LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E SÍMBOLOS

ACES - AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE

CIPE - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

DGS - DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE

EEEC - ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

ESDCC - EQUIPA DE SUPORTE A DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS

ECTS - EUROPEAN CREDIT TRANSFER AND ACCUMULATION SYSTEM

GDS-15 - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (15 ITENS)

ICFT - ÍNDICE DE COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA

IRD - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

MAT - MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS

MMSE - MINIMENTAL STATE EXAMINATION

POMA I - PERFORMANCE ORIENTED MOBILITY ASSESSMENT I

PC - PRESTADOR DE CUIDADOS

SASU - SERVIÇO DE APOIO A SITUAÇÕES URGENTES

SU - SERVIÇO DE URGÊNCIA

UCC - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

UF - UNIDADE FUNCIONAL

ULS - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

% - PERCENTAGEM

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 - REFERENCIAL TEÓRICO	15
1.1 - VIVER COM MÚLTIPLAS DOENÇAS CRÓNICAS - MULTIMORBILIDADE E FRAGILIDADE	15
1.2 - IMPACTO DA MULTIMORBILIDADE - GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA	16
1.3 - AS EQUIPAS DE SUPORTE AO DOENTE CRÓNICO COMPLEXO	18
1.4 - PERSPETIVAS FUTURAS NA GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA	20
1.5 - A ENFERMAGEM NA GESTÃO DO DOENTE CRÓNICO COMPLEXO	21
CAPÍTULO 2 - DIAGNÓSTICO DE SAÚDE	26
2.1 - MOTIVAÇÃO/ DEFINIÇÃO DA ÁREA PROGRAMÁTICA / QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	27
2.2 - OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	28
2.3 - EQUIPA DE TRABALHO	29
2.4 - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE	29
2.5 - POPULAÇÃO ALVO	29
2.6 - DESENHO DO ESTUDO E MÉTODO DE AMOSTRAGEM	29
2.7 - VARIÁVEIS EM ESTUDO E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	30
2.8 - EXECUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	34
CAPÍTULO 3 - RESULTADOS DIAGNÓSTICO DE SAÚDE	38
3.1 - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	38
3.2 - DOENÇAS E AUTOPERCEÇÃO SOBRE A SAÚDE	38
3.3 - SAÚDE MENTAL	40
3.4 - CAPACIDADE FUNCIONAL PARA REALIZAR O AUTOCUIDADO	41
3.5 - RISCO DE QUEDA	43
3.6 - GESTÃO / ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO	44
3.7 - NÚMERO TOTAL DE FÁRMACOS E COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA	46
3.8 - SEGURANÇA DO MEDICAMENTO	47
3.9 - COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE	48
CAPÍTULO 4 - INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	50
4.1 - PROBLEMAS / NECESSIDADES IDENTIFICADAS	50
4.2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	51
4.3 - ESTRATÉGIAS PLANEADAS E DESENVOLVIDAS	53
4.3.1 - ATIVIDADES ESPECÍFICAS NO ÂMBITO DA ESDCC	53
4.3.2 - ATIVIDADES DECORRENTES DO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE	55
CAPÍTULO 5 - COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	69
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APÊNDICES	84

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - RESPOSTA SISTÉMICA À DOENÇA CRÓNICA - CHRONIC CARE MODEL.....	17
FIGURA 2 - PIRÂMIDE DE KAISER PERMANENTE.....	18
FIGURA 3 - DESENHO DO ESTUDO.....	30

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL DA AMOSTRA PELO ÍNDICE LAWTON-BRODY.....	42
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL DA AMOSTRA PELO RISCO DE QUEDA: POMA 1	43
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL DA AMOSTRA PELO INVENTÁRIO DA CAPACIDADE FUNCIONAL FACE AO REGIME DE MEDICAMENTOS.....	45
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO ESTATÍSTICA DA AMOSTRA PELA ESCALA DE CRENÇAS ACERCA DOS MEDICAMENTOS (BMQ)	45
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA AMOSTRA PELAS RAZÕES PARA A NÃO ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO PRESCRITO.....	46
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO ESTATÍSTICA DA AMOSTRA PELO NÚMERO TOTAL DE FÁRMACOS E ÍNDICE DE COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA AMOSTRA POR DOENÇAS POR INDIVÍDUO	39
GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA AMOSTRA PELA AUTOPERCEÇÃO SOBRE A SAÚDE	39
GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA OPINIÃO DOS INDIVÍDUOS RELATIVA À ADEQUAÇÃO DAS CONSULTAS MÉDICAS	40
GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA AMOSTRA PELO ÍNDICE DE BARTHEL	41
GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA AMOSTRA PELO ÍNDICE DE LAWTON-BRODY	41
GRÁFICO 6 - PREVALÊNCIA DAS DIFERENTES INCONFORMIDADES, NOS REGIMES MEDICAMENTOSOS EM USO ..	47
GRÁFICO 7 - ATITUDE QUANDO SE SENTE DOENTE.....	49

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - PONTOS DE CORTE PARA A AVALIAÇÃO DO MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)	31
QUADRO 2 - PONTOS DE CORTE DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA 15 (GDS15).....	32
QUADRO 3 - PONTOS DE CORTE ÍNDICE DE BARTHEL (ADAPTADO DE SEQUEIRA, 2010)	32
QUADRO 4 - PONTOS DE CORTE ÍNDICE LAWTON-BRODY (ADAPTADO DE SEQUEIRA, 2010).....	32
QUADRO 5 - PONTOS DE CORTE PARA POMA I (PETIZ, 2002)	33
QUADRO 6 - CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA A LISTAGEM DE UTILIZADORES FREQUENTES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA (FASE 1) ...	35
QUADRO 7 - CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA A CONSULTA DOS PROCESSOS CLÍNICOS (FASE 2)	35
QUADRO 8 - PROBLEMAS/NECESSIDADES IDENTIFICADOS.....	50
QUADRO 9 - CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO	52
QUADRO 10 - PROBLEMAS/NECESSIDADES PRIORIZADOS	52
QUADRO 11 - ATIVIDADES ESPECÍFICAS NO ÂMBITO DA ESDCC	54
QUADRO 12 - OBJETIVOS NO ÂMBITO DA DIVULGAÇÃO DA ESDCC À EQUIPA MULTIDISCIPLINAR.....	56
QUADRO 13 - OBJETIVOS E INDICADORES PARA MONITORIZAR O DESENVOLVIMENTO DA CONSTRUÇÃO DA ÁRVORE DE DECISÃO CLÍNICA.....	58
QUADRO 14 - OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS DA ÁRVORE DE DECISÃO CLÍNICA	59
QUADRO 15 - INDICADOR: PERCENTAGEM DE UTENTES COM ANAMNESE FARMACOLÓGICA REALIZADA PELO ENFERMEIRO NO DOMICÍLIO APÓS A ADMISSÃO	60
QUADRO 16 - INDICADOR: PERCENTAGEM DE UTENTES COM MAPA TERAPÊUTICO REVISTO, APÓS UM MOMENTO DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS	61
QUADRO 17 - PERCENTAGEM DE UTENTES COM MAPA TERAPÊUTICO RECONCILIADO, APÓS REFERENCIAÇÃO DO ENFERMEIRO.....	61
QUADRO 18 - INDICADOR: PERCENTAGEM DE UTENTES AVALIADOS COM RECURSO À ÁRVORE DE DECISÃO CLÍNICA.....	62
QUADRO 19 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA AUTOGESTÃO DO RM: CONHECIMENTO DEMONSTRADO SOBRE O RM....	62
QUADRO 20 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA AUTOGESTÃO DO RM: AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO PARA A AUTOGESTÃO DO RM	63
QUADRO 21 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA AUTOGESTÃO DO RM: CAPACIDADE DEMONSTRADA PARA GERIR O RM ...	63
QUADRO 22 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA AUTOGESTÃO DO RM: CAPACIDADE ADQUIRIDA PARA A AUTOGESTÃO DO RM	64
QUADRO 23 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA AUTOGESTÃO DO RM: TAXA DE ACESSIBILIDADE AOS MEDICAMENTOS	64
QUADRO 24 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA AUTOGESTÃO DO RM: ACESSO EFETIVO AOS TRATAMENTOS.....	65
QUADRO 25 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA AUTOGESTÃO DO RM: TAXA DE ADESÃO AO RM	65
QUADRO 26 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA AUTOGESTÃO DO RM: AQUISIÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE ADESÃO AO RM	66
QUADRO 27 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA DIMENSÃO PAPEL DE PC: CONHECIMENTO DEMONSTRADO SOBRE A GESTÃO DO RM.....	66
QUADRO 28 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA DIMENSÃO PAPEL DE PC: AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO PARA A GESTÃO EFETIVA DO RM.....	67
QUADRO 29 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA DIMENSÃO PAPEL DE PC: CAPACIDADE DEMONSTRADA PELO PC PARA GERIR O RM. 67	
QUADRO 30 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA DIMENSÃO PAPEL DE PC: CAPACIDADE ADQUIRIDA PARA A GESTÃO EFETIVA DO RM	68
QUADRO 31 - TAXAS DE PREVALÊNCIA ASSOCIADAS À ÁRVORE DE DECISÃO CLÍNICA NA GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO ...	68
QUADRO 32 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA - NA ÁREA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	70
QUADRO 33 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ACADÉMICAS DO MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	72

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas assistimos a uma profunda alteração no panorama da saúde. O desenvolvimento científico e das tecnologias proporcionaram as condições para o aumento gradual da prevalência das doenças crónicas, representando estas um enorme desafio para as sociedades atuais, mais concretamente para os serviços de saúde.

As doenças crónicas são a principal causa de mortalidade e morbilidade na Europa. Estima-se que existam mais de 50 milhões de pessoas com múltiplas doenças crónicas sendo que, destas, 60% têm mais de 65 anos ⁽¹⁾. Em Portugal a esperança média de vida é de 81.3 anos, sendo assim o 14º país da Europa com vida mais longa ⁽²⁾. No entanto, a esperança média de vida saudável após os 65 é de apenas 7.3 anos, em contraponto com a média Europeia que se situa nos 10 anos. Na Noruega, por exemplo, após os 65 anos vive-se de forma saudável, em média, mais 15.9 anos. De fato vivemos mais, mas viveremos melhor?

A esperança média de vida aumentou de forma assinalável, a taxa de natalidade decresceu abruptamente, factos que se configuram num acentuado envelhecimento da população. Assim, o peso da doença crónica, relativamente ao consumo de recursos do sistema nacional de saúde, aumentou, suplantando a doença aguda, anteriormente vista como principal foco de atenção. Estas modificações obrigam a reavaliar a efetividade das respostas profissionais atualmente existentes e a equacionar novas estratégias de tratamento.

Lentamente, os sistemas de saúde tentam acomodar-se a esta nova realidade. No entanto, pessoas com múltiplas doenças crónicas (multimorbilidade) exigem um elevado nível de integração de cuidados e de centralidade na pessoa que, na maioria dos casos, os serviços de saúde não estão preparados para oferecer. A falta de integração de cuidados entre os vários “*stakeholders*” na saúde conduz inevitavelmente a cuidados fragmentados e pouco

eficientes, dificultando de sobremaneira a navegação do utente no seu próprio projeto de saúde ⁽³⁾ ⁽⁴⁾. Não é, por isso, de estranhar, que a abordagem integrada e em proximidade da doença crónica seja um dos grandes objetivos do atual Plano Nacional de Saúde ⁽³⁾.

A enfermagem, assumindo-se cada vez mais como uma disciplina dotada de um corpo de conhecimentos autónomo, tendo como principal foco da sua atenção as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde ⁽⁵⁾, está no centro da mudança e das referidas novas estratégias de abordagem à doença crónica. A pessoa acometida por várias doenças crónicas, expressa nos seus comportamentos intencionais ou não, vários critérios de fragilidade e vulnerabilidade muito sensíveis aos cuidados de enfermagem. Neste novo paradigma o enfermeiro deverá assumir-se como um agente potenciador de mudança de comportamentos e como um elo de ligação crucial entre a pessoa, o ambiente com o qual esta interage e o sistema de saúde.

Neste contexto parece fazer sentido a presença da Especialidade em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, para que se possa proceder à avaliação do estado de saúde desta comunidade e projetar, com base na metodologia do planeamento em saúde, novas soluções que se enquadrem e melhorem os atuais programas, ajudando a atingir os objetivos do Plano Nacional de Saúde. Ainda nessa lógica, tendo em conta que a doença crónica é, predominantemente, um problema cujo tratamento passa pela modulação de comportamentos do indivíduo/ família/ cuidador/ comunidade, parece fazer ainda mais sentido a figura do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), dada a ênfase atribuída à sua competência para promover processos de capacitação de grupos e comunidades.

É aqui que surge a motivação do estudante para desenvolver competências especializadas nesta área. Estando ligado, desde o início do seu percurso profissional, aos cuidados de saúde hospitalares, nomeadamente, em serviço de urgência/ emergência e tendo, há cerca de três anos, iniciado funções numa Unidade de Cuidados na Comunidade, onde se desenvolve um projeto pioneiro de gestão e suporte a doentes crónicos complexos, foi possível perceber que muitos dos problemas encontrados nos doentes que recorriam à urgência hospitalar, por serem especialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem,

podiam ser resolvidos ou minorados, com uma abordagem de proximidade de base comunitária/ domiciliar.

Assim, atendendo a que a definição clara de necessidades de saúde da população, bem como a criação, implementação e monitorização de projetos de intervenção comunitária a este nível, é da competência específica do EEEEC, justifica-se a pertinência relativa: à escolha do grupo de utentes a estudar – doentes crónicos complexos a residir na comunidade; do local para realizar o estágio – Unidade de Cuidados na Comunidade onde existe uma Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos (ESDCC); e do curso de pós graduação onde se pretende desenvolver competências especializadas em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Este relatório surge no âmbito da unidade curricular “estágio final e relatório”, parte integrante do XII Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, a decorrer na Universidade Católica Portuguesa, no Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem – Porto. De acordo com o plano de estudos do Curso, esta Unidade Curricular tem 30 ECTS, a que correspondem um total de 750 horas de trabalho. A componente relativa ao estágio contou com um total de 360 horas de contato e decorreu ao longo de 15 semanas, de 09/09/2019 a 04/01/2020. O estágio realizou-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), que integra uma Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos (ESDCC), ambas pertencentes a uma Unidade Local de Saúde (ULS).

No que diz respeito ao desenvolvimento do estágio, a ausência de critérios clínicos, com base em respostas humanas intencionais, na configuração da definição do doente crónico complexo que é referenciado pelas equipas de saúde para ser acompanhado pela ESDCC, nem sempre é compatível com as dificuldades encontradas no domicílio que impedem a efetiva gestão da doença, frequentemente associadas a fenómenos de enfermagem de âmbito comportamental. Nesse sentido, emergiu a motivação para realizar um diagnóstico de saúde num grupo de indivíduos que, apesar de terem presentes os critérios atualmente utilizados para serem classificados como doentes crónicos complexos, não estavam ainda identificados nem referenciados para a ESDCC.

A partir dessa constatação, partiu-se para um diagnóstico de situação que recaiu sobre um grupo de utilizadores frequentes do Serviço de Urgência, com critérios para usufruir do serviço de gestão de casos, para que através da avaliação epidemiológica relativa a fenómenos sensíveis aos cuidados de enfermagem, seja possível conhecer e antecipar as necessidades dos indivíduos, antes que os critérios de fragilidade se agravem ou possibilitando uma admissão precoce no serviço de gestão de doentes crónicos complexos, por forma a melhorar a efetividade da intervenção da equipa e / ou regularizar mais rapidamente o seu retorno aos serviços de saúde de proximidade centrados na saúde familiar.

Dada a diversidade de problemas e a limitação temporal do estágio, organizou-se um grupo de peritos para definir um conjunto de critérios e por consenso, delinear os fenómenos prioritários, tendo a gestão do regime medicamentoso sido eleita como alvo de intervenção.

A intervenção comunitária teve por alvo prioritário a consciencialização das equipas multidisciplinares face ao problema, bem como, através da criação de uma árvore de decisão clínica, a capacitação dos profissionais da ESDCC, por forma a melhorar o diagnóstico de problemas, a prescrição de intervenções e a obtenção de resultados em saúde, assegurando, ainda, a correta e atempada referenciação e discussão interdisciplinar.

O presente documento pretende refletir as atividades desenvolvidas no estágio, que tiveram como principal linha de orientação a metodologia do planeamento em saúde. Assim é possível definir os seguintes objetivos para este relatório:

- Apresentar o diagnóstico de saúde elaborado junto de uma população de pessoas, com mais de 75 anos, identificadas como doentes crónicos complexos, utilizadores frequentes do Serviço de Urgência de uma ULS do norte do País;
- Descrever o projeto de intervenção executado e planeado no âmbito de uma Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos;
- Avaliar as intervenções implementadas, descrevendo os indicadores definidos para a monitorização das intervenções planeadas para a ESDCC;

- Descrever e refletir sobre as competências adquiridas rumo à especialização em enfermagem comunitária.

De forma a atingir os referidos objetivos optou-se por estruturar este documento em cinco capítulos: O primeiro resume a pesquisa bibliográfica que sustentou o estudo; o segundo descreve as várias fases do diagnóstico de situação; o terceiro expõe os resultados do diagnóstico de saúde; o quarto resume os problemas identificados e priorizados, e as estratégias de intervenção comunitária; e finalmente, no quinto capítulo, é elaborada uma análise crítica das competências adquiridas.

CAPÍTULO 1 - REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 - VIVER COM MÚLTIPLAS DOENÇAS CRÓNICAS - MULTIMORBILIDADE E FRAGILIDADE

A multimorbilidade pode ser definida como a co-ocorrência na mesma pessoa, de múltiplas doenças crónicas (duas ou mais), estimando-se que atualmente possa ter uma prevalência de 65 a 98% na população idosa ⁽⁴⁾. A literatura evidencia que as pessoas que vivem com várias doenças crónicas têm um risco aumentado de declínio funcional, com consequente aumento de consumo de cuidados de saúde e uma taxa de mortalidade mais elevada ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾. Obviamente, a qualidade de vida relacionada com a saúde é severamente afetada, na medida em que as várias doenças crónicas condicionam o agravamento da capacidade física, falta de energia e maior dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾.

Interessa, no sentido de clarificar a terminologia e porque na prática clínica diária os termos são, por vezes, confundidos, distinguir multimorbilidade e comorbilidade. Ambos os termos dizem respeito à ocorrência simultânea de várias doenças crónicas numa pessoa, no entanto, enquanto que no conceito de comorbilidade o enfoque está numa condição clínica principal, na multimorbilidade está no conjunto de todas as condições clínicas que afetam o indivíduo ⁽⁵⁾. Embora esta distinção seja interessante no contexto clínico, na prática, as necessidades reais percebidas pela pessoa são, na sua maioria, comuns em ambos os conceitos.

Nas sociedades atuais, a prevalência crescente de multimorbilidade, especialmente nos idosos, traz enormes desafios aos serviços de saúde e à sociedade em geral. No que concerne aos serviços de saúde, ainda muito ligados a um paradigma de abordagem a uma doença única, a mudança tem que ocorrer no sentido de uma aproximação holística à pessoa, tendo em conta, não só, o seu contexto clínico de várias doenças simultâneas, mas também as suas necessidades de saúde, a quebra na funcionalidade, as dificuldades nas atividades de vida diária e a sua crescente fragilidade.

O conceito de fragilidade assume, em todo este contexto, uma importância singular. Não sendo sinónimo de multimorbilidade, na população idosa aparece frequentemente como sua consequência. Por definição o conceito de fragilidade reporta-se a uma síndrome, na qual o indivíduo tem baixas reservas e é altamente vulnerável a *stressores* internos e externos ⁽⁸⁾. Assim, a fragilidade é vista como um acumular de défices físicos, cognitivos, psicológicos e socioeconómicos, decorrentes da associação entre o envelhecimento e padrões de multimorbilidade. A progressão de um quadro de fragilidade conduz inevitavelmente a um maior risco de queda, diminuição da funcionalidade, imobilidade, hospitalizações, institucionalização e diminuição da qualidade de vida. ^{(8) (9)}

1.2 - IMPACTO DA MULTIMORBILIDADE - GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA

Atualmente, pessoas com várias doenças crónicas são a regra e não a exceção. As suas múltiplas necessidades têm um impacto profundo nas sociedades atuais. Sendo cada vez mais prevalente, a multimorbilidade, muitas vezes associada com síndromes de fragilidade e vulnerabilidade, exige respostas que os serviços de saúde têm dificuldade em oferecer. A gestão de pessoas com multimorbilidade é, assim, um dos maiores desafios que os atuais sistemas de saúde enfrentam.

Nolte & Mckee (2008) citados por Bastos (2013) referem que os custos imputados à doença crónica têm que ser vistos em diversas dimensões, sendo agrupados em cinco conceitos: o custo da doença (custos diretos, mais referentes a todos os custos inerentes ao tratamento, reabilitação clínica e recursos sociais; e custos indiretos que agrupam toda a perda de produtividade, aumento de subsídios, perdas pessoais e familiares); custos e consequências microeconómicas (isto é, os custos inerentes para as próprias pessoas, pelo fato de estarem doentes); custos e consequências macroeconómicas (custos referentes à relação entre saúde e economia); custos inerentes ao bem-estar e qualidade de vida das pessoas; e custos relacionados com políticas públicas de saúde e de custos irrelevantes ⁽¹⁰⁾.

Alguns autores ⁽¹¹⁾ identificam 4 áreas cruciais que dificultam a gestão da multimorbilidade:

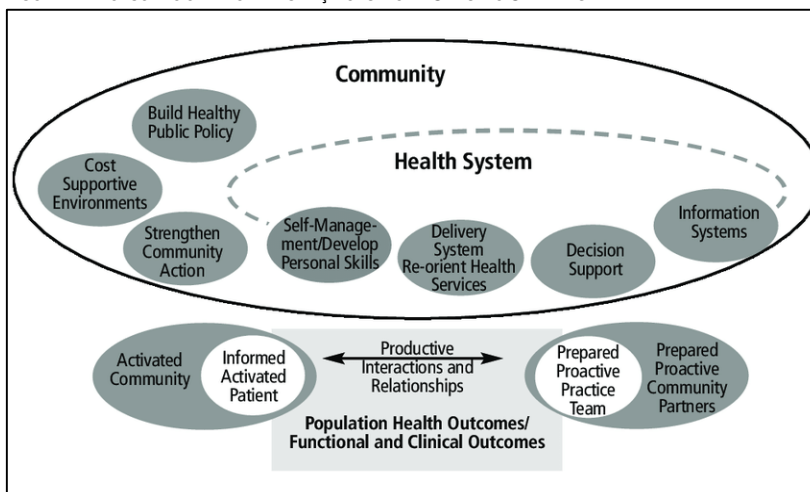
1. Desorganização e fragmentação dos cuidados de saúde, com envolvimento de múltiplas especialidades médicas, em que o foco de cada uma delas é a sua área clínica específica;

2. A inexistência de *guidelines* orientadas para a multimorbilidade, em detrimento de múltiplas *guidelines* e orientações específicas para cada uma das condições clínicas;
3. Dificuldade para implementar uma abordagem centrada na pessoa;
4. Dificuldade em partilhar e envolver a pessoa nas decisões;

De fato, doentes com múltiplas doenças crónicas têm necessidades de saúde complexas, que são difíceis de abordar por um modelo tradicional. Em função deste problema têm surgidos diferentes modelos de abordagem à doença crónica. Ilustram-se de seguida, dois exemplos que preconizam uma visão colaborativa, integrada e centrada no doente e nas suas necessidades:

1. **Chronic Care Model** - pressupõe uma reconfiguração do sistema de saúde dirigida especificamente para as necessidades e preocupações dos doentes, fomentando uma visão proactiva, centrada no doente e baseado na evidência científica. Fundamentalmente, o que este modelo postula é que, os *outcomes* funcionais e clínicos, só acontecem quando pacientes informados e ativos interagem com equipas preparadas e proactivas. ⁽¹²⁾.

FIGURA 1-RESPOSTA SISTÉMICA À DOENÇA CRÓNICA - CHRONIC CARE MODEL

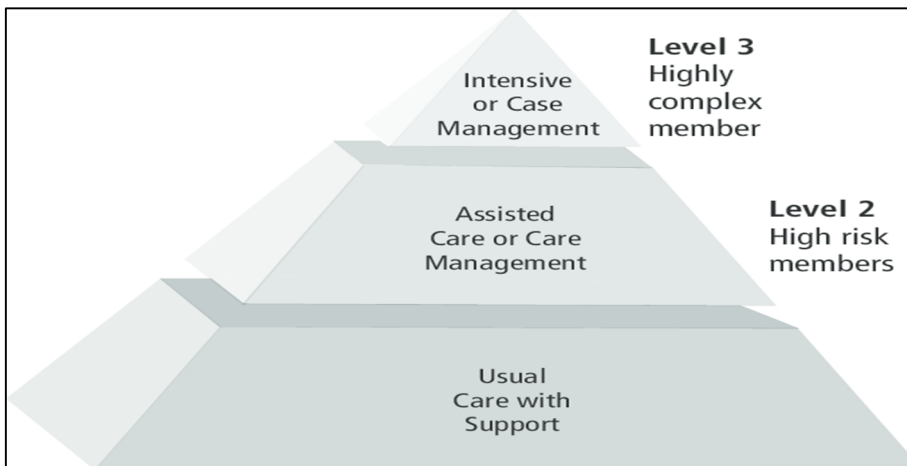


FONTE: WORLD HEALTH ORGANIZATION, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2016 ⁽¹³⁾

2. **Pirâmide de Kaiser Permanent** - Os doentes crónicos são estratificados em três níveis de risco conforme a complexidade da situação. Este modelo prevê a interação entre cuidados de saúde primários e hospitalares, em proporções variáveis conforme as

necessidades, sendo que na base da pirâmide estão os doentes capazes de gerir a sua, ou as suas, doenças crónicas (nível 1); num nível intermédio (nível 2) estão aqueles que, em função das complicações da sua doença, necessitam de uma abordagem multidisciplinar e protocolos definidos; e, por último, no topo da pirâmide (nível 3), estão os doentes que pela sua pluripatologia, critérios de fragilidade e dificuldades na autogestão do regime terapêutico, beneficiam de uma abordagem individual e de um acompanhamento de proximidade. Estes últimos são denominados “doentes crónicos complexos” (13).

FIGURA 2- PIRÂMIDE DE KAISER PERMANENTE



FONTE: WORLD HEALTH ORGANIZATION, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2016 (13)

1.3 - AS EQUIPAS DE SUPORTE AO DOENTE CRÓNICO COMPLEXO

Nesta fase da contextualização teórica, interessa definir o que se entende por doente crónico complexo. Esta terminologia tem sido bastante abordada na literatura, no entanto, não existe uma definição clara de critérios que classifiquem um doente crónico complexo. Sevick et al. (2007) define doença crónica complexa como uma condição que envolve múltiplas comorbilidades e que requer a atenção de vários profissionais de saúde (14). Mais recentemente, Tortajada et al. (2017) definiu doença crónica complexa (ou multimorbilidade complexa) como a ocorrência simultânea de três ou mais doenças crónicas afetando três ou mais sistemas corporais numa pessoa. O mesmo autor refere ainda, que a pessoa com doença crónica complexa, experiencia menor qualidade de vida,

maior vulnerabilidade e um maior risco de mortalidade⁽¹⁵⁾. Para Vargiu et al. (2017) doente crónico complexo é aquele que apresenta pelo menos uma doença crónica acompanhada de comorbilidade, fragilidade (de causa social, económica e/ou clínica), geralmente idoso e que recorre frequentemente aos serviços de saúde. Embora sejam apenas 5% do total dos doentes crónicos, estima-se que representem 40% do total das admissões hospitalares⁽¹⁶⁾.

Estas pessoas, pelas suas necessidades e pelo consumo de recursos que geram, necessitam de uma abordagem integrada, entre os vários parceiros da equipa multidisciplinar, liderada por um médico de medicina interna, e de um acompanhamento de proximidade, promovido em contexto comunitário, por um enfermeiro gestor de caso⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾. Foi neste sentido, que surgiram as chamadas Equipas de Suporte a Doentes Crónicos Complexos.

Como referido previamente, o estágio final decorreu numa destas equipas, integrada numa ULS do Norte de País. Em relação a esta equipa específica, citando a nota de serviço que define a sua criação⁽¹⁹⁾:

“(...) tem como principal objetivo prestar apoio continuado e coordenado a esta tipologia de doentes, de modo a proporcionar melhores cuidados de saúde, evitar recursos ao serviço de urgência e reinternamentos hospitalares. Esta Equipa, “liderada” por um médico internista, integra ainda os “gestores de caso”, enfermeiros com competências específicas, que, na comunidade, são os responsáveis pelo cumprimento do plano de cuidados individual e pela monitorização do percurso de saúde do utente.”

Atualmente, ainda não existe, em Portugal, um conjunto de critérios consensuais para a seleção de utentes para as equipas de suporte a doentes crónicos complexos, uma vez que se tratam de serviços relativamente recentes e ainda com pouca expressão no panorama nacional. No entanto, urge definir critérios de consenso, no sentido de facilitar a criação e implementação no terreno de outras equipas semelhantes.

Tal como referido anteriormente, o estágio foi desenvolvido numa Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos que adota como critérios de admissão de utentes, 3 ou mais dos seguintes itens⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾:

- I. Multimorbilidade (três ou mais das seguintes doenças crónicas: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Insuficiência Cardíaca, Doença Renal Crónica, Neoplasia ativa, Diabetes Mellitus, Doença Cerebrovascular);
- II. Idade igual ou superior a 75 anos;
- III. 3 ou mais internamentos hospitalares no último ano;
- IV. Polimedicação (mais de seis fármacos);
- V. Cinco ou mais episódios de SU no último ano.

1.4 - PERSPETIVAS FUTURAS NA GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA

A multimorbilidade, associada ao natural processo de envelhecimento e, muitas vezes, condicionada por quadros de elevada fragilidade, conduz à emergência de uma tipologia de doente, idoso, frágil, polimedicado, com peso acrescido sobre os serviços de saúde e simultaneamente com dificuldades em gerir o acesso a esses mesmos serviços⁽²⁰⁾. Estes indivíduos, denominados crónicos complexos, necessitam de respostas diferentes daquelas que os serviços estão preparados para oferecer. É importante que sejam reposicionados no centro do sistema, numa resposta de proximidade que pressupõe a integração de cuidados⁽²¹⁾.

O conceito de integração de cuidados é muito amplo, na medida em que envolve múltiplas dimensões associadas aos cuidados de saúde. Pode ser caracterizado como um conjunto coerente de modelos e métodos de base administrativa, organizacional e clínica, desenhados para criar conectividade, alinhamento e colaboração entre os setores curativos e reabilitadores, de modo a melhorar a qualidade dos cuidados prestados, a qualidade de vida das pessoas, a satisfação do consumidor e a eficiência do sistema para pessoas com problemas crónicos complexos, influenciando de forma transversal todos os prestadores e serviços⁽²²⁾.

A integração de cuidados e serviços a um nível meramente estrutural / organizacional, não é suficiente para responder às necessidades das pessoas com múltiplas e complexas doenças crónicas. O processo terá sempre que envolver a centralidade da pessoa em todo o sistema, numa relação de proximidade entre quem cuida e quem é cuidado. O cuidado centrado na

peessoa implica que se tenha em conta as preferências, os valores e as necessidades individuais, assim como, uma participação ativa do doente em todo o processo.

Os cuidados de proximidade permitem maior personalização e individualização na sua prestação por oferecerem respostas mais adequadas à complexidade dos problemas e necessidades da cada pessoa ou grupo. Esta condição adquire forte expressão na prestação de cuidados aos doentes, particularmente idosos, que sofrem de doenças crónicas e que requerem cuidados complexos e continuados no domicílio. (...) Os enfermeiros têm particular vocação para prestarem cuidados numa lógica de proximidade devido à disponibilidade, visão holística e integrada que incorporam no momento da realização das suas intervenções

George, Francisco & Gomes, Sérgio (2013)

Nos doentes crónicos complexos, os conceitos de integração de cuidados centrados nas pessoas, assumem uma preponderância vital de modo a garantir a qualidade do serviço prestado. O ICARE4EU ⁽²¹⁾, projeto criado pela União Europeia para responder ao problema da multimorbilidade, define alguns aspetos centrais neste âmbito:

- Desenvolver um plano individual de cuidados, com uma visão holística, tendo em conta os recursos, as preferências e necessidades individuais como ponto de partida;
- Incluir nos planos individuais de cuidados objetivos de saúde adequados e considerados relevantes pelos doentes;
- Envolver cuidadores informais no processo do cuidar;
- Envolver todas as disciplinas profissionais no processo, garantindo a coordenação multidisciplinar dos cuidados prestados;
- Ter em conta todos os recursos do doente que possam ser uteis para o processo: expectativas de eficiência na autogestão da doença, literacia e rede social. Pessoas com mais recursos nestes níveis serão mais capazes de gerir e coordenar a sua condição de saúde. Por outro lado, pessoas com fracos recursos terão que receber suporte profissional.

1.5 - A ENFERMAGEM NA GESTÃO DO DOENTE CRÓNICO COMPLEXO

Os doentes crónicos complexos, pelo seu contexto de multimorbilidade e fragilidade, demonstram necessidades complexas que requerem uma abordagem proactiva e integrada, de modo a minimizar a progressão de défices funcionais. Os enfermeiros assumindo o papel de gestores de caso, ao planearem, organizarem e monitorizarem o

processo do cuidado, são agentes facilitadores da colaboração entre a equipa multidisciplinar ⁽²³⁾.

O termo Gestão de Caso, pode ser definido como um programa intensivo de monitorização de uma pessoa com necessidades complexas por um profissional de saúde, geralmente um enfermeiro especialista, mediante o desenvolvimento e implementação de planos de cuidados, elaborados de acordo com os problemas sociais, clínicos e económicos demonstrados por esse individuo ⁽²⁴⁾. Por outras palavras, os enfermeiros gestores de caso assumem um papel de coordenadores dos diferentes serviços de apoio à pessoa com doença crónica, em situação social e/ou clínica complexa, avaliando as necessidades, desenvolvendo planos de cuidados, facilitando a acessibilidade aos serviços de saúde e promovendo a qualidade do contato com a pessoa e a sua família ⁽²⁵⁾.

Existem várias experiências de enfermeiros como gestores de caso de doentes crónicos. Muitos desses projetos apontam para uma prática avançada de enfermagem, prevalecendo uma visão economicista e centrada no controlo da doença. Os enfermeiros ao focarem a sua intervenção nas respostas humanas aos processos de vida, saúde e doença ⁽²⁶⁾, ampliam o seu campo de visão sobre as reais necessidades que as pessoas experienciam. De seguida, contextualiza-se de que forma o pensamento profissional, fundamentado numa lógica concetual de enfermagem avançada, pode contribuir para o contributo da enfermagem nos cuidados à pessoa com doença(s) crónica(s) complexa(s).

Teoria das transições

A vivência da multimorbilidade e de processos de fragilidade incorpora um conjunto de transições, na maioria de saúde-doença, para as quais o individuo necessita de desenvolver processos de Coping. Afaf Meleis e colaboradores, ao definirem a Teoria das Transições postularam que estas representam experiencias humanas, descritas como o conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expetativas, pelas perceções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações no nível do bem-estar ⁽²⁷⁾.

É importante que o enfermeiro na avaliação de um doente crónico complexo, perceba qual a natureza da(s) transição(ões) que este está a experienciar ou, como acontece frequentemente, para as quais ainda não tem consciência de estar a viver. Meleis⁽²⁷⁾ refere que os tipos de transições podem ser classificados quanto à sua natureza:

- **Desenvolvimental** - Eventos de desenvolvimento individual ou familiar;
- **Situacional** - Definição ou redefinição de papéis (ex. passagem de papel não parental para parental, nascimento, morte);
- **Saúde / Doença** - Mudança súbita no desempenho do papel;
- **Organizacional** - Mudanças relacionadas com o ambiente (social, económico ou político).

Por outro lado, existem condicionantes inibidoras ou facilitadoras das transições. Estas condicionantes podem derivar de fatores pessoais, comunitários / familiares ou sociais⁽²⁷⁾.

A teoria das transições⁽²⁷⁾⁽²⁵⁾ identifica ainda, algumas propriedades comuns nas diferentes transições, que assumem especial importância na prática diária do Enfermeiro de uma Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos:

- **Conscencialização do processo** - A consciencialização do processo que está a ser vivenciado é de sobremaneira importante para, por exemplo, a adesão ao regime terapêutico. É uma característica fundamental do fenómeno da transição, pois influencia o grau de envolvimento do cliente. A consciencialização do diagnóstico ou das suas implicações para o futuro deve ser alvo de atenção na prática clínica diária;
- **Envolvimento / compromisso** - Em todos os modelos de doença crónica ilustrados ao longo deste documento percebe-se, claramente, que a pro-atividade do doente na identificação dos problemas e das respetivas soluções, é um fator crucial para o sucesso das intervenções preconizadas;
- **Mudança e diferença** - É fundamental tentar perceber os motivos para a mudança, a sua natureza e as expectativas geradas. Mudar comportamentos é um dos grandes objetivos dos planos de cuidados estabelecidos para estes doentes;
- **Tempo de vida** - Dada a cronicidade das condições clínicas, as transições podem fluir ao longo do tempo, tendendo naturalmente para um estado de estabilidade. No entanto, a atenção deve recair nas reativações de processos de instabilidade das transições, desencadeadas por eventos críticos;

▪ **Pontos e acontecimentos críticos** - Os eventos críticos podem ser variáveis ao longo do processo de transição, podendo ir desde a consciencialização da doença, até um episódio de urgência ou internamento ou, por outro lado, um agravamento das condições clínicas para o qual a pessoa pode não estar preparada para aceitar.

A conceptualização teórica da teoria das transições no contexto da prática clínica do enfermeiro no âmbito do doente crónico complexo, permite dirigir as terapêuticas de enfermagem para as reais necessidades da pessoa, auxiliando-a a desenvolver competências para enfrentar o processo adaptativo, de forma a atingir a desejável estabilidade na transição e o nível máximo de autonomia e bem-estar possível.

O autocuidado no doente crónico complexo

Nos modelos de abordagem à doença crónica, ilustrados previamente neste relatório, evidencia-se uma característica comum: a noção que o problema das doenças crónicas terá que ser resolvido com cuidados de proximidade, em integração de cuidados multidisciplinar e, por outro lado, a concetualização que a (auto)gestão do regime terapêutico estará no centro da solução. De fato, a maioria dos modelos de doença crónica, assumem a grande dificuldade que os doentes crónicos, com maior complexidade, denotam em gerir a sua doença e as suas necessidades, por outras palavras, em gerirem o seu autocuidado.

Na sua Teoria do Autocuidado, Dorothea Orem⁽²⁸⁾ postula que o autocuidado requer intencionalidade e que os indivíduos tomam diligências no sentido de satisfazer as necessidades de autocuidado. Fundamentalmente, identifica três requisitos de autocuidado: Os **universais**, relacionados com as necessidades humanas básicas, os **requisitos de desenvolvimento**, relacionados com as diferentes etapas do ciclo de vida ou eventos específicos e, finalmente, os **requisitos de autocuidado** no desvio de saúde, referentes à pessoa e às suas necessidades perante uma situação de doença ⁽²⁸⁾.

Nos doentes crónicos complexos evidenciam-se, sobretudo, problemas nos requisitos de autocuidado no desvio de saúde, embora as limitações impostas pela condição clínica possam implicar problemas de funcionalidade e daí défices nos requisitos universais de

autocuidado. O espectro de intervenção do enfermeiro vai desde a implementação de planos de intervenção para substituir o indivíduo no autocuidado deficitário, até à promoção de estratégias para garantir a maior autonomia possível.

No que respeita à gestão do regime terapêutico como foco de atenção do enfermeiro no doente crónico complexo, a intervenção decorre desde assistir ou mesmo substituir o indivíduo neste autocuidado, até à implementação de planos de intervenção que visem uma efetiva mudança de comportamento. No entanto, a eficácia deste processo só está garantida se a pessoa demonstrar capacidade de incorporar na sua vida novas práticas, mais adequadas e integrando as exigências da própria doença ⁽²⁵⁾.

Os enfermeiros na comunidade estão bem situados para ajudar pessoas com doenças crónicas para manter ou melhorar a sua condição de saúde⁽²⁹⁾. A experiência de enfermeiros a gerir pessoas com várias doenças crónicas é já bastante relevante, especialmente nos países anglo-saxónicos em áreas como a diabetes, as doenças cardiovasculares e as doenças mentais ⁽³⁰⁾. A educação para a saúde é um dos papéis mais importantes do enfermeiro na comunidade, sendo que, especialmente no contexto da gestão do regime terapêutico nas doenças crónicas, o indivíduo desempenha um papel ativo e fulcral, cabendo ao enfermeiro a sua inclusão, motivação e capacitação para o processo. Assim, é necessário deixar para trás um paradigma tradicional de educação para a saúde e avançar para uma educação para a autogestão, isto é, estratégias para promover mudanças de comportamento e adesão ao regime terapêutico ⁽³¹⁾.

CAPÍTULO 2 – DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

Em função da problemática previamente abordada, emergiu a necessidade de caracterizar a população de doentes crónicos complexos utilizadores frequentes do serviço de urgência na área de abrangência da ESDCC, identificar os problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem em contexto comunitário e domiciliar e, por fim, delinear estratégias que respondam a esses problemas e que sustentem a prática clínica de enfermagem da referida equipa.

A metodologia do planeamento em saúde surge como o fio condutor da intervenção comunitária planeada e executada para responder a este desígnio.

O planeamento em saúde pressupõe a *“racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários”* ⁽³²⁾. Sendo um processo contínuo e dinâmico, deve ser estruturado em 3 fases: a elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico de saúde, pela definição de prioridades, pela fixação de objetivos, pela seleção de estratégias, pela elaboração de programas e projetos e pela preparação para a execução), a execução e a avaliação ⁽³²⁾.

O planeamento em saúde é definido pela ordem dos enfermeiros, como uma competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública ⁽³³⁾. Assim, no percurso de aquisição de competências para a especialidade de Enfermagem Comunitária, descritas neste relatório, serão abordadas as várias fases da metodologia do planeamento em saúde que nortearam o estágio.

Face à complexidade da população a ser abrangida no diagnóstico de situação, aos pressupostos éticos formais e decorrentes da política de proteção de dados da instituição onde decorreu o estágio, houve necessidade de projetar um estudo, no qual o diagnóstico

a efetuar fosse detalhadamente descrito. Seguidamente, são enumerados os vários componentes que constituíram o estudo delineado.

2.1– MOTIVAÇÃO/ DEFINIÇÃO DA ÁREA PROGRAMÁTICA / QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Para além do enriquecimento académico e pessoal, a pertinência para o desenvolvimento do estudo, nasceu pela necessidade de caracterizar os doentes crónicos complexos na área de abrangência da ESDCC onde foi realizado o estágio. Neste ponto, é necessário realçar que o estudante é membro efetivo desta equipa, daí que da sua prática clínica diária tenha emergido a necessidade, não só de clarificar o contexto clínico e de vida destes doentes, mas também de projetar no futuro o desenvolvimento de estratégias efetivas para prevenir e controlar o fenómeno, melhorando dessa forma a performance clínica da ESDCC e a qualidade de vida dos doentes crónicos complexos.

A experiência profissional acumulada permite também inferir que muitas das situações que conduzem a descompensações clínicas, com posterior recurso ao Serviço de Urgência, se centram em défices na autogestão do regime terapêutico, que apenas poderão ser contextualizados na comunidade, isto é, onde as pessoas vivenciam diariamente as condicionantes e limitações associadas às suas doenças crónicas.

O problema da incapacidade para a autogestão da doença crónica associada à longevidade é, como se viu, um problema atual que carece de ser investigado e planeado por forma a responder às necessidades e rentabilizar os recursos existentes. Há evidência sólida que prova que a gestão de casos complexos de doença crónica em idade avançada é efetiva, permitindo, não só, o aumento da qualidade de vida dos envolvidos, como também o controlo dos custos relacionados com a saúde, como é o caso da redução da procura recorrente dos serviços de urgência hospitalar ^{(15) (34) (35)}.

A revisão da literatura previamente efetuada, expôs que a multimorbilidade, cada vez mais característica central no envelhecimento, associada a problemas na gestão do regime terapêutico, condicionam importantes quadros de fragilidade que só poderão ser abordados com uma política de integração de cuidados, em proximidade, centrados nas pessoas, nas suas respostas humanas e nas suas necessidades. Neste sentido, urge

caraterizar estes indivíduos, de forma a perceber se o acesso desregulado aos serviços de urgência advém de problemas relacionados a uma incapacidade na gestão do regime terapêutico ou se, por outro lado, decorrem apenas do agravamento progressivo das doenças de base.

Por utilizador frequente entende-se aquele utente que visita repetidamente o Serviço de Urgência. A definição do número de recursos não é consensual na literatura, no entanto, o Ministério da Saúde Português define como utilizador frequente aquele que recorre quatro ou mais vezes ao SU num ano ⁽³⁶⁾.

Assim, emergiu a pergunta que norteou o diagnóstico de situação: Quais os problemas/necessidades, sensíveis aos cuidados de enfermagem, das pessoas idosas com mais de 75 anos, com multimorbilidade e polimedicação, que recorrem frequentemente ao serviço de urgência (quatro ou mais vezes no ano último ano)?

2.2- OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Perante a pergunta de partida, definiram-se dois objetivos gerais e objetivos específicos:

Objetivos Gerais:

1. Caraterizar a população de utentes crónicos complexos que recorrem frequentemente ao Serviço de Urgência Hospitalar da Unidade Local de Saúde;
2. Identificar os fenómenos, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, em contexto comunitário, que influenciam a gestão da doença crónica.

Objetivos Específicos:

1. Caraterizar sócio e demograficamente a amostra;
2. Caraterizar a perceção individual sobre a saúde e a qualidade de vida;
3. Caraterizar a funcionalidade a nível da saúde mental: cognição e humor depressivo;
4. Caraterizar a funcionalidade ao nível da capacidade para o autocuidado: atividades básicas e instrumentais de vida diárias;

5. Rastrear quedas e caracterizar o risco de queda;
6. Caracterizar a gestão e adesão ao regime medicamentoso;
7. Caracterizar a situação face ao problema da segurança do medicamento;
8. Caracterizar a acessibilidade aos serviços de saúde e o comportamento de procura de saúde.

2.3- EQUIPA DE TRABALHO

A equipa de trabalho foi composta pelo estudante com apoio e supervisão do orientador académico e da enfermeira tutora pelo estágio.

2.4 - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE

O estudo desenrolou-se numa comunidade que recebe o apoio de uma Unidade Local de Saúde, onde está integrada uma Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos.

2.5- POPULAÇÃO ALVO

Elegeram-se como população alvo os indivíduos inscritos na Unidade Local de Saúde, com idade igual ou superior a 75 anos, residentes na comunidade, com fenómenos ativos de doença crónica complexa e histórico de recurso ao Serviço de Urgência, da sua área de residência, igual ou superior a 4 episódios no último ano (01/10/2018 a 01/10/2019). Apenas foram incluídos na amostra os indivíduos que demonstraram capacidade cognitiva para responder ao formulário e que aceitaram participar após ter sido explicado, detalhadamente, todo o estudo.

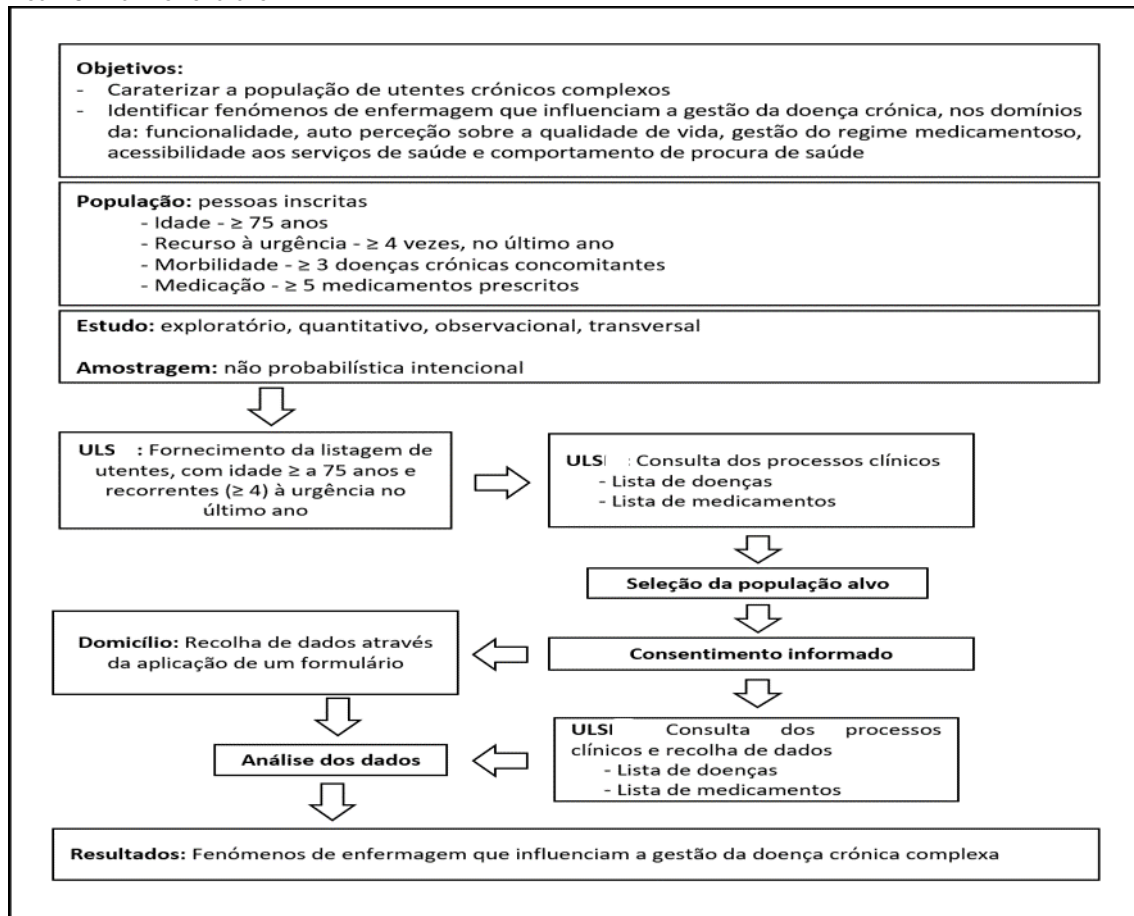
2.6- DESENHO DO ESTUDO E MÉTODO DE AMOSTRAGEM

Para o diagnóstico de situação optou-se por realizar um estudo exploratório, quantitativo, observacional de carácter transversal (Figura 3).

Na sua essência o estudo pretendia, numa fase inicial, identificar indivíduos com idade igual ou superior a setenta e cinco anos, utilizadores frequentes do Serviço de Urgência (quatro

ou mais recursos) e, a partir da consulta dos seus processos clínicos, caracterizá-los em função das suas doenças e da sua medicação habitual, com base em critérios específicos. Desta forma, definiu-se a população alvo, da qual foi extraída uma amostra para a identificação dos fenómenos de enfermagem que influenciam a gestão da doença crónica complexa. A figura seguinte ilustra graficamente o desenho do estudo efetuado:

FIGURA 3- DESENHO DO ESTUDO



2.7- VARIÁVEIS EM ESTUDO E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A seleção das variáveis que constituíram o formulário de recolha de dados teve por base a contextualização teórica efetuada, mediante revisão da literatura em bases de dados nacionais e internacionais. Para além das escalas validadas que compunham o instrumento de recolha de dados, foi utilizado como suporte um formulário desenvolvido recentemente por Almeida (2017), intitulado “*Funcionalidade e Vulnerabilidade em Pessoas Idosas - Implicações para os Cuidados de Enfermagem*”⁽³⁷⁾.

Procurou-se que o formulário refletisse a problemática em estudo, equacionando várias dimensões de saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem, que afetam a pessoa idosa com doença crónica complexa, e que interferem com o seu acesso/recurso aos serviços de saúde. Ao recolher os dados no domicílio dos indivíduos, procurou-se uma visão de proximidade que, por um lado, facilitasse o recrutamento dos utentes para o estudo e, por outro, garantisse um maior realismo nas respostas obtidas. No entanto, este fato revelou-se uma dificuldade, no sentido, em que muitos utentes mostraram grande relutância em receber o enfermeiro em sua casa. Tendo em conta a curta dimensão da amostra e realçando que a construção do IRD teve como principal suporte um formulário já aplicado, numa tese de doutoramento de uma área programática idêntica, optou-se por não realizar pré-teste do IRD.

Foram definidas um conjunto de variáveis (Apêndice I), operacionalizadas através de um formulário de recolha de dados (Apêndice II) que agregou alguns instrumentos validados para a população Portuguesa, bem como perguntas construídas para realizar a caracterização sociodemográfica, avaliar a auto percepção sobre a saúde, a acessibilidade aos serviços e os comportamentos individuais de procura de saúde. As escalas utilizadas são descritas de seguida:

i. Mini Mental State Examination (MMSE) - É uma das escalas mais usadas como medida de avaliação do funcionamento cognitivo. O instrumento foi concebido por Folstein e McHugh em 1975, sendo traduzido e adaptado para a população Portuguesa por Guerreiro e colaboradores em 1994 ⁽³⁸⁾. O seu grande objetivo é o despiste de défice cognitivo, mediante o grau de escolaridade, avaliando a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. A pontuação global varia entre 0 e 30, sendo os pontos de corte para a população Portuguesa os seguintes:

QUADRO 1 - PONTOS DE CORTE PARA A AVALIAÇÃO DO MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

ESCOLARIDADE	PONTUAÇÃO
Analfabetos	≤ 15 pontos
1 a 11 anos de escolaridade	≤ 22 pontos
Escolaridade superior a 11 anos	≤ 27 pontos

ii. Escala de Depressão Geriátrica (GDS -15) - Esta escala criada por Yesavage e col. em 1983, permite identificar sintomas de depressão em idosos. A GDS - 15 é uma versão simplificada da escala original validada para a população Portuguesa em 2014 por Apóstolo e colaboradores. Os pontos de corte definidos para esta escala foram os seguintes ⁽³⁹⁾:

QUADRO 2 – PONTOS DE CORTE DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA 15 (GDS15)

DEPRESSÃO	PONTUAÇÃO
Sem Depressão	0 a 5
Depressão Ligeira	6 a 10
Depressão Grave	11 a 15

iii. Índice de Barthel - Desenvolvido por Mahoney & Barthel, em 1965 e validado para a população portuguesa por Sequeira em 2007, avalia o nível de dependência do indivíduo em dez atividades básicas de vida (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) ⁽³⁸⁾. A pontuação varia entre 0 e 100 pontos, onde quanto mais alta é a pontuação maior o nível de independência.

QUADRO 3 - PONTOS DE CORTE ÍNDICE DE BARTHEL (ADAPTADO DE SEQUEIRA, 2010)

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA	PONTUAÇÃO
Independente	90 - 100
Ligeiramente dependente	60 – 85
Moderadamente dependente	40 – 55
Severamente dependente	20 – 35
Totalmente dependente	< 20

iv. Índice de Lawton-Brody - Desenvolvido em 1969 por Lawton e Brody, avalia a dependência da pessoa idosa nas atividades de vida instrumentais. Compreende oito atividades: usar o telefone, fazer compras, preparação da alimentação, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, responsabilidade da medicação e responsabilidade do dinheiro. Optou-se por utilizar a versão de Sequeira ⁽³⁸⁾ validada para a População Portuguesa. O quadro seguinte enumera os pontos de corte da versão referida.

QUADRO 4 - PONTOS DE CORTE ÍNDICE LAWTON-BRODY (ADAPTADO DE SEQUEIRA, 2010)

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA	PONTUAÇÃO
Independente	8
Moderadamente dependente, necessita de alguma ajuda	9 - 20
Severamente dependente, necessita de muita ajuda	21 – 30

v. Performance Oriented Mobility Assessment I (POMA I) - Desenvolvido por Tinetti em 1986, este instrumento tem como objetivo avaliar o equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico separadamente utilizando duas escalas distintas. Mediante o somatório destas escalas é possível estimar o risco de queda do indivíduo. Foi validada para a população portuguesa por Petiz em 2002 sendo que a pontuação global varia entre 0 e 28 pontos ⁽⁴⁰⁾

QUADRO 5 - PONTOS DE CORTE PARA POMA I (PETIZ, 2002)

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA	PONTUAÇÃO
Baixo risco de queda	25 - 28
Moderado risco de queda	19 - 24
Elevado risco de queda	< 19

vi. Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) - Desenvolvida em 1986 por Morisky, Green e Levine, foi posteriormente validada para a população Portuguesa por Delgado e Lima em 2001. Trata-se de uma escala de Lickert que tem como principal propósito avaliar a adesão aos tratamentos. A escala é constituída por sete itens em que a resposta pode variar de 1 (sempre) a 6 (nunca) ⁽⁴¹⁾. A escala não tem pontos de corte definidos.

vii. Escala de Crenças Acerca dos Medicamentos (BMQ específico) - Este instrumento foi desenvolvido por Horne e colaboradores em 1999, sendo posteriormente validado para a população Portuguesa por Pereira, Pedras, & Machado em 2013. O principal objetivo da escala é identificar barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso na perspetiva do paciente ⁽⁴²⁾. O instrumento baseia-se numa escala de Lickert e a resposta pode variar entre 5 (concordo totalmente) e 1 (discordo totalmente). É constituído por 10 itens, divididos em 2 subescalas, que avaliam as crenças sobre a necessidade da medicação e as preocupações acerca da medicação prescrita, baseada nas crenças de perigo de dependência e toxicidade a longo prazo, entre outros problemas causados pela medicação.

viii. Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT) - *O Medication Regimen Complexity Index* é um instrumento específico, validado e utilizado para medir a complexidade da farmacoterapia, desenvolvido originalmente em língua inglesa por George e colaboradores em 2004. Posteriormente, em 2007, foi adaptado para Português do Brasil por Melchior, Correr, e Fernández-Llimos. ⁽⁴³⁾

ix. Inventário da capacidade funcional face ao regime de medicamentos - Com este instrumento construído por Almeida ⁽³⁷⁾, pretendia-se avaliar várias dimensões que influenciam a capacidade funcional para gerir o regime medicamentoso. Apesar do instrumento não estar validado, a sua utilização permitiu abordar domínios práticos e quotidianos na utilização de medicamentos e, por outro lado, elucidar se o regime medicamentoso é gerido pela própria pessoa, se esta tem dificuldade ou se depende de outro.

x. Inventário de razões para a não adesão ao regime medicamentoso prescrito - Também construído por Almeida ⁽³⁷⁾, este conjunto de perguntas permite clarificar os motivos da não adesão ao regime medicamentoso.

2.8- EXECUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O procedimento de recolha de dados e seleção da amostra final desenrolou-se em 3 fases distintas. De forma a responder a todos os requisitos éticos e formais, foi solicitada autorização ao Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde, ao Presidente do Conselho Clínico do ACES, ao Coordenador da Unidade de Cuidados na Comunidade e ao Diretor do Serviço de Urgência. Foi também obtido consentimento formal da Comissão de Ética da instituição em questão.

O estudo efetuado pretendeu explorar a realidade para descrever a ocorrência de determinados fenómenos de enfermagem, que condicionam a gestão do regime terapêutico em doentes crónicos complexos. Optou-se por estudar os domínios da funcionalidade (cognitiva, psicológica, mobilidade), perceção sobre a qualidade de vida, gestão do regime medicamentoso, acessibilidade aos serviços de saúde e comportamentos de procura de saúde, numa população de pessoas com idade superior ou igual a 75 anos, residentes na comunidade, com critérios para serem considerados doentes crónicos complexos: recurso anual ao serviço de urgência superior ou igual a quatro vezes, três ou mais doenças crónicas em simultâneo e polimedicação.

Como principais constrangimentos destacam-se a amplitude do diagnóstico de situação e os requisitos éticos legais e de proteção de dados, que condicionaram um atraso nas

autorizações para iniciar o diagnóstico de situação, originando que o planeamento do estágio tivesse que ser alterado.

Fase 1

Obtenção da listagem informática de utilizadores frequentes do serviço de urgência no último ano. Para esta consulta foram selecionados os processo clínicos com base nos seguintes critérios:

- Idade igual ou superior a 75 anos;
- 4 ou mais recursos ao serviço de urgência no último ano;

Esta consulta decorreu entre 25/09/2019 e 04/10/2019, tendo sido obtida uma lista com 664 utentes.

QUADRO 6 - CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA A LISTAGEM DE UTILIZADORES FREQUENTES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA (FASE 1)

VARIÁVEL	CRITÉRIO	FONTES INFORMADORAS
Idade	≥ 75 anos	Listagens de utentes fornecida pelo Serviço de Informática
Recurso ao Serviço de Urgência no último ano em análise (01/10/2018 a 01/10/2019)	≥ 4 no último ano em análise	

Fase 2

Consulta dos processos clínicos, da lista obtida, sob a supervisão do enfermeiro tutor, onde foram obtidos os diagnósticos médicos ativos e os medicamentos prescritos (apêndice III). De modo a obter a população alvo foram aplicados nesta consulta, os seguintes critérios:

- Três ou mais doenças crónicas diagnosticadas;
- Cinco ou mais medicamentos prescritos;

Esta consulta decorreu entre 28/10/2019 e 14/11/2019, tendo sido selecionada uma população alvo constituída por 278 indivíduos.

QUADRO 7 - CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA A CONSULTA DOS PROCESSOS CLÍNICOS (FASE 2)

VARIÁVEL	CRITÉRIO	FONTES INFORMADORAS
Doenças Crónicas Diagnosticadas	≥ 3 ou mais	<ul style="list-style-type: none"> • Listagens utentes fornecida pelo Serviço Informática • Consulta dos processos clínicos
Polimedicação	≥ 5 Fármacos em uso simultaneamente	

É de realçar que o procedimento de extração da informação dos processos clínicos revelou-se muito moroso, em função de constrangimentos informáticos e de um importante atraso na cedência da informação (listagens) pelo serviço de informática da ULS.

Fase 3

Foram contactadas 152 pessoas, das quais 131 aceitaram receber a visita domiciliária. Destas, seleccionaram-se apenas 39 indivíduos, não tendo sido incluídos todos os que não demonstraram capacidade para responder ao formulário (n=92)

A abordagem aos utentes seleccionados, para a solicitação do consentimento informado por escrito (Apêndice IV) e aplicação do formulário de recolha de dados, ocorreu entre 18/11/2019 e 16/12/2019, durante o estágio efetuado na Unidade de Cuidados na Comunidade, sob a supervisão do enfermeiro tutor responsável.

A autorização para participar no estudo englobou, também, uma autorização formal para que se procedesse à recolha de dados do processo clínico, nomeadamente, os registos clínicos relativos aos diagnósticos médicos ativos e a lista de medicamentos prescritos, por forma a poder comparar a realidade percecionada, com a que está representada no processo clínico formal. A informação extraída dos processos clínicos foi transposta para uma base de dados codificada (Apêndice III), tendo-se assegurado a total pseudonomização dos dados, conservados sob a responsabilidade do estudante. No final do estudo, toda esta informação foi destruída.

A recolha de dados demorou, em média, 45 minutos e permitiu ao estudante desenvolver competências na abordagem de questões complexas relacionadas com o utente e a família, adquirir uma consciência crítica para os problemas da prática profissional e, por fim, treinar técnicas de comunicação e de relação terapêutica. O principal obstáculo nesta fase residiu na aceitabilidade dos inquiridos em receberem o estudante nos seus domicílios.

Para a análise estatística, numa primeira fase foi realizada uma análise descritiva, com os valores de frequências, medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão). Para análise inferencial, uma vez que a amostra tinha uma dimensão superior a 30, aceitou-se a normalidade de distribuição de acordo com o teorema

do limite central, pelo que se optou pela utilização de testes paramétricos. Assim, para as variáveis quantitativas utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $p < 0,05$.

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

Seguindo a lógica da metodologia do planeamento em saúde pretende-se, neste capítulo, apresentar os resultados do diagnóstico de saúde. A concetualização dos doentes crónicos complexos como uma comunidade permitiu, no estudo realizado, identificar necessidades de saúde complexas comuns e obter um diagnóstico de situação pioneiro a este nível em Portugal. De seguida, serão apresentados os principais *outcomes* do estudo efetuado.

3.1 - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

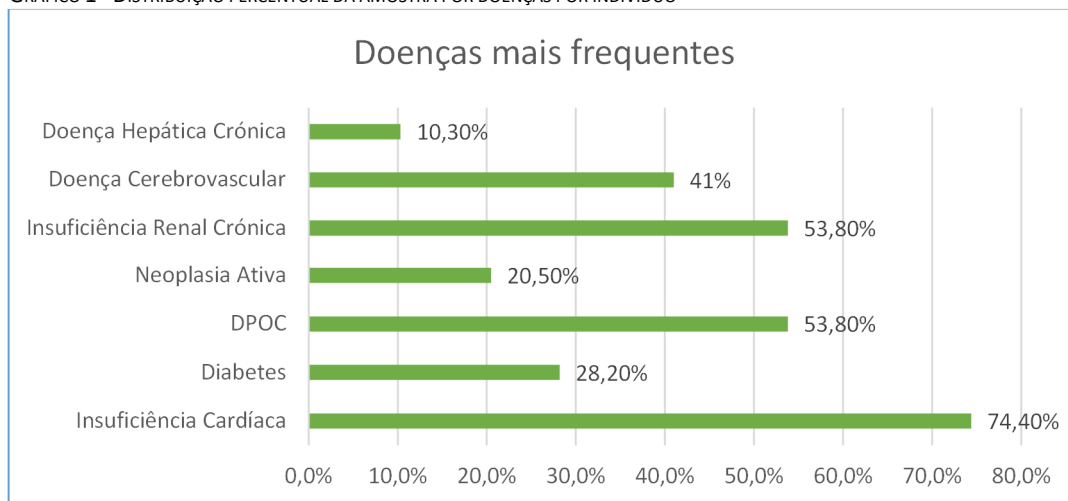
A amostra final ficou constituída por 39 indivíduos, com uma idade média de 82.6 anos, sendo 59% (n=23) do sexo feminino. Em relação ao estado civil verificou-se que a maioria, dos indivíduos, era casado (41%). No que respeita ao nível de escolaridade verificou-se que 69.2% tinha apenas o 1º ciclo concluído, 12.8% não tinha qualquer nível de ensino completo mas sabia ler e escrever e 10.3% era analfabeto; salienta-se, assim, o baixo nível de escolaridade que, de acordo com a literatura ⁽⁴⁴⁾ ⁽⁴⁵⁾ ⁽⁴⁶⁾ poderá condicionar a adesão ao regime terapêutico.

De realçar, ainda, que 17.9% dos indivíduos da amostra viviam sozinhos, 33.3% com o cônjuge/ companheiro e 20.5% com os filhos / noras / genros. Se tivermos em conta a idade média da amostra e que, tendencialmente, os cônjuges dos indivíduos entrevistados terão sensivelmente uma idade aproximada, evidencia-se um padrão de vulnerabilidade possivelmente expresso por défices de apoio nas atividades básicas de vida e instrumentais

3.2 – QUALIDADE DE VIDA - DOENÇAS E AUTOPERCEÇÃO SOBRE A SAÚDE

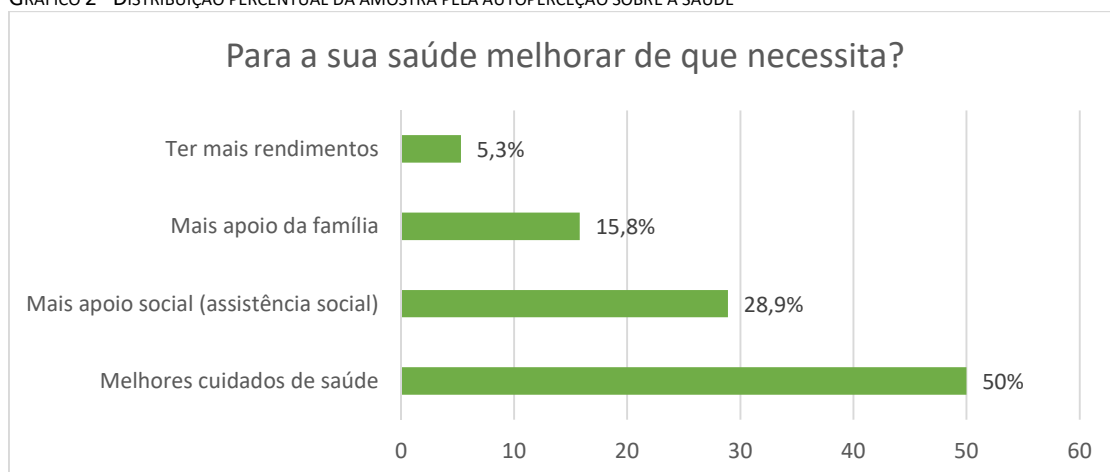
No que respeita às doenças, verificou-se uma média de 8 doenças por pessoa, com um máximo de 18 e um mínimo de 3. As doenças mais frequentes estão refletidas no Gráfico 1.

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA AMOSTRA POR DOENÇAS POR INDIVÍDUO



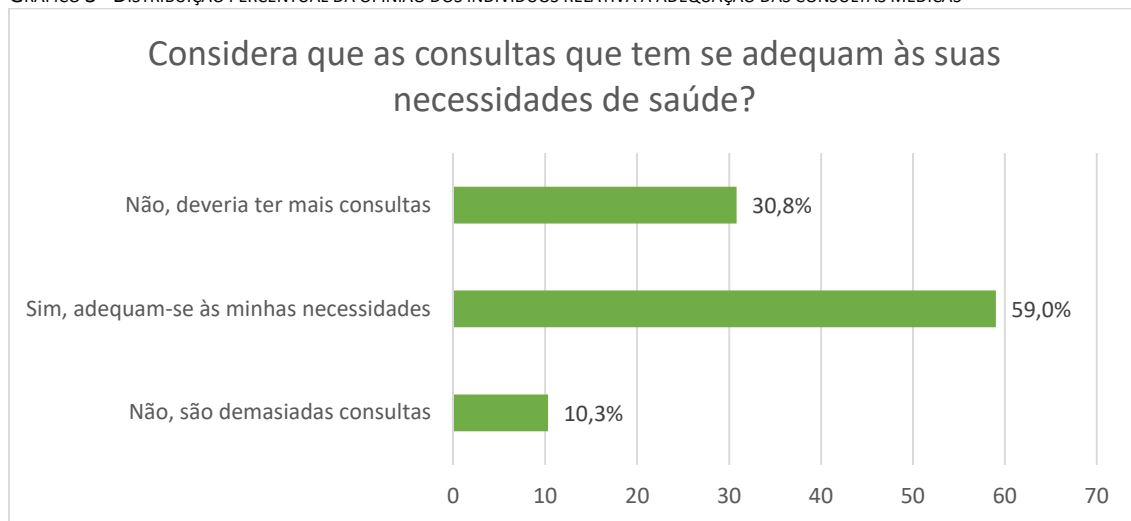
Quando convidados a fazer uma apreciação geral da sua saúde, 74.4% dos inquiridos referiu que estava “má” enquanto 20.5% classificou como “satisfatória” e apenas 5.1% considerou como “boa”. No mesmo sentido, quando pedido para comparar com os últimos 5 anos, 71.8% referiu que estava pior, enquanto 15.4% considerou como igual e apenas 12.8% referiu que estava melhor. Outro dos aspetos abordados dizia respeito à perceção dos indivíduos sobre o que necessitavam para a sua saúde melhorar (Gráfico 2): 50% respondeu que necessitava de melhores cuidados de saúde, 28.9% mais apoio social e 15.8% mais apoio da família. Da análise destes dados, e tendo em conta que os utentes da amostra têm importantes padrões de multimorbilidade e são em média acompanhados por 4 médicos, surge a dúvida sobre que cuidados de saúde necessitam para melhorar a sua saúde.

GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA AMOSTRA PELA AUTOPERCEÇÃO SOBRE A SAÚDE



De facto, 59.9% dos inquiridos respondeu que as consultas que têm adequam-se às suas necessidades de saúde (Gráfico 3), enquanto outros 10.3% considerou que estas pecavam por excesso. Assim, infere-se que os cuidados de saúde que estes utentes necessitam não estão diretamente relacionados com as consultas médicas, mas sim com cuidados de proximidade, centrados nas pessoas ⁽¹⁾ ⁽²⁰⁾ ⁽⁴⁷⁾ e nas suas necessidades que, na maior parte das vezes, estão relacionadas com as atividades de vida diárias e instrumentais.

GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA OPINIÃO DOS INDIVÍDUOS RELATIVA À ADEQUAÇÃO DAS CONSULTAS MÉDICAS



3.3 - SAÚDE MENTAL

No diagnóstico de situação efetuado, foram avaliados défices cognitivos mediante a aplicação do *Mini Mental State Examination* (MMSE) e sintomas de depressão através da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15). Em relação ao desempenho cognitivo verificou-se que 74.4% dos indivíduos da amostra evidenciava suspeita de défice cognitivo, o que poderá ser explicado pela idade média elevada (82.6 anos) e pela baixa escolaridade da amostra. Por outro lado, esta evidência permite antever dificuldades na autogestão do regime terapêutico e a necessidade de auxílio de prestador de cuidados.

No que respeita aos sintomas de depressão geriátrica, verificou-se que 48.7% dos indivíduos apresentava quadros de depressão leve, 41% quadros de depressão severa e apenas 10.3% tinha um quadro psicológico normal. De fato, a literatura evidencia a depressão como umas das principais complicações das doenças crónicas ⁽⁴⁸⁾, reduzindo a

capacidade de adesão e autogestão do regime terapêutico e, conseqüentemente, agravando a morbidade e mortalidade. ⁽⁴⁹⁾

3.4 - CAPACIDADE FUNCIONAL PARA REALIZAR O AUTOCUIDADO

No que concerne à capacidade funcional foram avaliados o índice de Lawton-Brody e o índice de Barthel. Os resultados estão representados nos gráficos seguintes:

GRÁFICO 4- DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA AMOSTRA PELO ÍNDICE DE BARTHEL

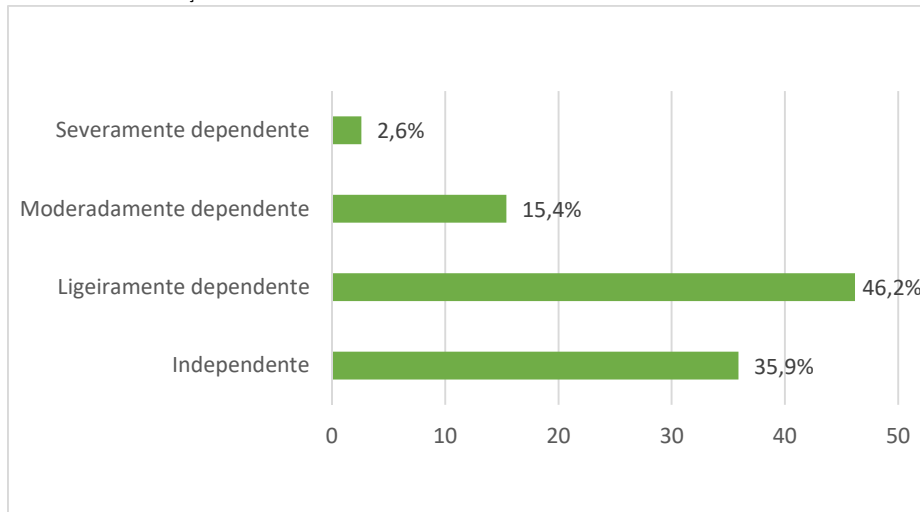
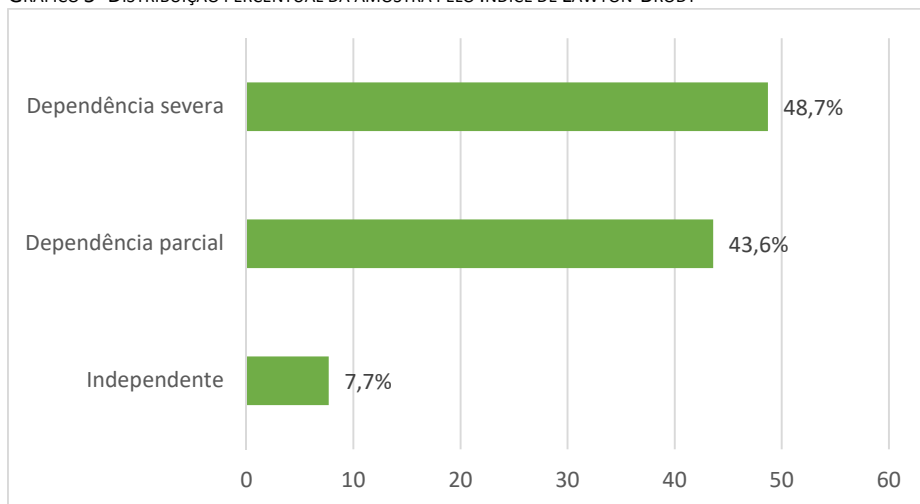


GRÁFICO 5- DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA AMOSTRA PELO ÍNDICE DE LAWTON-BRODY



Analisando os gráficos é facilmente perceptível que apesar dos indivíduos serem, na sua maioria, ligeiramente dependentes ou mesmo independentes nas atividades básicas, têm elevados graus de dependência nas atividades instrumentais de vida diária. Estes

resultados permitem inferir que tal compromisso poderá condicionar problemas importantes na gestão do regime terapêutico, isto é, apesar de manterem algum grau de autonomia com os cuidados pessoais, estas pessoas enfrentam grandes dificuldades na realização das atividades quotidianas em sociedade. A tabela seguinte apresenta os resultados do índice de Lawton-Brody nos itens mais relevantes para a problemática em estudo.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL DA AMOSTRA PELO ÍNDICE LAWTON-BRODY

<i>Atividade</i>	Capacidade de execução	N	%
<i>Ir às compras</i>	Faz as compras sem ajuda	8	20.5
	Só faz pequenas compras	5	12.8
	Faz as compras acompanhado	6	15.4
	É incapaz de ir às compras	20	51.3
<i>Usar o telefone</i>	Usa-o sem dificuldade	18	46.2
	Só liga para lugares familiares	13	33.3
	Necessita de ajuda para o usar	3	7.7
	Incapaz de usar o telefone	5	12.8
<i>Usar o transporte</i>	Viaja em transporte público ou conduz	10	25.6
	Só anda de táxi	2	5.1
	Necessita de acompanhamento	20	51.3
	Incapaz de usar o transporte	7	17.9
<i>Usar o dinheiro</i>	Paga as contas, vai ao banco	13	33.3
	Só pequenas quantidades de dinheiro	16	41
	Incapaz de usar o dinheiro	10	25.6
<i>Responsabilidade pelos medicamentos</i>	Responsável pela medicação	17	43.6
	Necessita que lhe preparem a medicação	10	25.6
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	12	30.8

Da análise da tabela exposta verificamos que a maioria das pessoas não consegue ir às compras sozinha ou necessita de ajuda, uma grande parte necessita de acompanhamento para utilizar os transportes e tem dificuldades em usar o dinheiro, no entanto, a maioria das pessoas que compõe a amostra assume que é responsável pela medicação.

A análise de relações estatísticas entre a capacidade funcional e as restantes variáveis revelou a existência de correlações com:

a) Idade - quanto maior é a idade maior é dependência de outra pessoa para gerir o regime medicamentoso, facto que, atendendo à idade média dos indivíduos, obriga sempre a englobar um prestador de cuidados nas atividades de gestão e na prescrição do gestor de caso;

- b) Capacidade cognitiva - quanto menor a capacidade cognitiva, maior é a dependência funcional básica e instrumental, o que pressupõe a existência de instrumentos de rastreio cognitivo que possam dar suporte às tomadas de decisão clínicas, por parte dos gestores de caso;
- c) Capacidade para a gestão do regime medicamentoso - pessoas com menor capacidade funcional são mais dependentes na gestão do regime medicamentoso;
- d) Força dos membros inferiores - quanto menor é a força nos membros inferiores, maior é a dependência funcional, fator que obriga a repensar em soluções promotoras da mobilidade por forma a aumentar a efetividade das intervenções de enfermagem ao nível da gestão de caso.

3.5 - RISCO DE QUEDA

No total da amostra 59% dos indivíduos tiveram pelo menos uma queda no último ano. No que respeita ao risco de queda, avaliado com recurso à escala POMA I, verifica-se que 62.2% apresenta alto risco de queda, sendo que em dois indivíduos não foi possível avaliar, uma vez que estavam dependentes de cadeira de rodas para deambular.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL DA AMOSTRA PELO RISCO DE QUEDA: POMA 1

POMA I	N	Percentagem (%)
Alto risco de queda	23	62.2
Risco moderado de queda	8	21.6
Baixo risco de queda	6	16.2

Numa população de pessoas idosas, com pouco apoio social e familiar, baixa escolaridade e cuja capacidade funcional está muito limitada por condicionantes clínicas, o fenómeno das quedas assume especial protagonismo, em função das consequências potencialmente devastadoras que poderá acarretar. A literatura consultada reforça claramente esta evidência, considerando mesmo o fenómeno, nesta faixa etária, como um problema de saúde pública ⁽⁵⁰⁾.

Analisando a existência de relações estatisticamente significativas entre o risco de queda e as restantes variáveis, constata-se a existência de uma correlação positiva com a

capacidade cognitiva (MMSE), ou seja, os indivíduos com maior capacidade cognitiva têm menor risco de queda, fator que deve ser tido em conta quando se planeiam cuidados.

3.6 - GESTÃO / ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO

No instrumento de recolha de dados construído procurou-se avaliar as várias dimensões do regime medicamentoso.

Destacam-se de seguida alguns dos dados recolhidos:

- Na escala da medida de adesão aos tratamentos (MAT) obteve-se um valor médio de 34.15 e uma mediana de 34. Dividindo o valor médio obtido (34.15) pelo número de itens da escala (6), obtém-se um valor indicativo de 5.75, que corresponde na escala a “*raramente*”. Considerando como um valor indicativo de adesão aos tratamentos a mediana da MAT (35), é possível inferir que a generalidade dos indivíduos da amostra denota bons níveis de adesão aos tratamentos.
- Em relação à capacidade para gerir o regime medicamentoso, avaliaram-se vários fatores, classificando se o indivíduo era autónomo, tinha dificuldades ou dependia de outro para os executar. Analisando o conjunto total de itens, em 89.7% dos indivíduos, observou-se que existiam dificuldades para realizar, pelo menos, uma das atividades; apenas 2.6% não referiu qualquer dificuldade enquanto 7.7% já não geria o regime, isto é, dependia totalmente de outra pessoa.

As principais dificuldades situavam-se na rotina diária de gestão da medicação: cumprir com o horário das tomas (33.3 %) e lembrar quando chega a hora (30.8%). Este dado poderá estar relacionado com o défice cognitivo identificado e com a dependência nas atividades instrumentais. Em alguns itens específicos observou-se, ainda, uma importante dependência de outra pessoa, o que implica que haja necessariamente um prestador de cuidado disponível, de modo a garantir a gestão eficaz do regime medicamentoso.

Os dados obtidos estão refletidos na tabela 3.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL DA AMOSTRA PELO INVENTÁRIO DA CAPACIDADE FUNCIONAL FACE AO REGIME DE MEDICAMENTOS

<i>Item</i>	<i>Capacidade</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Abrir ou fechar as embalagens/blisters</i>	Não tem dificuldade	17	43.6
	Tenho dificuldade	8	20.5
	Dependo de outro	14	35.9
<i>Ler o que está escrito</i>	Não tem dificuldade	12	30.8
	Tenho dificuldade	10	25.6
	Dependo de outro	17	43.6
<i>Perceber qual e como deve tomar o fármaco</i>	Não tem dificuldade	10	25.6
	Tenho dificuldade	9	23.1
	Dependo de outro	20	51.3
<i>Tomar o fármaco (sabor, tamanho)</i>	Não tem dificuldade	29	74.4
	Tenho dificuldade	6	15.4
	Dependo de outro	4	10.3
<i>Renovar a medicação a tempo (ir ao médico)</i>	Não tem dificuldade	5	12.8
	Tenho dificuldade	8	20.5
	Dependo de outro	26	66.7
<i>Deslocar-se até à farmácia para comprar</i>	Não tem dificuldade	6	15.4
	Tenho dificuldade	6	15.4
	Dependo de outro	27	69.2
<i>Ter dinheiro para comprar a medicação</i>	Não tem dificuldade	7	17.9
	Tenho dificuldade	8	20.5
	Dependo de outro	24	61.5
<i>Cumprir com o horário das tomas</i>	Não tem dificuldade	14	35.9
	Tenho dificuldade	13	33.3
	Dependo de outro	12	30.8
<i>Manter o conhecimento sobre os fármacos</i>	Não tem dificuldade	7	17.9
	Tenho dificuldade	10	25.6
	Dependo de outro	22	56.4
<i>Lembrar quando chega a hora</i>	Não tem dificuldade	14	35.9
	Tenho dificuldade	12	30.8
	Dependo de outro	13	33.3
<i>Organizar para tomar fora de casa (não planeou)</i>	Não tem dificuldade	7	17.9
	Tenho dificuldade	6	15.4
	Dependo de outro	26	66.7
<i>Estar muito ocupado</i>	Não tem dificuldade	20	51.3
	Tenho dificuldade	4	10.3
	Dependo de outro	15	38.5
<i>Adormecer antes da hora</i>	Não tem dificuldade	24	61.5
	Tenho dificuldade	4	10.3
	Dependo de outro	11	28.2

- No que respeita às crenças acerca da medicação, avaliadas pelo BMQ específico, verificaram-se valores elevados em relação às crenças sobre a necessidade de medicação e valores mais baixos nas crenças associadas à preocupação com a medicação (Tabela 4).

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO ESTATÍSTICA DA AMOSTRA PELA ESCALA DE CRENÇAS ACERCA DOS MEDICAMENTOS (BMQ)

	<i>BMQ específica</i>	<i>BMQ - Necessidade</i>	<i>BMQ - Preocupação</i>
<i>Média ± dp</i>	36.62 ± 4.381	22.03 ± 2.729	14.59 ± 4.739

Na avaliação dos resultados do BMQ específico importa, sobretudo, analisar o diferencial entre as necessidades e as preocupações. Na tabela exposta, verifica-se que existe um diferencial significativo entre as duas variáveis. Para a população, em estudo, existe uma elevada crença que os medicamentos são muito necessários, provavelmente em função da condição clínica e, por outro lado, uma relativa baixa preocupação em relação, por exemplo, à toxicidade e dependência da medicação.

- No que concerne aos fatores que concorrem para a não adesão ao regime medicamentoso, após a avaliação de todas as respostas, verificou-se que os mais frequentes foram os seguintes:

TABELA 5- DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA AMOSTRA PELAS RAZÕES PARA A NÃO ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO PRESCRITO

Às vezes não tomo a medicação...	%
<i>Porque o tratamento é demasiado longo</i>	33.3
<i>Por estar deprimido</i>	28.2
<i>Por achar que o fármaco não está a fazer efeito</i>	25.6
<i>Devido aos efeitos secundários</i>	23.1
<i>Porque duvido da eficácia da medicação</i>	20.5
<i>Por estar preocupado com a habituação ao medicamento</i>	20.5
<i>Por não ter apoio</i>	20.5
<i>Porque não gosto de tomar medicamentos</i>	20.5
<i>Por preguiça</i>	15.4
<i>Por não gostar de pensar que estou doente</i>	15.4
<i>Quando me sinto melhor</i>	12.8
<i>Porque não me explicam para que serve</i>	7.7
<i>Por estar a sentir-me pior</i>	7.7
<i>Por não querer misturar a medicação com o álcool</i>	5.1

A procura de relações estatísticas entre a capacidade de autogestão do regime medicamentoso e as restantes variáveis revelou apenas uma correlação estatisticamente significativa com a capacidade cognitiva (MMSE), ou seja, quanto maior é a capacidade cognitiva maior é a capacidade funcional para gerir autonomamente o regime medicamentoso, facto que deve ser ponderado de futuro, equacionando a existência de intervenções que promovam a manutenção da saúde mental nestes indivíduos.

3.7 – REGIME DE TRATAMENTO DE ELEVADA COMPLEXIDADE

Em média cada individuo tinha 11.6 medicamentos em uso. Para a avaliação do grau de complexidade do regime medicamentoso foi utilizado o índice de complexidade da

farmacoterapia, cujo valor mais elevado indica maior complexidade no regime medicamentoso (Tabela 6).

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO ESTATÍSTICA DA AMOSTRA PELO NÚMERO TOTAL DE FÁRMACOS E ÍNDICE DE COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA

	Número total de fármacos	Índice de complexidade da farmacoterapia
Média	11.54	28.9
Mediana	11	28.5
Moda	10	29
Desvio-padrão	3.486	9.458
Mínimo	6	12
Máximo	21	51

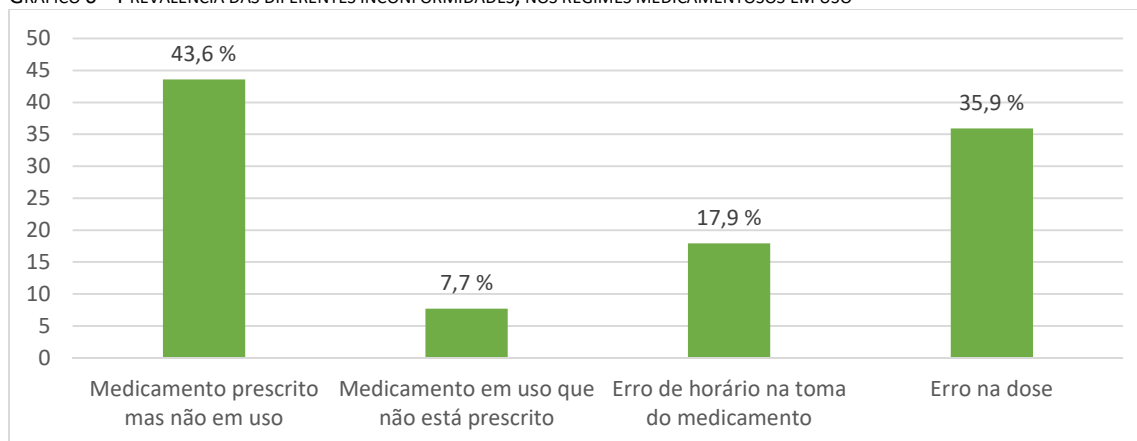
Da análise dos dados apresentados e em comparação com a literatura consultada, é possível verificar que o valor médio do ICFT da amostra é substancialmente superior aos valores calculados em estudos semelhantes ^{(51) (52) (53)}.

3.8 - SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO

De forma a avaliar a conformidade da medicação, optou-se por recolher na visita domiciliária, informação sobre toda a medicação que estava em uso e, posteriormente, comparar com a última prescrição ativa no sistema clínico, no último contato que o utente efetuou com um médico.

Desta análise constatou-se que 64.1% dos utentes da amostra não estavam a fazer medicação conforme prescrito, coexistindo situações em que os medicamentos prescritos não estavam em uso, os fármacos em uso não estavam prescritos, a medicação era tomada em horário errado e a dose em uso era diferente da prescrita (Gráfico 6).

GRÁFICO 6 – PREVALÊNCIA DAS DIFERENTES INCONFORMIDADES, NOS REGIMES MEDICAMENTOSOS EM USO



3.9 - COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE

Neste ponto do IRD tentou-se perceber qual a interação entre os indivíduos da amostra e o sistema de saúde. Foram avaliadas várias dimensões que permitem caracterizar o fenómeno de uma forma mais completa. Assim, foi possível constatar:

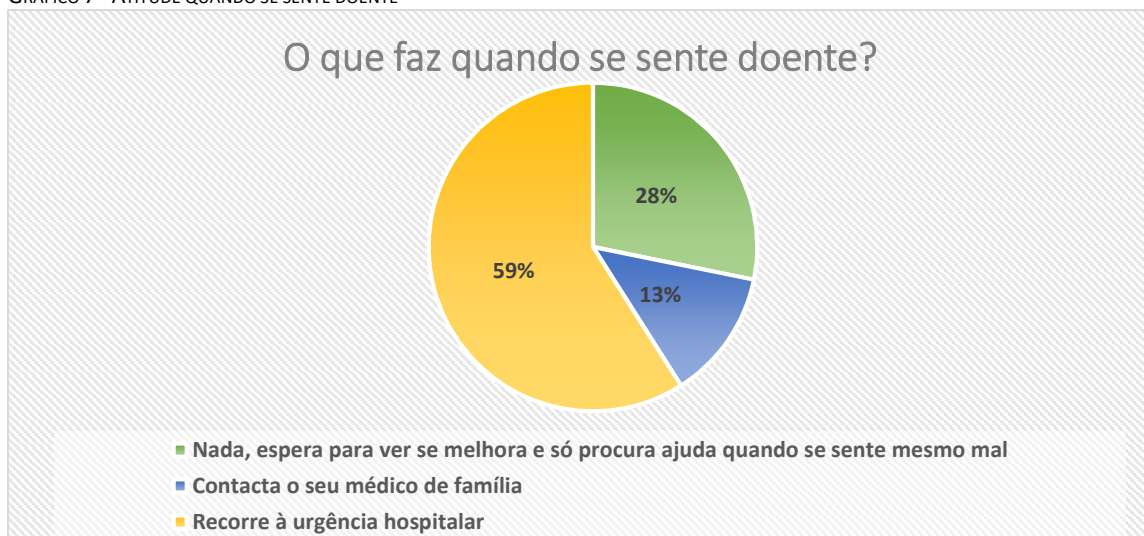
- 61.5% dos indivíduos desloca-se ao centro de saúde em transporte próprio;
- 46.2% desloca-se ao serviço de urgência em transporte próprio enquanto 43.6 % necessita de ambulância;
- 84.6% necessita de acompanhamento para se deslocar aos serviços de saúde e apenas 12.8% consegue ir sozinho;
- 74.4% refere que tem dificuldades em se deslocar às consultas;
- 30.8% refere que nunca consegue contactar a equipa de saúde familiar; 33.3% afirma que por vezes é difícil; enquanto apenas 23.1% refere que não tem dificuldade;
- 53.8% afirma ter dificuldade em perceber os agendamentos das consultas e dos exames;
- 84.6% tem conhecimento de que o Centro de Saúde oferece a possibilidade de consultas não programadas;
- 59% sabe que existe, em funcionamento, na Unidade Local de Saúde, um Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU);
- em média, cada indivíduo, é seguido por 4 médicos;
- em média, cada indivíduo, recorreu 5 vezes ao médico de família e 2 vezes ao enfermeiro de família no último ano;
- em média, cada indivíduo, recorreu 6 vezes ao Serviço de Urgência no último ano (no mínimo 4 vezes e máximo 24 vezes).

Contextualizando que os indivíduos que compõe a amostra são idosos, com baixa escolaridade, vivem sozinhos ou com o cônjuge de aproximadamente a mesma idade, condicionados por limitações na cognição, capacidade funcional e instrumental e com elevado risco de queda, é perceptível que, na maioria das situações de doença, não lhes resta outra solução senão contactar os meios de emergência pré-hospitalar e recorrer ao Serviço de Urgência.

De fato, percebe-se que existe um grave problema de acessibilidade, demonstrado pela dificuldade em contatar a equipa de saúde familiar. Por outro lado, a grande maioria necessita de ser acompanhado para se deslocar aos serviços de saúde que, funcionando em horários de expediente, condicionam uma limitação importante, para os familiares em função das suas atividades profissionais.

Quando questionados sobre a atitude que tomam quando se sentem doentes, as respostas vêm de encontro ao exposto acima.

GRÁFICO 7 - ATITUDE QUANDO SE SENTE DOENTE



Outro aspeto a realçar é o baixo número de consultas de enfermagem registadas no último ano (em média 2). Tendo em conta a complexidade dos indivíduos em questão, o enfermeiro de família deveria ser um elemento crucial na gestão da transição de saúde/doença, na articulação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, na vigilância clínica, na antecipação de descompensações, observando e trabalhando de forma contínua as respostas humanas da pessoa, inerentes a um quadro de fragilidade global característico destes doentes. Os dados aqui refletidos vão de encontro ao que a literatura mais recente refere. As pessoas idosas, acometidas por múltiplas doenças crónicas, com importantes padrões de fragilidade, necessitam de cuidados de proximidade, centrados nas suas necessidades⁽⁵⁴⁾ ⁽⁵⁵⁾, que serão impossíveis de atingir sem o desenvolvimento de estratégias consistentes, que passem por cuidados de base comunitária, em contexto domiciliar, integrando doente, família e sistema de saúde.

CAPÍTULO 4 - INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

A intervenção comunitária sucede ao diagnóstico de saúde e pretende dar resposta aos problemas/necessidades identificados. Seguindo a linha da metodologia do planeamento em saúde, foi possível identificar problemas e com a ajuda de peritos na área selecionar os mais prioritários. Em função desses problemas, estabeleceram-se estratégias de intervenção que procuram acrescentar valor à equipa nas suas atividades.

4.1 - PROBLEMAS / NECESSIDADES IDENTIFICADAS

Os resultados obtidos na fase de diagnóstico permitiram identificar um conjunto de fenómenos, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem. Para a sua nomeação utilizou-se a tabela mais recente da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) atualizada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros⁽⁵⁶⁾:

QUADRO 8 – PROBLEMAS/NECESSIDADES IDENTIFICADOS

P1	RISCO DE QUALIDADE DE VIDA NEGATIVA®
P2	COGNIÇÃO COMPROMETIDA®
P3	HUMOR DEPRESSIVO®
P4	DÉFICE NO AUTOCUIDADO®: ATIVIDADES INSTRUMENTAIS
P5	DÉFICE NO AUTOCUIDADO®: ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS
P6	RISCO DE QUEDA® ELEVADO
P7	CAPACIDADE PARA GERIR O REGIME MEDICAMENTOSO COMPROMETIDA®
P8	NÃO ADESAO AO REGIME MEDICAMENTOSO®
P9	ACESSO AO TRATAMENTO DIFICULTADO®
P10	PROBLEMA COM REGIME DE TRATAMENTO DE ELEVADA COMPLEXIDADE®
P11	SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO
P12	COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE COMPROMETIDO®

®Diagnóstico de enfermagem registado pelo ICN

4.2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

No diagnóstico de saúde procedeu-se à identificação de problemas/necessidades, cuja hierarquização foi delineada nesta etapa de definição de prioridades. Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão ⁽⁵⁷⁾.

Para isso, foi necessário definir critérios para orientar a ordenação dos problemas/necessidades. Imperatori & Giraldes em (1986) citando Cendes e o Bureau Regional da OMS para as Américas através da Programación de la Salud (1965), sugeriram três critérios clássicos para a definição de prioridades: a **magnitude**, que consiste na determinação e caracterização do problema pela sua dimensão; a **transcendência**, que consiste na ponderação por grupos etários e a consideração de possibilidades de prevenção de acordo com estes; e a **vulnerabilidade**, que consiste na possibilidade de evitar uma patologia baseando-se na tecnologia e recursos existentes na área. De modo a priorizar os problemas, contextualizando-os dentro da realidade da ESDCC, foi constituído um grupo de consenso constituído por:

- Enfermeiro Gestor de Caso na Comunidade na UCC;
- Enfermeiro Gestor de Caso da Equipa Intra-hospitalar da ESDCC;
- Médico com a especialidade de Medicina Interna responsável pela ESDCC;
- Enfermeira Chefe da UCC;
- Professor de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa (orientador).

Adaptando os critérios acima expostos, para o contexto em estudo, definiram-se os seguintes critérios como orientação da priorização dos fenómenos identificados:

- A. A **vulnerabilidade** do tema – Possibilidade de intervenção / prevenção, recursos, razoabilidade, expectativas;
- B. A **magnitude** que o problema abrange – Dimensão do problema, percentagem da população atingida;
- C. O **interesse dos planificadores** – O problema está no âmbito da equipa de suporte a doentes crónicos complexos; a intervenção específica da equipa pode ajudar a resolver / minorar o problema;

D. A aceitabilidade da população - A recetividade esperada por parte da população à intervenção no âmbito dos problemas identificados;

O quadro 10 ilustra os critérios definidos e a sua ponderação:

QUADRO 9 - CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO

Crítérios	Qualificador	Ponderação	
A	Vulnerabilidade	Exequível	1
		Não exequível	0
B	Magnitude	> 50% da população	3
		> 25% ≤ 50% da população	2
		≤ 25 % da população	1
C	Interesse dos planificadores	Muito interessante	3
		Interessante	2
		Nada interessante	1
D	Aceitabilidade da População	Fácil adesão	3
		Neutro	2
		Baixa adesão	1

Cada um dos problemas identificados foi analisado e ponderado à luz destes critérios. Seguidamente foi aplicada a seguinte fórmula para obter a ponderação final (Apêndice V):

$$\text{PONDERAÇÃO} = (B+C+D) \times A$$

Após a aplicação da fórmula supracitada, obtiveram-se sete problemas com a ponderação máxima. Dado o limite temporal do estágio e a magnitude dos problemas identificados, surgiu a necessidade de efetuar uma nova técnica de priorização de forma a encontrar um consenso entre os planificadores. Assim, foi realizada uma comparação por pares (Apêndice V), da qual resultou a ordenação ilustrada no quadro seguinte:

QUADRO 10 – PROBLEMAS/NECESSIDADES PRIORIZADOS

Ordem	Problema
1	P11 - Segurança na utilização do medicamento®
2	P7 - Capacidade para gerir o regime medicamentoso comprometido®
3	P8 - Não adesão ao regime medicamentoso®
4	P9 - Acesso ao tratamento dificultado®
5	P12 - Comportamento de procura de saúde comprometido ®
6	P6 - Risco de queda elevado®
7	P1 - Risco de qualidade de vida negativa®

®Diagnóstico de enfermagem registado pelo ICN

4.3 - ESTRATÉGIAS PLANEADAS E DESENVOLVIDAS

Neste ponto serão descritas as estratégias delineadas em função dos problemas previamente identificados e priorizados, os objetivos gerais e específicos definidos em cada área programática, os indicadores de avaliação, as intervenções preconizadas e, finalmente, a avaliação das metas definidas

Essencialmente, as estratégias de intervenção incidiram sobre duas áreas programáticas distintas:

1. **Atividades específicas no âmbito da Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos** - Atividades solicitadas pela ESDCC no âmbito do estágio;
2. **Atividades resultantes dos problemas identificados no diagnóstico de saúde** - Atividades que resultaram diretamente dos dados recolhidos no diagnóstico de situação e dos problemas identificados.

A amplitude do diagnóstico de situação, efetuado em três fases distintas, não permitiu, em tempo útil de estágio, implementar e completar todas as intervenções planeadas. No entanto, todos os objetivos e indicadores de mensuração ficam devidamente definidos, permitindo à equipa, no futuro, avaliar a efetividade do que foi planeado.

4.3.1. ATIVIDADES ESPECÍFICAS NO ÂMBITO DA ESDCC

A equipa de suporte a doentes crónicos complexos é relativamente recente, estando ainda em fase de consolidação dentro da respetiva Unidade Local de Saúde. Inicialmente, era composta por um médico internista e dois enfermeiros gestores de caso, sediados em duas UCC distintas. Posteriormente, e coincidindo com o período de estágio, foi iniciado um processo de alargamento a duas outras UCC pertencentes ao mesmo ACeS e à mesma ULS.

Neste contexto, foi solicitado pelos membros da ESDCC, que fossem desenvolvidas, no âmbito do estágio, intervenções no sentido de divulgar a equipa nas novas unidades funcionais abrangidas pelo referido processo de alargamento. Nesse sentido, definiram-se objetivos, realizaram-se atividades e avaliaram-se os resultados através de um conjunto de indicadores previamente definidos (Quadro 11).

QUADRO 11 - ATIVIDADES ESPECÍFICAS NO ÂMBITO DA ESDCC

OBJETIVO GERAL	
Aumentar a rede de referência de utentes para a ESDCC nas novas unidades funcionais abrangidas pelo alargamento da equipa	
OBJETIVOS OPERACIONAIS	METAS
Revisão da literatura sobre abordagem à doença crónica complexa, equipas existentes, documentos de implementação da equipa e de apoio à prática clínica	Até 02/10/19
Elaboração de uma apresentação em <i>PowerPoint</i> , em conjunto com restantes membros da equipa e documentos de apoio	Até 13/10/19
Contato com as Unidades funcionais para agendamento de sessões informativas	Até 02/10/19
Concretização das sessões de esclarecimento	Até 31/12/19
AVALIAÇÃO	
	Atingido
	Atingido
	Atingido
	Atingido
OBJETIVO ESPECÍFICO	
Aumentar o conhecimento sobre a ESDCC dos profissionais do ACES, nas Unidades Funcionais recentemente abrangidas pelo alargamento da equipa	
INDICADOR	Acesso à informação da equipa multidisciplinar do ACES sobre a ESDCC
INTERVENÇÃO	Sessões de esclarecimento nas unidades funcionais
TIPO INDICADOR	Processo
MEDIÇÃO	(Nº UF com sessão realizada / nº total de UF a ser abrangida) X 100
META	60%
RESULTADO	100%
OBSERVAÇÕES	Foram realizadas sessões de formação nas unidades funcionais (abaixo designadas por Letras, por questões de privacidade da informação), nas datas referidas: UF A - 30/10/19; UF B - 04/12/19; UF C - 25/10/19; UF D - 21/10/19; UF E - 16/10/19; UF F - 06/12/19; UF G - 17/10/19 Nota: a apresentação não será colocada em apêndice por ser um documento interno da ESDCC.
OBJETIVO ESPECÍFICO	
Iniciar o processo de referência de utentes para a ESDCC, nas novas UF abrangidas pelo alargamento da equipa	
INDICADOR	Número de referências de novos utentes para a ESDCC provenientes das recentes Unidades Funcionais
INTERVENÇÃO	Sessões de esclarecimento nas unidades funcionais Divulgação dos critérios de referência através de correio eletrónico e guias de bolso Discussão de casos clínicos com equipas de saúde familiar
TIPO INDICADOR	Resultado
MEDIÇÃO	Nº utentes referenciados para a ESDCC no mês seguinte após a intervenção
META	Que pelo menos um utente seja referenciado para a ESDCC em cada UF até ao final do estágio
RESULTADO	Não atingido
OBSERVAÇÕES	- UF A - 2 utentes ; UF B - 0 utentes; UF C - 3 utentes; UF D - 3 utentes; UF E - 0 utentes; UF F - 1 utente; UF G - 1 utente - a apresentação e os guias de bolso não serão colocados em apêndice por serem documentos internos da ESDCC. - Apesar do objetivo não ter sido atingido, foram referenciados 10 novos utentes para a ESDCC durante o período de estágio, após a realização das sessões. Este valor foi considerado muito positivo pelos membros da ESDCC.

4.3.2. ATIVIDADES DECORRENTES DO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

Do diagnóstico de saúde efetuado emergiram um conjunto de problemas, que após discutidos e priorizados com a restante equipa, constituíram a base do projeto de intervenção. Assim, foram definidas as seguintes áreas de intervenção:

4.3.2.1. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE À EQUIPA MULTIDISCIPLINAR;

O trabalho desenvolvido, na fase de diagnóstico de saúde, teve como principal objetivo a identificação e caracterização da população de utilizadores frequentes do Serviço de Urgência, com critérios para serem acompanhados pela ESDCC, seguido da identificação dos fenómenos potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem. Tendo em conta os dados obtidos, fazia sentido que a comunidade da ULS tivesse conhecimento da realidade, por forma a consciencializar-se e tomar decisões face ao caminho futuro a seguir. Sendo este o primeiro diagnóstico local de uma população de doentes crónicos complexos, os próprios elementos que constituem a equipa, solicitaram a divulgação desses dados de modo a dar visibilidade à sua área de atuação.

Por forma a alcançar estes objetivos, foram pensadas sessões de esclarecimento que envolvessem a comunidade de profissionais da ULS mais envolvidos com a população de utentes com doenças crónicas complexas. Assim, o processo envolveu a própria ESDCC, uma das UCC onde está implementado o projeto e onde foi realizado o estágio, o Conselho Permanente de Enfermagem da ULS e o Conselho de Administração da ULS.

O diagnóstico de situação foi também apresentado, no âmbito de uma comunicação livre, no 2º Congresso Nacional das Unidades de Cuidados na Comunidade, tendo sido premiado com o primeiro lugar (apêndice VII).

Os objetivos definidos, as atividades efetuadas, os indicadores de mensuração e a respetiva avaliação desta intervenção estão ilustrados no quadro seguinte:

QUADRO 12 - OBJETIVOS NO ÂMBITO DA DIVULGAÇÃO DA ESDCC À EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

OBJETIVO GERAL		
Consciencializar a Equipa Multidisciplinar sobre os doentes crónicos complexos utilizadores frequentes do serviço de urgência		
OBJETIVOS OPERACIONAIS	METAS	AVALIAÇÃO
Contato com serviços/equipas para agendamento de sessões de divulgação de dados obtidos	Até 02/12/19	Atingido
Elaboração da apresentação em PowerPoint (apêndice VI)	Até 31/12/19	Atingido
Concretização das sessões de formação em serviço	Até 14/02/20	Atingido
OBJETIVO ESPECÍFICO		
Consciencializar os elementos da ESDCC sobre os resultados do diagnóstico de situação e problemas identificados		
INDICADOR	Percentagem de profissionais da ESDCC que assistiram à sessão	
INTERVENÇÃO	Sessão de esclarecimento à ESDCC (apêndice VI)	
TIPO INDICADOR	Processo	
MEDIÇÃO	(Nº profissionais da ESDCC que assistiram à sessão / nº. total de profissionais da ESDCC) X 100 Nº total profissionais da ESDCC = 8	
META	75%	
RESULTADO	(8/8)x100 = 100%	
OBSERVAÇÕES	Foi realizada uma reunião com a ESDCC no dia 06/01/2020 em que participaram todos os membros da equipa e em que foram apresentados os principais resultados do diagnóstico de situação efetuado	
OBJETIVO ESPECÍFICO		
Consciencializar os profissionais da UCC SH sobre os resultados obtidos no Diagnóstico de Situação e problemas identificados		
INDICADOR	Percentagem de profissionais da UCC que assistiram à sessão	
INTERVENÇÃO	Sessão de esclarecimento à UCC (apêndice VI)	
TIPO INDICADOR	Processo	
MEDIÇÃO	(Nº profissionais da UCC que assistiram à sessão / nº. total de profissionais da UCC SH) X 100 Nº total profissionais da UCC = 17	
META	60%	
RESULTADO	(17/17)x100 = 100%	
OBSERVAÇÕES	Foi realizada uma reunião com a UCC no 11/02/2020 onde foram apresentados os principais resultados do diagnóstico de situação efetuado	
OBJETIVO ESPECÍFICO		
Consciencializar direção da ULS sobre os resultados obtidos no Diagnóstico de Situação e problemas identificados		
INDICADOR	Sessões de esclarecimento a órgãos de direção da ULS	
INTERVENÇÃO	Sessão de esclarecimento ao Conselho Permanente de Enfermagem da ULS (Apêndice VI) Sessão de esclarecimento ao Conselho de Administração da ULS (Apêndice VI)	
TIPO INDICADOR	Processo	
MEDIÇÃO	Atingido / Não atingido	
META	Atingido	
RESULTADO	Atingido	
OBSERVAÇÕES	Datas das sessões efetuadas: <ul style="list-style-type: none"> • Conselho Permanente de Enfermagem da ULS - 03/02/2020 • Conselho de Administração da ULS - 13/02/2020 	

4.3.2.2 PROJETO DE INTERVENÇÃO: “GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO NA EQUIPA DE SUPORTE A DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS”

Do diagnóstico de situação e posterior priorização, emergiram três problemas, como os mais prementes a serem intervencionados:

- 1. *Segurança na utilização do medicamento (P11);***
- 2. *Capacidade para gerir o regime medicamentoso (P7);***
- 3. *Não adesão ao regime medicamentoso (Crenças) (P8).***

Em qualquer um destes problemas, o foco está no domínio da gestão do regime medicamentoso, desde a conformidade entre o que está prescrito e o que está efetivamente em uso pelo indivíduo, até à adesão e/ou capacidade de autogestão propriamente dita. De modo a responder a esta necessidade, pensou-se que seria uma mais-valia para a ESDCC, a elaboração de um projeto que tivesse como alvo os vários domínios do regime medicamentoso no doente crónico complexo. Este projeto refletiu-se num documento de auxílio para os Enfermeiros Gestores de Caso da equipa, sendo constituído por uma árvore de apoio à decisão clínica no âmbito do regime medicamentoso e formulários para registo das decisões, intervenções e avaliações.

O propósito central do projeto é sustentar a prática clínica dos gestores de caso no foco de atenção da gestão do regime medicamentoso e, por outro lado, definir indicadores de avaliação, que demonstrem a eficiência da equipa neste âmbito. O projeto delineado subdivide-se em duas dimensões: a segurança do medicamento, alicerçada numa ótica de sistematização da reconciliação da medicação na ESDCC; e o apoio à decisão clínica para prescrição de terapêuticas de enfermagem que facilitem a transição para a gestão efetiva do regime medicamentoso.

PREPARAÇÃO E EXECUÇÃO DO PROJETO

Assumindo que o planeamento de um projeto de intervenção, na área da gestão do regime medicamentoso no doente crónico complexo, era inicialmente o grande objetivo da intervenção comunitária, fez sentido que a fase da estruturação de um procedimento capaz

de orientar a tomada de decisão clínica dos enfermeiros gestores de caso, tivesse assumido especial relevo no percurso de estágio.

Após uma extensa revisão bibliográfica, assumiram-se as etapas do processo de enfermagem (diagnosticar, prescrever, executar e avaliar) como fio condutor para estruturar uma árvore de suporte à decisão clínica, que incorpora a segurança do medicamento e a sistematização do processo de reconciliação da medicação, conforme recomenda a Direção-Geral da Saúde (DGS), bem como a capacitação da pessoa, do cuidador ou de ambos, para a gestão autónoma do regime medicamentoso. Nesse sentido, definiram-se objetivos, metas e indicadores por forma a monitorizar todo o processo (Quadro 13).

QUADRO 13 - OBJETIVOS E INDICADORES PARA MONITORIZAR O DESENVOLVIMENTO DA CONSTRUÇÃO DA ÁRVORE DE DECISÃO CLÍNICA

OBJETIVO GERAL		
ORGANIZAR A ATUAÇÃO DA ESDCC FACE AO FENÓMENO DA GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO		
INDICADOR	Existência de um procedimento de atuação face à Gestão do Regime Medicamentoso para ser operacionalizado pela ESDCC	
TIPO INDICADOR	Estrutura	
METAS	1-Estruturar o procedimento até 06/01/2020 2-Testar o procedimento até abril de 2020	
OBJETIVOS OPERACIONAIS	METAS	AVALIAÇÃO
Revisão da literatura sobre reconciliação da medicação e gestão do regime medicamentoso	Até 30/12/2019	Atingido
Discutir com a ESDCC a pertinência e adequabilidade da intervenção	Até 30/12/2019	Atingido
Estruturar o protocolo de reconciliação da medicação na ESDCC	Até 06/01/2019	Atingido
Estruturar a árvore de apoio à decisão clínica dos gestores de caso da ESDCC, no âmbito do foco “Gestão do Regime Medicamentoso”	Até 04/01/2020	Atingido
Criar um manual de apoio à decisão clínica, organizando um conjunto de intervenções por problemas identificados	Até 04/01/2020	Atingido
Definir indicadores para futura avaliação da efetividade das intervenções	Até 04/01/2020	Atingido
Testar a operacionalização da árvore de decisão clínica num doente a admitir na ESDCC	Até 01/04/2020	<i>Em curso</i>
RESULTADO	1- Resultado atingido: Procedimento estruturado 2- Em curso	

Em função da elevada percentagem de inconformidades, encontrada entre os medicamentos prescritos e os que estavam efetivamente em uso, a árvore de decisão clínica começa por criar as bases para fortalecer a segurança do medicamento,

impulsionando a implementação de um processo sistemático de reconciliação da medicação. O passo seguinte diz respeito à identificação do responsável pela gestão do regime medicamentoso e, a partir daí, ocorre uma subdivisão entre a avaliação da pessoa ou do prestador de cuidados. Para cada passo da árvore de decisão clínica, foram sugeridos alguns instrumentos de avaliação e preconizadas intervenções de modo a sustentar a prática clínica do Enfermeiro Gestor de Caso (Apêndice VIII).

Associados à implementação do procedimento, incorporaram-se diversos indicadores de avaliação, que monitorizam a atuação do enfermeiro gestor de caso em função dos fenómenos de enfermagem e/ou multidisciplinares emergentes. É com este conjunto de indicadores que será possível mensurar os eventuais ganhos em saúde para os indivíduos, bem como contabilizar a despesa associada a todo o processo de cuidados, permitindo avaliar a eficiência do próprio projeto. Após o processo de avaliação e capacitação, a gestão do regime medicamentoso poderá ser assegurada pela pessoa, pelo prestador, por ambos, ou se todas estas soluções falharem, requisitando apoio formal. O processo de avaliação através da árvore de decisão clínica elaborada, não é imediato nem estanque, devendo ser implementado pelo Enfermeiro Gestor de Caso nas visitas domiciliárias iniciais após a admissão do utente na ESDCC e, por outro lado, será sempre suscetível de modificação mediante intercorrências na condição clínica, familiar ou social do utente.

QUADRO 14 - OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS DA ÁRVORE DE DECISÃO CLÍNICA

OBJETIVO GERAL
OTIMIZAR A GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO NOS UTENTES ADMITIDOS NA ESDCC
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Reconciliar o esquema de medicação
Definir quem gere o regime medicamentoso
Avaliar a autogestão do regime medicamentoso
Definir e avaliar intervenções para a autogestão do regime medicamentoso
Avaliar o Prestador de Cuidados na gestão do regime medicamentoso
Definir e monitorizar intervenções no âmbito da gestão do regime medicamentoso pelo prestador de cuidados
Requerer, se necessário, substituição formal do prestador de cuidados na gestão do regime medicamentoso
Definir indicadores de avaliação

DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

A definição de indicadores é essencial para avaliar os resultados das intervenções e, em última análise, para avaliar a eficiência do próprio projeto. Dada a limitação temporal do estágio, não é possível avaliar de forma rigorosa indicadores relacionados com a implementação e execução do projeto. No entanto, a definição dos indicadores expostos de seguida, tem o propósito de criar uma ferramenta de avaliação criteriosa que a ESDCC poderá utilizar no futuro.

Desta forma, construíram-se indicadores relacionados com a dimensão da segurança do medicamento e da gestão do regime medicamentoso. De seguida, são apresentados indicadores gerais para as referidas dimensões. Os indicadores específicos para cada subdimensão serão explanados no manual de apoio ao gestor de caso na gestão do regime medicamentoso (apêndice VIII):

A. INDICADORES ASSOCIADOS À SEGURANÇA DO MEDICAMENTO

QUADRO 15 - INDICADOR: PERCENTAGEM DE UTENTES COM ANAMNESE FARMACOLÓGICA REALIZADA PELO ENFERMEIRO NO DOMICÍLIO APÓS A ADMISSÃO

Designação		
Percentagem de utentes com anamnese farmacológica realizada no domicílio, após a admissão		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Monitorização do programa de gestão de caso a doentes crónicos complexos – Segurança do medicamento		
Descrição		
O indicador exprime a proporção de utentes em gestão de caso que receberam a visita domiciliária de enfermagem para realizar a recolha da anamnese farmacológica. O denominador exprime a contagem de utentes admitidos para gestão de casos na comunidade (GCC).		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Utentes incluídos no denominador; B. Utentes que tiveram consulta domiciliária de enfermagem para recolha da anamnese farmacológica. DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Utentes admitidos na ESDCC para GCC; B. Utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC.		
Período de análise		
Período de análise: Semestral. O período de análise para cada utente inicia-se no momento em que é admitido pelo enfermeiro gestor de caso e prolonga-se até 5 dias uteis.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

QUADRO 16 - INDICADOR: PERCENTAGEM DE UTENTES COM MAPA TERAPÊUTICO REVISTO, APÓS UM MOMENTO DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

Designação		
Percentagem de Regimes Medicamentosos revistos, após um momento de transição de cuidados		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Monitorização do programa de gestão de caso a doentes crónicos complexos – Segurança do medicamento		
Descrição		
O indicador exprime o número de RM revistos pelo enfermeiro, após situações de transferência de cuidados (Alta hospitalar; Ida ao serviço de urgência; Consulta com o médico assistente). O denominador exprime o número total de episódios de transferência de cuidados nesse período.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. RM incluídos no denominador; B. RM revistos pelo enfermeiro após situação de transferência de cuidados (alta hospitalar ou recurso ao serviço de urgência ou consulta médica); DENOMINADOR (BB): Contagem dos episódios em que a expressão [A e B e (C ou D ou E)] é verdadeira: A. RM de utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC; B. RM de utentes admitidos na ESDCC para GCC; C. RM de utentes após episódios de alta hospitalar; D. RM de utentes após episódios de alta do serviço de urgência; E. RM de utentes após episódios de consulta médica.		
Período de análise		
Período de análise variável: Semestral. O indicador deve ser calculado em função do tipo de transferência. O período de análise para cada utente inicia-se no momento em que se dá o momento de transição e termina: Alta hospitalar – 1 dia; Ida ao serviço de urgência – 1 dia; Após consulta médica – data da 1ª visita domiciliária após.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
$(AA/BB) \times 100$	%	Proporção de RM

QUADRO 17 - PERCENTAGEM DE UTENTES COM MAPA TERAPÊUTICO RECONCILIADO, APÓS REFERENCIAÇÃO DO ENFERMEIRO

Designação		
Percentagem de Regimes Medicamentosos reconciliados, após referenciação do enfermeiro		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Monitorizar a taxa de efetividade dos enfermeiros para detetar inconformidades no RM		
Descrição		
O indicador exprime a proporção de RM reconciliados pela equipa médica, após uma situação classificada como de risco pelo enfermeiro gestor de caso. O denominador exprime a contagem de RM referenciados pelo enfermeiro gestor de caso, para reconciliação medicamentosa.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de RM em que a expressão [A e (B ou C ou D)] é verdadeira: A. RM incluídos no denominador; B. RM reconciliados pela equipa médica. DENOMINADOR (BB): Contagem dos RM em que a expressão [A e B e C] é verdadeira: A. RM de utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC; B. RM de utentes admitidos na ESDCC para GCC; C. RM referenciado pelo enfermeiro gestor de caso para reconciliação, por suspeita de inconformidade medicamentosa.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral		
Fórmula	Unidade de medida	Output
$(AA/BB) \times 100$	%	Proporção de RM

B. INDICADORES ASSOCIADOS À AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

QUADRO 18 - INDICADOR: PERCENTAGEM DE UTENTES AVALIADOS COM RECURSO À ÁRVORE DE DECISÃO CLÍNICA

Designação		
Percentagem de utentes avaliados com recurso à árvore de decisão clínica		
Tipo		
Processo		
Objetivo		
Monitorizar a utilização da árvore de decisão clínica para gestão do RM na ESDCC		
Descrição		
O indicador exprime a proporção de utentes em gestão de caso avaliados com base na árvore de decisão clínica e com registos de monitorização implementados. O denominador define o número de utentes admitidos na ESDCC em GCC.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Utentes incluídos no denominador; B. Utentes com registos nos formulários da árvore de decisão clínica do regime medicamentoso na ESDCC.		
DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC; B. Utente admitido na ESDCC para GCC.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

B1. LITERACIA / CONHECIMENTO PARA A AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

QUADRO 19 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA AUTOGESTÃO DO RM: CONHECIMENTO DEMONSTRADO SOBRE O RM

Designação		
Autogestão do RM: conhecimento demonstrado sobre o RM		
Tipo		
Epidemiológico		
Objetivo		
Monitorizar a proporção de indivíduos que são admitidos na ESDCC com conhecimento efetivo sobre o RM		
Descrição		
O indicador exprime o estado de saúde dos indivíduos no momento da admissão, na dimensão: conhecimento sobre RM . O denominador define a totalidade de indivíduos admitidos e avaliados.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Utentes incluídos no denominador; B. Utentes com registo de " conhecimento efetivo para a autogestão da medicação ", sem que seja necessário intervir (P1).		
DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira: A. Utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC; B. Utentes admitido na ESDCC para GCC; C. Utentes avaliados, pela primeira vez, relativamente ao seu conhecimento para gerir o RM.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral. O período de análise para cada utente inicia-se no momento em que é admitido pelo enfermeiro gestor e termina no final da primeira avaliação diagnóstica sobre o domínio do conhecimento.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

QUADRO 20- INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA AUTOGESTÃO DO RM: AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO PARA A AUTOGESTÃO DO RM

Designação		
Ganhos em saúde na Autogestão do RM: Aquisição de conhecimento para a autogestão do RM		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Monitorização da dimensão de saúde: conhecimento sobre o regime medicamentoso		
Descrição		
O indicador exprime a percentagem de indivíduos que adquiriu conhecimento para ser capaz de realizar, autonomamente, a gestão do regime medicamentoso, após a intervenção da ESDCC. O denominador exprime o número de utentes registados com “ conhecimento não efetivo na autogestão da medicação ” e submetidos a intervenção por parte da ESDCC (P1).		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Uteses incluídos no denominador; B. Uteses com registo final de “ conhecimento efetivo na autogestão da medicação ” no formulário P1. DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C e D] é verdadeira: A. Uteses admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC; B. Uteente admitido na ESDCC para GCC; C. Uteses com registo inicial em P1 de “ conhecimento não efetivo na autogestão da medicação ”; D. Uteses submetidos a intervenção para aumento da literacia sobre o RM por parte da ESDCC.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

B2. CAPACIDADE PARA A AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

QUADRO 21 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA AUTOGESTÃO DO RM: CAPACIDADE DEMONSTRADA PARA GERIR O RM

Designação		
Autogestão do RM: Capacidade demonstrada para gerir o RM		
Tipo		
Epidemiológico.		
Objetivo		
Monitorizar a proporção de indivíduos que são admitidos na ESDCC com capacidade para gerir o RM		
Descrição		
O numerador exprime o número de utentes com capacidade para gerir o RM no momento da admissão; o denominador representa a totalidade de utentes avaliados.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Uteses incluídos no denominador; B. Uteses com registo de “ capacidade para gerir o RM ”, sem que seja necessária a intervenção P2. DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A, B e C] é verdadeira: A. Uteses admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC; B. Uteente admitido na ESDCC para GCC; C. Uteses avaliados, pela primeira vez, relativamente à sua capacidade para gerir o RM.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral. Inicia-se no momento em que é admitido pelo enfermeiro gestor e termina no final da primeira avaliação diagnóstica sobre o domínio da capacidade para gerir o RM.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

QUADRO 22 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA AUTOGESTÃO DO RM: CAPACIDADE ADQUIRIDA PARA A AUTOGESTÃO DO RM

Designação		
Ganhos em saúde na autogestão do RM: Capacidade adquirida para a autogestão do RM		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Monitorização da dimensão capacidade de gestão do RM		
Descrição		
O indicador exprime a percentagem de indivíduos que demonstrou ter adquirido capacidade para gerir autonomamente, o RM, após a intervenção da ESDCC. O denominador define o número de utentes registados com “ <i>capacidade não demonstrada sobre a autogestão do RM</i> ” e submetidos a intervenção por parte da ESDCC (P2).		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Uteses incluídos no denominador; B. Uteses com registo final de “ <i>capacidade demonstrada na autogestão da medicação</i> ” no formulário P2. DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A, B, C e D] é verdadeira: A. Uteses admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC; B. Uteente admitido na ESDCC para GCC; C. Uteses com registo inicial em P2 de “ <i>capacidade não demonstrada sobre a autogestão do RM</i> ”; D. Uteses submetidos a intervenção (P2) por parte dos profissionais da ESDCC.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

B3. ACESSIBILIDADE AO REGIME DE TRATAMENTO

QUADRO 23 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA AUTOGESTÃO DO RM: TAXA DE ACESSIBILIDADE AOS MEDICAMENTOS

Designação		
Autogestão do RM: Taxa de acessibilidade aos medicamentos		
Tipo		
Epidemiológico		
Objetivo		
Monitorização da dimensão acessibilidade aos fármacos		
Descrição		
O numerador exprime o estado de saúde dos indivíduos no momento da admissão, na dimensão: acessibilidade aos fármacos prescritos . O denominador engloba a totalidade de utentes admitidos para GCC no período em análise e avaliados face à acessibilidade relativa ao RM (P3).		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Uteses incluídos no denominador; B. Uteses com registo inicial de “ <i>acesso efetivo aos medicamentos</i> ” em formulário P3. DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A, B e C] é verdadeira: A. Uteses admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC; B. Uteente admitido na ESDCC para GCC; C. Uteses avaliados, pela primeira vez, relativamente à acessibilidade ao RM.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral. Inicia-se no momento em que é admitido pelo enfermeiro gestor e termina no final da primeira avaliação diagnóstica sobre o domínio da acessibilidade ao RM.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

QUADRO 24 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA AUTOGESTÃO DO RM: ACESSO EFETIVO AOS TRATAMENTOS

Designação		
Ganhos em saúde na Autogestão do RM: Acesso efetivo aos tratamentos		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Monitorizar a capacidade da ESDCC para resolver problemas de acessibilidade aos tratamentos		
Descrição		
O numerador exprime a percentagem de utentes que passaram a ter acessibilidade total aos tratamentos, após a intervenção da ESDCC. O denominador representa todos os utentes registados como tendo “ acesso dificultado aos medicamentos ”.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Utesntes incluídos no denominador; B. Utesntes com avaliação e registo final em P3 de “ acesso efetivo aos tratamentos ” após intervenção da ESDCC. DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira: A. Utesntes admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC; B. Utesnte admitido na ESDCC para GCC; C. Utesntes com avaliação e registo de P3 inicial de “ acesso dificultado aos tratamentos ”.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral. Inicia-se no momento em que é alvo da intervenção do enfermeiro gestor (P3) e termina com uma reavaliação do utente, sobre o domínio da acessibilidade ao RM.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

B4. ADESÃO AO REGIME DE MEDICAMENTOS

QUADRO 25 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA AUTOGESTÃO DO RM: TAXA DE ADESÃO AO RM

Designação		
Autogestão do RM: Taxa de adesão ao regime medicamentoso		
Tipo		
Epidemiológico		
Objetivo		
Monitorizar a dimensão da adesão ao RM		
Descrição		
O numerador exprime o estado de saúde dos indivíduos no momento da admissão, na dimensão: Adesão ao RM . O denominador engloba a totalidade de utentes admitidos para GCC no período em análise e avaliados face à Adesão ao RM (P4).		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Utesntes incluídos no denominador; B. Utesntes com registo de “ adesão efetiva ao tratamento ” após a primeira aplicação do formulário P4. DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A, B e C] é verdadeira: A. Utesntes admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC; B. Utesnte admitido na ESDCC para GCC; C. Utesntes avaliados, pela primeira vez, relativamente à sua capacidade para gerir o RM (P4).		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

QUADRO 26 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA AUTOGESTÃO DO RM: AQUISIÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE ADESÃO AO RM

Designação		
Ganhos em saúde na autogestão do RM: Aquisição de comportamentos de adesão ao RM		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Monitorização da capacidade da ESDCC para solucionar problemas de adesão ao RM		
Descrição		
Numerador: Percentagem utentes que passaram a ter comportamentos de adesão aos tratamentos, após a intervenção da ESDCC. Denominador: Utentes registados como tendo “ não adesão aos tratamentos ”.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Utentes incluídos no denominador; B. Utentes com registo de “ adesão efetivo ao tratamento ” em formulário P4 após intervenção da ESDCC.		
DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira: A. Utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC; B. Utente admitido na ESDCC para GCC; C. Utentes a quem foram identificadas razões, no formulário P4, para a “ não adesão ao tratamento ”.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

C. INDICADORES ASSOCIADOS À CAPACITAÇÃO DOS PC FACE À GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

C1. CONHECIMENTO DEMONSTRADO PELO PRESTADOR DE CUIDADOS

QUADRO 27 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA DIMENSÃO PAPEL DE PC: CONHECIMENTO DEMONSTRADO SOBRE A GESTÃO DO RM

Designação		
Papel de prestador de cuidados: conhecimento demonstrado sobre a gestão do RM		
Tipo		
Epidemiológico.		
Objetivo		
Monitorizar a proporção de PC, de indivíduos que são admitidos na ESDCC, que apresentam conhecimento efetivo sobre a gestão do RM.		
Descrição		
Indicador: <i>status</i> do PC no momento da admissão, na dimensão: conhecimento sobre a gestão do RM . Denominador: todos os PC avaliados, pela primeira vez, relativamente ao domínio do conhecimento.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de PC em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. PC incluídos no denominador; B. PC com registo de “ conhecimento efetivo para efetuar a gestão do RM ”, sem que seja necessário recorrer ao P5.		
DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A, B e C] é verdadeira: A. PC de utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime RM na ESDCC; B. PC de utente admitido na ESDCC para GCC; C. PC a quem foi avaliado o conhecimento sobre a gestão do RM.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral. Inicia-se no momento em que o utente é admitido pelo enfermeiro gestor e termina no final da primeira avaliação diagnóstica sobre o domínio do conhecimento		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de PC

QUADRO 28 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA DIMENSÃO PAPEL DE PC: AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO PARA A GESTÃO EFETIVA DO RM

Designação		
Papel de prestador de cuidados: Aquisição de conhecimento para a gestão efetiva do RM		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Avaliar a capacidade da ESDCC para solucionar problemas na dimensão conhecimento do PC sobre o RM		
Descrição		
Indicador: percentagem de PC que adquiriu conhecimento para ser capaz de realizar autonomamente, a gestão do regime medicamentoso. Denominador: representa o número de PC que após a primeira avaliação de P5 foram registados com “conhecimento não efetivo”.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de PC em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. PC de utentes incluídos no denominador; B. PC com registo final de “ <i>conhecimento efetivo para assegurar a gestão do RM</i> ” no formulário P5.		
DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C e D] é verdadeira: A. PC de utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC; B. PC de utentes admitidos na ESDCC em GCC; C. PC com avaliação e registo inicial no formulário P5, de “ <i>conhecimento não efetivo para gerir o RM</i> ” D. PC submetidos a intervenção (P6) por parte dos profissionais da ESDCC.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral. Inicia-se no momento em que é alvo da intervenção do enfermeiro gestor (P6) e termina com uma reavaliação do PC, acerca do seu conhecimento para gerir o RM.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

C2. CAPACIDADE PRESTADOR DE CUIDADOS PARA GERIR O REGIME MEDICAMENTOSO

QUADRO 29 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA DIMENSÃO PAPEL DE PC: CAPACIDADE DEMONSTRADA PELO PC PARA GERIR O RM

Designação		
Papel de prestador de cuidados: Capacidade demonstrada pelo PC para gerir o RM		
Tipo		
Epidemiológico.		
Objetivo		
Monitorizar a proporção de PC, dos utentes admitidos na ESDCC, com capacidade para gerir o RM		
Descrição		
O numerador exprime o número PC com capacidade para gerir o RM no momento da admissão; o denominador representa a totalidade de PC avaliados.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de PC em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. PC de utentes incluídos no denominador; B. PC com registo de “ <i>capacidade para gerir o RM</i> ”, sem que seja necessário recorrer ao P6.		
DENOMINADOR (BB): Contagem dos PC em que a expressão [A, B e C] é verdadeira: A. PC de utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC; B. PC de utentes admitidos na ESDCC para GCC; C. PC avaliados, pela primeira vez, relativamente à sua capacidade para gerir o RM.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral. Inicia-se no momento em que o utente é admitido pelo enfermeiro gestor e termina no final da 1ª av. diagnóstica, ao PC, sobre o domínio da capacidade para gerir o RM.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de PC

QUADRO 30 - INDICADOR: GANHOS EM SAÚDE NA DIMENSÃO PAPEL DE PC: CAPACIDADE ADQUIRIDA PARA A GESTÃO EFETIVA DO RM

Designação		
Papel de prestador de cuidados: Capacidade adquirida para a gestão efetiva do RM		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Avaliar a capacidade da ESDCC de tornar o PC autónomo face à gestão do RM		
Descrição		
O indicador exprime a percentagem de PC que demonstrou ter adquirido capacidade para gerir autonomamente o RM, após a intervenção da ESDCC. O denominador define o número de PC registados com “ capacidade não demonstrada sobre a autogestão do RM ” e submetidos a intervenção por parte da ESDCC (P6).		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Utentes incluídos no denominador; B. Utentes com registo final de “ capacidade demonstrada para gerir a medicação ” no formulário P6. DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C e D] é verdadeira: A. PC de utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC; B. PC de utentes admitidos na ESDCC para GCC; C. PC com avaliação e registo de formulário inicial em P6 de “ capacidade não demonstrada para gerir o RM ”; D. PC submetidos a intervenção (P6) por parte dos profissionais da ESDCC.		
Período de análise		
Período de análise fixo: O período de análise para cada PC inicia-se no momento em que é alvo da intervenção do enfermeiro gestor (P6) e termina com uma reavaliação do PC, sobre a sua capacidade para gerir o RM. O indicador deve ser calculado semestralmente e contempla a última avaliação.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de PC

TAXAS DE PREVALÊNCIA

QUADRO 31 - TAXAS DE PREVALÊNCIA ASSOCIADAS À ÁRVORE DE DECISÃO CLÍNICA NA GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

AUTO GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO COMPROMETIDA
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes dependentes na Gestão do regime Medicamentoso}}{\text{N}^\circ \text{ Total de utentes integrados no Projeto Gestão Regime Medicamentoso na ESDCC}} \times 100$
AUTO GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO NÃO COMPROMETIDA
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com Gestão efetiva do regime Medicamentoso}}{\text{N}^\circ \text{ Total de utentes integrados no Projeto Gestão Regime Medicamentoso na ESDCC}} \times 100$
PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS COMPROMETIDO NA GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com Prestador de cuidados incapaz de assumir a Gestão efetiva do regime Medicamentoso}}{\text{N}^\circ \text{ Total de utentes integrados no Projeto Gestão Regime Medicamentoso na ESDCC}} \times 100$
PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS NÃO COMPROMETIDO NA GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com Prestador de cuidados que assume a Gestão efetiva do regime Medicamentoso}}{\text{N}^\circ \text{ Total de utentes integrados no Projeto Gestão Regime Medicamentoso na ESDCC}} \times 100$

CAPÍTULO 5 - COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo pretende-se analisar de forma crítica e reflexiva o percurso efetuado ao longo do estágio, à luz dos objetivos gerais e específicos definidos no plano do curso de mestrado e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública⁽³³⁾.

Para a identificação e análise das competências desenvolvidas, é importante contextualizar o percurso profissional do estudante, percebendo de que forma a experiência acumulada pode interferir positiva ou negativamente, sobre a aquisição das referidas competências. As experiências vividas ao longo de um percurso de quase dezassete anos de prática profissional num serviço de Urgência / Emergência, a par do atual desempenho numa Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos, permitem perceber com clareza que muitos dos problemas encontrados nos doentes que recorrem frequentemente ao Serviço de Urgência são, por um lado, muito sensíveis aos cuidados de enfermagem e, por outro, beneficiam com uma abordagem de proximidade e em integração de cuidados entre o meio hospitalar e o ambiente comunitário. Assim, as atividades desenvolvidas neste estágio permitiram consolidar e fundamentar essa visão, reforçando uma convicção cada vez maior que, especialmente no âmbito dos doentes crónicos, a centralização dos cuidados no cidadão é peça crucial no futuro dos serviços de saúde.

A concetualização dos doentes crónicos complexos como um grupo, com problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem comuns, e com respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde muito específicas, justifica o estágio realizado, no sentido de definir, implementar e monitorizar projetos de intervenção comunitária que, na sua essência, são competência exclusiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Tendo por base a planificação, efetuada em fase de projeto, das competências específicas do EEEC e académicas do curso de mestrado em Enfermagem, e de forma a tornar mais clara e objetiva a reflexão desenvolvida, optou-se por estruturar os quadros seguintes:

QUADRO 32 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA - NA ÁREA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA - NA ÁREA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA
<p>1 - ESTABELECE, COM BASE NA METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE, A AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE UMA COMUNIDADE</p> <p><i>“Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública realiza o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas.”</i></p>
<p style="text-align: center;">JUSTIFICAÇÃO</p> <p>A metodologia do planeamento em saúde sustentou a maioria das intervenções planeadas e realizadas ao longo do estágio. A visão dos doentes crónicos complexos como uma comunidade, permitiu identificar necessidades de saúde complexas comuns e obter um diagnóstico de situação pioneiro a este nível em Portugal. Seguindo a linha do planeamento em saúde, foi possível identificar problemas e com a ajuda de peritos na área, seleccionar os mais prioritários. Em função desses problemas, estabeleceram-se estratégias de intervenção que procuram acrescentar valor à equipa nas suas atividades.</p> <p>Os indicadores definidos para monitorização das estratégias planeadas e implementadas, contribuem também para esta competência específica. Esta foi uma área de intervenção especialmente interessante e desafiante, na medida em que, grande parte dos indicadores estruturados no âmbito do estágio serão úteis para avaliar a eficiência da equipa a curto/médio prazo.</p>
<p>2 - CONTRIBUI PARA O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DE GRUPOS E COMUNIDADES</p> <p><i>“Promove a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos.”</i></p>
<p style="text-align: center;">JUSTIFICAÇÃO</p> <p>A estruturação do projeto <i>“Gestão do Regime Medicamentoso na Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos”</i>, é um processo de capacitação dos próprios enfermeiros da equipa. As intervenções formativas e de divulgação da ESDCC implementadas, consciencializam os restantes</p>

elementos da equipa multidisciplinar, ampliando gradualmente a rede de referência de utentes para a ESDCC dentro da ULS. Simultaneamente, grande parte do IRD estruturado foi utilizado pela ESDCC para implementar uma avaliação inicial do utente aquando da sua admissão na equipa, pelo que, fica claro o contributo dado para o processo de capacitação de grupos e comunidades. Por último, fica um procedimento sistematizado centrado na tomada de decisão dos elementos da ESDCC, por forma a aumentar a capacidade terapêutica destes profissionais, que passa obrigatoriamente por capacitar o grupo de indivíduos/famílias ao seu encargo.

3 - INTEGRA A COORDENAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE DE ÂMBITO COMUNITÁRIO E NA CONSECUÇÃO DOS OBJETIVOS DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE

“Considerando a relevância e especificidades dos diferentes Programas de Saúde e os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, a maximização das atividades de âmbito comunitário é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde”

JUSTIFICAÇÃO

A abordagem integrada e em proximidade da doença crónica é um dos grandes objetivos do atual plano nacional de saúde ⁽⁵⁵⁾. A estruturação do diagnóstico de saúde, tendo por base a aplicação de um IRD em contexto domiciliário, contribuiu para a visão de proximidade ambicionada. Por outro lado, todas as atividades desenvolvidas no estágio, no âmbito da ESDCC, tiveram sempre como foco a integração de cuidados, bem como a noção de que o doente deverá estar no centro do sistema. A própria coordenação do diagnóstico de saúde e do projeto de intervenção fortalece a aquisição desta competência específica.

4 - REALIZA E COOPERA NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ÂMBITO GEODEMOGRÁFICO

“A vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença”

Todo o trabalho realizado no âmbito do diagnóstico de situação dos doentes crónicos complexos utilizadores frequentes do Serviço de Urgência, no tratamento estatístico dos múltiplos dados obtidos e nos problemas identificados, contribuiu para trabalhar esta competência. Para além disso, o processo de divulgação dos dados junto das equipas multidisciplinares permitiu ampliar a análise, compreensão e explicação de um fenómeno emergente, que cada vez mais afeta o sistema de saúde português.

Acresce, ainda, que o próprio IRD desenvolvido permite *a posteriori*, se a ESDCC assim o entender, reavaliar periodicamente o estado de saúde da sua comunidade, permitindo perpetuar longitudinalmente a vigilância epidemiológica.

QUADRO 33 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ACADÉMICAS DO MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

COMPETÊNCIAS ACADÉMICAS DO MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
COMPETÊNCIA: <i>Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;</i>
As intervenções preconizadas durante o estágio tiveram como sustentação teórica os conhecimentos adquiridos em todo o contexto de aprendizagem quer no âmbito da licenciatura, como em toda a formação pós-graduada já efetuada. Por outro lado, o fato de o estudante ter já um percurso profissional bem consolidado, permitiu analisar criticamente experiências anteriores e fundamentar a tomada de decisão no processo de enfermagem. É de realçar que a escolha por esta especialidade, bem como, pelo local onde desenvolveu o estágio, advém dessa gestão adequada, otimizando e integrando as novas competências adquiridas, para expandir a intervenção profissional de enfermagem junto da comunidade de doentes crónicos complexos.
COMPETÊNCIA: <i>Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;</i>
Neste âmbito foram realizadas várias sessões de divulgação dos dados resultantes do diagnóstico de situação e de ampliação da rede de referência para a ESDCC. Estas ações tiveram como público-alvo a equipa multidisciplinar e o próprio conselho de administração da ULS. Todo este processo envolveu a mobilização de conhecimentos acerca de técnicas de comunicação para públicos especializados. Simultaneamente, o estudante participou num evento científico, tendo apresentado uma comunicação livre que foi premiada com o primeiro lugar, facto que atesta a sua capacidade. Por outro lado, este tema já foi anteriormente abordado pelo estudante em diversos eventos científicos, sendo objetivo, para um futuro próximo, finalizar a elaboração de dois artigos científicos.
COMPETÊNCIA: <i>Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;</i>
Os dados que emergiram do diagnóstico de situação levantaram a ponta do véu sobre problemas, sensíveis aos cuidados de enfermagem, especialmente prevalentes nas pessoas estudadas. Perante isso, houve necessidade de elaborar estratégias concretas e sistematizadas, de modo a fomentar a produção e avaliação de possíveis ganhos em saúde. Este terá sido talvez, um dos

momentos mais complexos do estágio, na medida, em que não existe na enfermagem uma cultura de produção de indicadores, especialmente de resultado, que permitam medir os ganhos das intervenções implementadas. Assim sendo, em cada estratégia de intervenção comunitária pensada, houve um grande esforço para projetar indicadores que a possam efetivamente medir, não apenas numa vertente de processo e/ou estrutura, mas acima de tudo, numa dimensão de resultados efetivos.

Uma das grandes mais-valias que este percurso poderá ter aportado para a ESDCC, foi a produção de indicadores de resultado, que possam medir a eficiência da equipa a curto/médio prazo.

COMPETÊNCIA: *Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;*

Para além do referencial teórico que fundamentou o percurso do estágio, a metodologia de planeamento em saúde foi o fio condutor que guiou todo o processo de aquisição de competências; nesse nível, o desenvolvimento de uma árvore de decisão diagnóstica, facilitando a tomada de decisão autónoma de enfermagem, face à gestão do regime de medicamentos, irá permitir aprimorar a resposta dos enfermeiros, fazendo-os expandir o seu potencial terapêutico junto da comunidade.

COMPETÊNCIA: *Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização;*

A este nível, a elaboração do IRD, do manual para os gestores de caso e do próprio relatório final, exemplifica o nível de conhecimentos adquiridos e já explanados no quadro 32).

COMPETÊNCIA: *Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;*

Ao longo do presente documento, foi mencionada em diferentes momentos, a importância de uma abordagem de forma integrada ao doente crónico complexo, promovendo uma visão de proximidade dos serviços de saúde e de centralidade do cidadão, fenómenos muito atuais com que se depara o nosso sistema de saúde. Este fato demonstra a consciência crítico-reflexiva que foi sendo desenvolvida ao longo do estágio, fundamentada também no percurso profissional e académico do estudante;

COMPETÊNCIA: *Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização;*

A gestão do projeto do diagnóstico de situação revelou-se um desafio constante em função dos vários imprevistos que iam ocorrendo, nomeadamente, na demora no fornecimento das

listagens informáticas e na recusa de muitos doentes em receberem o estudante. Causando óbvio transtorno, estas situações não deixaram de ser, também, momentos de aprendizagem para futuros projetos como EEEC. A tentativa de promover a integração multidisciplinar é, também, um desafio que obriga regularmente a ter necessidade de reagir e propor soluções para situações complexas.

COMPETÊNCIA: *Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;*

Como foi já ilustrado, durante o estágio foi possível desenvolver competências de pesquisa bibliográfica e de evidência científica. Todas as atividades desenvolvidas foram ancoradas em princípios éticos, formalizados pelas autorizações obtidas, quer a nível institucional como a nível dos utentes, para a realização do estudo.

COMPETÊNCIA: *Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;*

A implementação da metodologia de planeamento em saúde, como guia condutor das atividades desenvolvidas no estágio, justifica a consecução deste objetivo. A estruturação do procedimento de diagnóstico, prescrição e referenciação é o exemplo cabal da incorporação, na prática, dos resultados da investigação e da evidência científica.

COMPETÊNCIA: *Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;*

A visão da enfermagem como potenciadora de ganhos em saúde nos doentes crónicos complexos, é ainda muito recente e, por isso, pouco estudada. Este fato obrigou o estudante a um grande esforço de pesquisa, mas que no final se veio a provar completamente justificado, na medida em que a evidência disponível já refere que o doente crónico complexo deverá beneficiar de uma visão de proximidade e de integração de cuidados^{(20) (54) (13)};

COMPETÊNCIA: *Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização;*

O trabalho efetuado deixa uma porta aberta para futuros estudos de investigação na/da ESDCC;

COMPETÊNCIA: *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;*

A aplicação do IRD em contexto domiciliário, exigiu do estudante uma mobilização de conhecimentos e competências relacionais, de modo a estabelecer uma relação terapêutica com o utente e família, em respeito pelas suas crenças e especificidades socioculturais. As

dificuldades que resultaram da desconfiança e resistência para receber o estudante em contexto domiciliar contribuíram, também, para o aprimorar desta competência.
COMPETÊNCIA: <i>Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;</i>
A integração na equipa não foi um problema na medida em que o estudante já é elemento efetivo da mesma.
COMPETÊNCIA: <i>Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização;</i>
O desenvolvimento de um instrumento de processamento de dados e tomada de decisão para ser usado por uma equipa de enfermeiros, promovendo a sua consciencialização, negociando a sua aceitação e obtendo o seu envolvimento poderá ser enquadrado nesta competência. O processo de estabelecimento de prioridades foi também uma experiência importante de liderança a este nível.
COMPETÊNCIA: <i>Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;</i>
O trabalho efetuado no âmbito deste mestrado, deixa as portas abertas para que os enfermeiros da equipa, possam desenvolver novas competências na área dos cuidados ao doente crónico complexo.
COMPETÊNCIA: <i>Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade;</i>
Ao longo do estágio, foram desenvolvidas várias sessões formativas no âmbito das necessidades sugeridas pela equipa e no decurso dos problemas identificados no diagnóstico de saúde.
COMPETÊNCIA: <i>Promover formação em serviço na área da especialização;</i>
Esta competência ganha relevância especificamente na área da divulgação dos dados resultantes do diagnóstico de saúde, na medida, em que explanou parte da metodologia de planeamento em saúde característica da Enfermagem Comunitária; O grupo de consenso para estabelecer prioridades foi também útil para os diferentes elementos perceberem as vantagens de ter EEEC dentro da equipa.
COMPETÊNCIA: <i>Colaborar no processo de integração de novos profissionais;</i>
Esta competência não foi abordada durante o estágio.
COMPETÊNCIA: <i>Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;</i>
Esta competência não foi abordada durante o estágio.

COMPETÊNCIA: <i>Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização;</i>
A própria gestão do projeto de diagnóstico de saúde e de intervenção comunitária dá resposta a esta competência.
COMPETÊNCIA: <i>Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;</i>
Todo o estágio pautou-se por uma aprendizagem constante, que apesar da preciosa orientação tutorial e académica, acabou por ser um processo muito autónomo. No entanto, este fato não deixa de ser, em si próprio benéfico, na medida, em que condicionou processos de tomada de decisão fundamentais para o futuro do estudante como EEEC;
COMPETÊNCIA: <i>Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;</i>
Esta competência não foi abordada durante o estágio.
COMPETÊNCIA: <i>Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização.</i>
Em todas os momentos, ao longo do estágio, preconizou-se a qualidade dos cuidados de enfermagem como pendulo das intervenções. Como expoente máximo poderá ser dado, a título de exemplo, o desenvolvimento de uma ferramenta de suporte à tomada de decisão, centrada na obtenção de ganhos em saúde.

CONCLUSÃO

Nos nossos dias os serviços de saúde enfrentam uma pressão crescente, muito condicionada pela alta prevalência de utentes com múltiplas doenças crónicas complexas. Estes, em virtude da instabilidade da sua condição clínica, aliada a contextos de vulnerabilidade familiar, económica e social e muitas vezes, também associada a síndromes de fragilidade relevantes e a problemas na acessibilidade, conduzem a um comportamento de procura de saúde desregulado, manifestado por múltiplos recursos ao serviço de urgência.

Neste contexto o desenvolvimento do estágio final, numa equipa de suporte a doentes crónicos complexos, permitiu vincar o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no diagnóstico de necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem desta comunidade e, ainda, na planificação, execução e monitorização de estratégias de intervenção, com base na metodologia do planeamento em saúde, que permitam responder aos principais problemas de saúde identificados.

O diagnóstico de saúde efetuado, permitiu expor as diferentes necessidades que as pessoas com múltiplas doenças crónicas experienciam e a adequação das respostas providenciadas pelo sistema de saúde. Neste sentido, a intervenção desenvolvida centrou-se essencialmente na capacitação da equipa multidisciplinar para o conhecimento dos resultados do diagnóstico de saúde e, por outro lado, na elaboração de um projeto, direcionado para os enfermeiros gestores de caso da ESDCC, na dimensão da gestão do regime medicamentoso. O grau de aceitação das intervenções mencionadas, por parte da comunidade da ULS, foi elevado, como ficou demonstrado

pelo interesse do Conselho de Administração da instituição para a apresentação dos resultados decorrentes do diagnóstico de situação.

Pelo exposto anteriormente, é possível concluir que a realização deste estágio permitiu atingir a grande maioria das competências académicas inerentes ao processo de aprendizagem e desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. O presente relatório atingiu os objetivos previamente definidos, espelhando as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e relacionando-as com as competências académicas e profissionalizantes.

Este capítulo representa muito mais do que a mera conclusão do relatório do estágio final. Representa o culminar de um processo de formação pós-graduada pautado por uma sensação enriquecedora de múltiplas aprendizagens a nível académico, profissional e pessoal. Após o estágio e todas as atividades desenvolvidas, fica bem claro para o estudante, o papel que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, pode desempenhar no diagnóstico e avaliação do estado de saúde de uma comunidade, assim como, na criação e implementação de projetos de saúde, devidamente estruturados por forma a permitir uma monitorização concreta de ganhos em saúde para as organizações, pessoas, grupos ou comunidades.

A visão tradicional dos cuidados de saúde centrados nas instituições e nas doenças não é compatível com as necessidades quotidianas das pessoas com doenças crónicas. É fundamental esbater as fronteiras com a comunidade, integrar equipas e serviços, centrar os cuidados nas pessoas e nas reais necessidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **ICARE4EU.** *How to improve care for people with multimorbidity in Europe?* Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe, 2017.
2. **PORDATA.** *Pordata.* [Online] 2018. [Cited: Agosto 19, 2019.] <https://www.pordata.pt/Home>.
3. **Direção Geral da Saúde.** *Plano Nacional de Saúde - Revisão e extensão a 2020.* Lisboa : Direção Geral da Saúde, 2015.
4. **Klompstra, Leonie, et al.** Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period. *BMC Geriatrics.* 2019, pp. 1-8.
5. **Nicholsona, Kathryn, et al.** *Multimorbidity and comorbidity revisited: refining the concepts for international health research.* s.l. : Elsevier, 2018. p. 142-146.
6. **Yarnall, Alison, et al.** New Horizons in multimorbidity en older adults. *Oxford Journals - Age and Ageing.* Novembro 2017, pp. 882-888.
7. **L, Vaughan, et al.** Functional Independence in late-life: maintaining physical functioning in older adulthood predicts daily life function after age 80. *J Gerontol A.* 2016, pp. 79–86.
8. **Chen, Christine Yuanxin, Gan, Peiying and How, Choon How.** *Approach to frailty in the elderly in primary care and the community.* Singapura : Singapore Med Journal, 2018. p. 240-245; <https://doi.org/10.11622/smedj.2018052>.
9. **Rockwood, K and Mitnitski, A.** Frailty defied by defiiit accumulation and geriatric medicine defied by frailty. *Clin Geriatr Med.* p. 17-26, 2011.
10. **Nolte, Ellen and Mckee, Martin.** *Caring for people with chronic conditions. a health system perspective.* England : European Observatory on Health Systems and Policies Series, World Health Organization Regional Office for Europe. England : McGrawHill. Open University.
11. **Sinnott, Carol, et al.** GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open.* 2013.
12. **Grover, Ashoo and Joshi, Ashish.** *An Overview of Chronic Disease Models: A Systematic Literature Review.* 2014, Global journal of helth science, V7, pp. 210-227.
13. **World Health Organization, regional office for Europe.** *Integrated care models: an overview.* Copenhagen : WHO, 2016.
14. **Sevick, Mary Ann, et al.** Patients with Complex Chronic Diseases: Perspectives on Supporting Self-Management. *Journal of General Internal Medicine.* 2008, pg 438-444.

15. **Tortajada, Salvador , et al.** *Case Management for Patients with Complex Multimorbidity: Development and Validation of a Coordinated Intervention between Primary and Hospital Care.* 2017, *International Journal of Integrated Care* 17(2): 4, pp. 1-8.
16. **Vargiu, E, et al.** *Integrated Care for Complex Chronic Patients. International Journal of Integrated Care.* 2017.
17. **Correia, João Araújo.** *Celebrar a Velhice: Cheio de Saúde ou com a Doença Crónica Controlada! Medicina Interna .* 2019, Vol. 26.
18. **Rocha, Maria do Céu.** *Proposta para a implementação de uma equipa de suporte a doentes crónicos complexos.* Senhora da Hora : Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2016.
19. **Unidade Local de Saúde de Matosinhos.** *Nota de Serviço - Início de funcionamento da Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos.* Senhora da Hora : Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2016.
20. **Berntsen, G., Høyem, A., Lettrem, I., Ruland, C., Rumpsfeld, M., & Gammon, D.** *A person-centered integrated care quality framework, based on a qualitative study of patients' evaluation of care in light of chronic care ideals. BMC Health Services Research.* 18:479, 2018.
21. **Heide, Iris van der, et al.** *Patient-centeredness of integrated care programs for people with multimorbidity. Results from the European ICARE4EU project.* Holanda : ICARE4EU, 2018.
22. **Kodner, Dennis L. and Spreeuwenberg, Cor.** *Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. International Journal of Integrated Care.* 2002.
23. **Silke, Metzelthin., et al.** *A nurse-led interdisciplinary primary care approach to prevent disability among community-dwelling frail older people: A large-scale process evaluation.* Holanda. *International Journal of Nursing Studies*, 2013, Vol. 50. Pg. 1184-1196
24. **Nolte, Ellen, Knai, Cécile and Saltman, Richard B.** *Assessing chronic disease management in European health systems.* Bruxelas : European Observatory of Health Systems and policies, 2014.
25. **Bastos, Fernanda Santos.** *A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Enfermagem.* Porto : Universidade Católica Portuguesa - Porto, 2013.
26. **Ordem dos Enfermeiros.** *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública.* Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011.
27. **Meleis, A, et al.** *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. ANS Adv Nurs Sci.* 2000, Vols. pp. 12-28.
28. **Orem, Dorothea.** *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica.* Barcelona : Masson, 1994.
29. **Canadian Institute for Health Information.** *Seniors and the health care system: What Is the Impact of multiple chronic conditions.* s.l. : Canadian institute for health information, 2011.

30. **Health Quality Ontario.** *Specialized nursing practice for chronic disease management in the primary care setting: an evidence-based analysis.* 2013, Ontario health technology assessment series, 13(10), pp. 1–66.
31. **Registered Nurses Association of Ontario.** *Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions: Collaboration with Clients.* Ontario : Registered Nurses Association of Ontario, 2010.
32. **Imperatori, E. and Giraldes, M.D.** *Metodologia do planeamento em saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais.* Lisboa : Edições de Saúde, 1986.
33. **Ordem dos Enfermeiros.** Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária - Na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. *Diário da República, 2ª série, nº 135.* Julho 16, 2018, pp. 19354-19357.
34. **Oeseburg, Barth, et al.** *Effects of Case Management for Frail Older People or Those With Chronic Illness. A Systematic Review.* 2009, Nursing Research May/June N.3, pp. 201-210.
35. **Chraeder, Cheryl , et al.** *Evaluation of a primary care nurse case management intervention for chronically ill community dwelling older people.* 2008, Journal of Clinical Nursing, pp. 407-417.
36. **Ministério da Saúde.** *Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas (2015).* 2016.
37. **Almeida, Armando Manuel Gonçalves de.** *Funcionalidade e vulnerabilidade em pessoas idosas - implicações para os cuidados de enfermagem.* Porto : Universidade Católica Porto - Instituto Ciências Saúde, 2017.
38. **Sequeira, Carlos.** *Cuidar de idosos com dependência física e mental.* Lisboa : Lidel, 2010.
39. **Apóstolo, João L. Alves, et al.** Exploring the screening capacity of the European Portuguese version of the 15-item Geriatric Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 23.* 2018, pp. 99-107.
40. **Apóstolo, João Luís Alves.** *Instrumentos para Avaliação em Geriatria.* Coimbra. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012.
41. **Delgado, Artur Barata and Lima, Maria Luísa.** Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psic., Saúde & Doenças v.2 n.2.* Novembro 2001.
42. **Pereira, Maria da Graça, Pedras, Susana and Machado, J. Cunha.** Validação do questionário crenças acerca da medicação em pacientes diabéticos tipo 2. *Psic.: Teor. e Pesq. vol.29 no.2.* Abril/Junho 2013.
43. **Melchior, Ana Carolina, Correr, Cassiano Januário and Fernández-Llamos, Fernando.** Tradução e validação para o português do Medication Regimen Complexity Index. *Arq. Bras. Cardiol. vol.89 no.4 São Paulo.* Outubro 2007.
44. **Bugalho, António and Carneiro, António Vaz.** *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas.* Lisboa : Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, 2004.

45. **World Health Organization.** *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* Geneva : WHO, 2003.
46. **Dias, A. M., et al.** Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. *Millenium*, 40. 2011, pp. 201-219.
47. **Hughes, L.D., McMurdo, M.E.T. and Guthrie, B.** Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing*. 42(1). 2013, pp. 62-69.
48. **Cleveland Clinic.** *Chronic Illness and Depression.* [Online] 2010. <http://www.cchs.net/health/health-info/docs/2200/2282.asp?index=9288>.
49. **Bodenheimer, T., et al.** *Patient self-management of chronic disease in primary care.* 2002, *Journal of the American Medical Association*, 288(19), pp. 2469-2475.
50. **Organização Mundial da Saúde.** *Global Report on Falls Prevention in Older Age.* Genebra : OMS, 2007.
51. **Libby, Anne M. and Fish, Douglas N.** Patient-Level Medication Regimen Complexity Across Populations With Chronic Disease. *Clinical Therapeutics/Volume 35, Number 4.* 2013, pp. 385-398.
52. **Libby, Anne, et al.** *Patient-Level Medication Regimen Complexity Across Populations With Chronic Disease.* 2013, *Clinical Therapeutics Volume 35, Issue 4*, pp.385-398.
53. **Ferreira, Juliana M., Galato, Dayani and Melo, Angelita C.** *Medication regimen complexity in adults and the elderly in a primary healthcare setting: determination of high and low complexities.* 2015, *Pharmacy Practice.*
54. **George, Francisco and Gomes, Sérgio.** Cuidados de Proximidade em Doenças Crónicas. *Direção geral de Saúde.* [Online] Março 2014. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-cuidados-de-proximidade-em-doencas-cronicas-pdf.aspx>.
55. **Ministério da Saúde.** *SNS + proximidade.* Lisboa : s.n., 2017.
56. **Conselho Internacional de Enfermeiros.** ICNP Browser. *International Council of Nurses* . [Online] jan 2020. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>.
57. **Tavares, A.** *Métodos e técnicas de planeamento em saúde.* Lisboa : Ministério da Saúde, 1992.
58. **Almeida, H.O., et al.** Adesão a tratamento entre idosos. *Com. ciências da saúde* 18. 2007, pp. 57-67.
59. **Von Korff, M, et al.** Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 127. 1997, pp. 1097-1102.
60. **Padilha, J.M.** *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa. Conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios em saúde. Tese de mestrado.* Porto : Universidade do Porto, 2006.

-
61. **Henriques, Maria Adriana Pereira.** *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade, eficácia das intervenções de enfermagem - Tese de Doutoramento.* Lisboa : Universidade de Lisboa, 2011.
62. **MARQUIS investigators.** *Marquis implementation manual - a guide for medication reconciliation quality improvement.* s.l. : MARQUIS, 2014.
63. **Albreht, T., Dyakova, M., Schellevis, F. G., & Van den Broucke, S.** Many Diseases, One Model of Care? *Journal of Comorbidity*, 6(1), 12–20. <https://doi.org/10.15256/joc.2016.6.73>. 2016.
64. **Barreto, J, et al.** Escala de depressão geriátrica: Tradução portuguesa da Geriatric Depression Scale, de Yesavage et al. s.l., Lisboa : Grupo Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências, 2003.
65. **ICARE4EU.** *Strategies to support patient- centred care for multimorbidity patients. Final Symposium.* Brussels : s.n., 2016.
66. **Ochterman, J.M. and Bulechek, G.M.** *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), 4ª ed.* São Paulo : Artmed, 2008.
67. **Conselho Internacional de Enfermeiros.** *CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.* Lisboa, Portugal : Lusodidacta, 2015.
68. **Apóstolo, João Luís Alves.** *Instrumentos para Avaliação em Geriatria.* Coimbra. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE I

VARIÁVEIS EM ESTUDO

DOMÍNIO	VARIÁVEL	CLASSIFICAÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
Caraterização sociodemográfica	Género	Qualitativa, nominal, dicotómica	1 - Masculino 2 - Feminino
	Idade	Contínua, discreta	Idade em anos
	Estado civil	Qualitativa, nominal, politónica	1 - Solteiro 2 - União de facto/ Casado 3 - Divorciado/ Separado 4 - Viúvo 6 - NS/NR
	Nível de instrução	Qualitativa, ordinal, politónica	0 - Analfabeto 1 - Sem qualquer nível de ensino mas sabe ler e escrever 2 - 1º Ciclo 3 - 2º Ciclo 4 - 3º Ciclo 5 - Ensino secundário 6 - Licenciado 7 - Mestre/Doutor
	Pessoas com quem coabita	Qualitativa, nominal, politónica	1 - Vive sozinho 2 - Cônjuge 3 - Filhos 4 - Cônjuge e filhos 5 - Família alargada 6 - Cuidador informal 7 - Outro
Autoperceção sobre a saúde	Saúde atual	Qualitativa, ordinal, politónica	1 - Boa 2 - Satisfatória 3 - Má
	Saúde há 5 anos	Qualitativa, ordinal, politónica	1 - Melhor 2 - Igual 3 - Pior
	Saúde em falta	Qualitativa, nominal, politónica	1 - Melhores cuidados de saúde 2 - Mais apoio social (assistência social) 3 - Mais apoio da família 4 - Ter mais rendimentos 5 - Outro
	Doenças percecionadas	Qualitativa, nominal, politónica	Pergunta aberta que testa a consciencialização do indivíduo face às doenças que apresenta
Cognição e Saúde Mental	Mini Mental State Examination	Qualitativa, nominal, dicotómica	1 - Sem suspeita de défice cognitivo 2 - Suspeita de défice cognitivo
	Escala de Depressão Geriátrica	Qualitativa, ordinal, politónica	1 - Sem depressão (0-4) 2 - Sugestivo de depressão moderada (5-9) 3 - Sugestivo de depressão severa (10-15)
Atividades de Vida Diárias	Uso do telefone	Qualitativa, ordinal, politónica	1 - Usa-o sem dificuldade 2 - Só liga para lugares familiares 3 - Necessita de ajuda para o usar 4 - Incapaz de usar o telefone
	Uso de transporte	Qualitativa, ordinal, politónica	1 - Viaja em transporte público ou conduz 2 - Só anda de táxi 3 - Necessita de acompanhamento 4 - Incapaz de usar o transporte
	Uso do dinheiro	Qualitativa, ordinal, politónica	1 - Paga as contas, vai ao banco, etc. 2 - Só em pequenas quantidades de dinheiro

			3 - Incapaz de utilizar o dinheiro
	Responsável pelos medicamentos	Qualitativa, ordinal, politónica	1 - Responsável pela medicação 2 - Precisa que lhe preparem a medicação 3 - Incapaz de se responsabilizar pela medicação
	Índice de Lawton-Brody	Qualitativa, ordinal, politónica	1 - Independente (8) 2 - Parcialmente dependente (9 - 20) 3 - Severamente dependente (>20)
	Higiene	Contínua, discreta	Somatório do fator Higiene pessoal com o Banho
	Controlo de esfíncteres	Contínua, discreta	Somatório do fator evacuar com o fator urinar
	Mobilidade	Contínua, discreta	Somatório dos fatores: Ir à casa de banho, Alimentar-se, Transferências, Mobilidade, Vestir-se e Escadas
	Índice de Barthel	Qualitativa, ordinal, politónica	1 - Totalmente dependente 2 - Severamente dependente 3 - Moderadamente dependente 4 - Ligeiramente dependente 5 - Independente
Equilíbrio corporal e força	Equilíbrio estático	Contínua, discreta	Somatório da primeira parte da escala POMA I
	Equilíbrio dinâmico	Contínua, discreta	Somatório da primeira parte da escala POMA II
	Risco de queda	Qualitativa, ordinal, politónica	1 - Alto risco de queda (<19) 2 - Risco moderado (19-24) 3 - baixo risco de queda (>19)
	História de queda	Contínua, discreta	Número de quedas no último ano
	Força nos membros inferiores	Contínua, discreta	Número de vezes que o indivíduo se consegue levantar da cadeira em 30 segundos
	Força de preensão manual	Contínua, discreta	Média de três avaliações
Gestão do regime de medicamentos	Adesão aos tratamentos	Contínua, discreta	Média de pontos obtidos após a aplicação da Medida de Adesão aos tratamentos
	Crenças sobre os medicamentos	Contínua, discreta	Média de pontos obtidos após a aplicação da Escala de Crenças Acerca dos Medicamentos
	Capacidade para usar os medicamentos	Contínua, discreta	Média de pontos obtidos após a aplicação do inventário de capacidade.
	Razão para não tomar os fármacos	Contínua, discreta	Média de pontos obtidos após a aplicação do inventário de razões para a não adesão ao regime medicamentoso prescrito
	Número de fármacos	Contínua, discreta	Número de fármacos ativos referenciados pelo indivíduo
	Complexidade da farmacoterapia	Contínua, discreta	Somatório de pontos obtidos com o Índice de Complexidade da farmacoterapia
	Compliance medicamentosa	Qualitativa, nominal, dicotómica	1 - Sim 2 - Não (a resposta estará decorrente da comparação entre o regime medicamentoso efetivo e o que está prescrito no processo clínico)

Acessibilidade aos serviços de saúde	Acesso ao Centro de Saúde	Qualitativa, nominal, politónica	1 - Transporte próprio 2 - Transporte público 3 - Ambulância 4 - Táxi 5 - A pé
	Acesso ao hospital	Qualitativa, nominal, politónica	1 - Transporte próprio 2 - Transporte público 3 - Ambulância 4 - Táxi 5 - A pé
	Necessidade de apoio social no acesso à saúde	Qualitativa, nominal, politónica	1 - Sim 2 - Não, vou sozinho. Não preciso de acompanhante 3 - Não tenho ninguém que me possa acompanhar
	Apoio social nos contactos com os serviços de saúde	Qualitativa, nominal, politónica	1 - Familiares/ conviventes significativos 2 - Amigos/ vizinhos 3 - Cuidadores formais
	Dificuldade para se deslocar às consultas	Qualitativa, nominal, dicotómica	1 - Sim 2 - Não
	Dificuldades para se deslocar aos serviços de saúde	Qualitativa, nominal, politónica	1 - Tenho dificuldade em andar 2 - Tenho medo de cair 3 - A distância é grande e não tenho quem me leve 4 - A distância é grande e fica muito cara 5 - Não tenho quem me acompanhe 6 - Fico muito tempo à espera 7 - Outras:
	Gestor profissional da doença	Qualitativa, nominal, politónica	1 - Médico de família 2 - Médico de consulta hospitalar 3 - Médico particular 4 - Enfermeiro de família 5 - Outro
	Número de médicos	Contínua, discreta	Número de médicos
	Médico de família	Qualitativa, nominal, dicotómica	1 - Sim 2 - Não
	Recurso ao médico	Contínua, discreta	Número de vezes que foi ao médico no último ano
	Motivo das consultas	Qualitativa, nominal, politónica	1 - Consultas de rotina 2 - Sentir-se doente 3 - Renovar a medicação 4 - Mostrar/pedir para fazer exames 5 - Outro: _____
	Enfermeiro de família	Qualitativa, nominal, dicotómica	1 - Sim 2 - Não
	Recurso ao enfermeiro	Contínua, discreta	Número de vezes que foi ao médico no último ano
	Motivo das consultas	Qualitativa, nominal, politónica	1 - Consultas de rotina 2 - Sentir-se doente 3 - Realizar tratamento 4 - Vacinação 5 - Outro: _____
Acesso à equipa de saúde familiar	Qualitativa, ordinal, politónica	1 - Sim 2 - Por vezes é difícil 3 - Nunca consigo 4 - Nunca tentei fazer	

	Recurso ao serviço de urgência	Contínua, discreta	Número de vezes que foi ao serviço de urgência no último ano
	Motivo recurso ao SU	Qualitativa, nominal, politónica	1 – Sentir-se doente 2 – Queda 3 - Encaminhado por medico de família ou outro profissional de saúde 4 – Realizar tratamento 5 – Acidente 6 – Não ter alternativa 7 – Outro _____
	Relação com os profissionais	Qualitativa, ordinal, politónica	1 - Boa 2 - Indiferente 3 - Má
	Agendamentos de consultas e exames	Qualitativa, nominal, dicotómica	1 - Sim 2 - Não
	Acessibilidade a consulta não programada	Qualitativa, nominal, dicotómica	1 - Sim 2 - Não
	Acessibilidade ao SASU	Qualitativa, nominal, dicotómica	1 - Sim 2 - Não
Comportamento de procura de saúde	Decisão em caso de doença	Qualitativa, nominal, politónica	1 - Nada, espera para ver se melhora e só procura ajuda quando se sente mesmo mal 2 - Contacta o seu médico de família 3 - Contacta o seu enfermeiro de família 4 - Recorre à urgência hospitalar 5 - Aguarda até que alguém decida atuar
	Adesão às consultas	Qualitativa, ordinal, politónica	1 - Sempre 2 - Falto de vez em quando 3 - Raramente vou às consultas
	Razões para faltar às consultas	Qualitativa, nominal, politónica	1 - Fica muito caro 2 - Não ter quem o acompanhe 3 - Não confiar no profissional que o atende 4 - Não ter disponibilidade de tempo 5 - É muito longe 6 - Outra
	Opinião sobre as consultas	Qualitativa, nominal, politónica	1 - Não, são demasiadas consultas 2 - Sim, adequam-se às minhas necessidades 3 - Não, deveria ter mais consultas
	Uso de dispositivos	Qualitativa, nominal, dicotómica	1 - Sim 2 - Não
	Que dispositivos	Qualitativa, nominal, politónica	1 - Aparelho para monitorizar as tensões 2 - Aparelho para monitorizar a glicemia capilar 3 - Balança para controlar o peso 4 - Caixa para gerir os medicamentos 4 - CPAP/ BIPAP para dormir 5 - Oxímetro 6 - Outro

APÊNDICE II

FORMULÁRIO DE RECOLHA DE DADOS

Formulário n.º: ○ ○ ○
 Data: __/__/__

INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA		Resposta
1	Género: 1 - Masculino 2 - Feminino	
2	Idade: _____ anos	
3	Estado civil: 1 - Solteiro 2 - União de facto/ Casado 3 - Divorciado/ Separado 4 - Viúvo 6 - NS/NR	
4	Nível de instrução: 0 - Analfabeto 1 - Não completou qualquer nível de ensino mas sabe ler e escrever 2 - 1º Ciclo 3 - 2º Ciclo 4 - 3º Ciclo 5 - Ensino secundário 6 - Licenciado 7 - Mestre/Doutor	
5	Pessoas com quem coabita: 1 - Vive sozinho 2 - Cônjuge 3 - Filhos 4 - Cônjuge e filhos 5 - Família alargada 6 - Cuidador informal 7 - Outro _____	

AUTOPERCEÇÃO SOBRE A SAÚDE		Resposta
6	Como avalia a sua saúde, em geral, no momento 1 - Boa 2 - Satisfatória 3 - Má	
7	Comparando com há 5 anos, como está a sua saúde 1 - Melhor 2 - Igual 3 - Pior	
8	Para a sua saúde melhorar de que necessita (assinalar apenas a resposta considerada fundamental) 1 - Melhores cuidados de saúde 2 - Mais apoio social (assistência social) 3 - Mais apoio da família 4 - Ter mais rendimentos 5 - Outro: _____	
9	Descreva quais são os seus problemas de saúde/ doença atualmente	

24	No último ano apresentou alguma queda? 1 - Sim 2 - Não	
25	Força nos membros inferiores - Teste de levantar e sentar Levantou _____ vezes	

Formulário n.º: ○ ○ ○
 Data: __/__/__

26	Força de prensão manual (dinamómetro manual)	
	1ª tentativa _____	Média da força de prensão manual= _____
	2ª tentativa _____	
	3ª tentativa _____	

INVENTÁRIO DA CAPACIDADE FUNCIONAL FACE AO REGIME DE MEDICAMENTOS – ALMEIDA, 2012				Resposta
	Não tenho dificuldade	Tenho dificuldade	Dependo de outro	
Abrir ou fechar as embalagens	1	2	3	
Ler o que está escrito na embalagem	1	2	3	
Perceber qual e como deve tomar o fármaco	1	2	3	
Tomar o fármaco (sabor, tamanho, aplicação)	1	2	3	
Renovar a medicação a tempo (ir ao médico)	1	2	3	
Deslocar-se até à farmácia para comprar	1	2	3	
Ter dinheiro para comprar a medicação	1	2	3	
Cumprir com o horário das tomas	1	2	3	
Manter o conhecimento sobre os fármacos	1	2	3	
Lembrar quando chega a hora	1	2	3	
Organizar para tomar fora de casa (não planeou)	1	2	3	
Estar muito ocupado	1	2	3	
Adormecer antes da hora certa	1	2	3	
Outra:	1	2	3	
28 - PONTUAÇÃO TOTAL				

INVENTÁRIO DE RAZÕES PARA A NÃO ADEÇÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO PRESCRITO – ALMEIDA, 2012				Resposta
	Não tenho dificuldade	Tenho dificuldade	Dependo de outro	
Tomar muita medicação junta	1	2	3	
Os efeitos secundários do fármaco	1	2	3	
Estar preocupado com a habituação face ao fármaco	1	2	3	
Não gostar de tomar medicamentos	1	2	3	
Quando já se sente bem	1	2	3	
Duvidar da eficácia da medicação	1	2	3	
Não querer misturar o fármaco com álcool	1	2	3	
Não gostar de pensar que está doente	1	2	3	
Sentir-se pior quando toma o medicamento	1	2	3	
O fármaco não estar a fazer efeito	1	2	3	
O tratamento ser demasiado longo	1	2	3	
Por estar deprimido(a)	1	2	3	
Preguiça em tomar os medicamentos	1	2	3	
Não ter apoio de alguém para o fazer	1	2	3	
Não lhe explicarem para que serve	1	2	3	
Outro:	1	2	3	
30 - PONTUAÇÃO TOTAL				

Formulário n.º: ○ ○ ○
 Data: __/__/__

ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE			Resposta	
33	Como se desloca aos serviços de saúde – Centro de saúde?			
	1 - Transporte próprio			
	2 - Transporte público			
	3 - Ambulância			
	4 - Táxi			
34	Como se desloca aos serviços de saúde – Hospital/Urgência?			
	1 - Transporte próprio			
	2 - Transporte público			
	3 - Ambulância			
	4 - Táxi			
35	Normalmente vai acompanhado quando se desloca aos serviços de saúde?			
	1 - Sim			
	2 - Não, vou sozinho. Não preciso de acompanhante (avançar para a pergunta 37)			
36	Quem, normalmente, o acompanha?			
	1 - Familiares/ conviventes significativos (habitam a mesma casa)			
	2 - Amigos/ vizinhos			
37	Sente alguma dificuldade para se deslocar às consultas?			
	1 - Sim			
	2 - Não (avançar para a pergunta 39)			
38	Qual/quais as sua(s) dificuldade(s)?	Razão principal	Razões de segunda ordem	
	1 - Tenho dificuldade em andar			
	2 - Tenho medo de cair			
	3 - A distância é grande e não tenho quem me leve			
	4 - A distância é grande e fica muito cara			
	5 - Não tenho quem me acompanhe			
	6 - Fico muito tempo à espera			
39	Quem o acompanha na gestão das suas doenças?	Principal	Secundários	
	1 - Médico de família			
	2 - Médico de consulta hospitalar			
	3 - Médico particular			
	4 - Enfermeiro de família			
40	É seguido por quantos médicos, atualmente? _____ médicos			
41	Conhece o seu médico de família?			
	1 - Sim			
42	Quantas vezes recorreu a ele no último ano? _____ vezes			
	2 - Não			
43	Porque motivo? (assinale todas as situações referenciadas)		Sim	Não
	1 - Consultas de rotina			
	2 - Sentir-se doente			
	3 - Renovar a medicação			
	4 - Mostrar/pedir para fazer exames			

Formulário n.º: ○ ○ ○
 Data: __/__/__

	5 - Outro: _____				
44	Conhece o seu enfermeiro de família? 1 - Sim 2 - Não				
45	Quantas vezes recorreu a ele no último ano? _____ vezes				
46	Porque motivo? (assinale todas as situações referenciadas)	Sim	Não		
	1 - Consultas de rotina				
	2 - Sentir-se doente				
	3 - Realizar tratamento				
	4 - Vacinação				
	5 - Outro: _____				
47	Quando necessita consegue contactar a sua Equipa de Saúde Familiar? 1 - Sim 2 - Por vezes é difícil 3 - Nunca consigo 4 - Nunca tentei fazer				
48	Quantas vezes recorreu ao Serviço de Urgência no último ano? _____ vezes				
49	Porque motivo? (assinale todas as situações referenciadas)				
	1 - Sentir-se doente				
	2 - Queda				
	3 - Encaminhado pelo médico de família ou por outro profissional de saúde				
	4 - Realizar tratamento				
	5 - Acidente				
	6 - Não ter alternativa				
	7 - Outro: _____				
50	Como é a sua relação com os profissionais de saúde que o acompanham? 1 - Boa 2 - Indiferente 3 - Má				
51	Tem dificuldade em perceber os agendamentos das consultas e dos exames? 1 - Sim 2 - Não				
52	Sabe se o centro de saúde oferece a possibilidade de consultas não programadas (de recurso)? 1 - Sim 2 - Não				
53	Sabe que a ULSM tem um Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU) a funcionar? 1 - Sim 2 - Não				
COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE		Resposta			
54	Quando sente que está a ficar doente ou a piorar o que faz? 1 - Nada, espera para ver se melhora e só procura ajuda quando se sente mesmo mal 2 - Contacta o seu médico de família 3 - Contacta o seu enfermeiro de família 4 - Recorre à urgência hospitalar 5 - Aguarda até que alguém (familiar/convivente significativo) decida atuar				
	55	Frequenta sempre as consultas quando são marcadas? 1 - Sempre 2 - Falto de vez em quando 3 - Raramente vou às consultas			
		56	Razões que o levam a faltar às consultas? 1 - Fica muito caro 2 - Não ter quem o acompanhe 3 - Não confiar no profissional que o atende 4 - Não ter disponibilidade de tempo 5 - É muito longe 6 - Outra		

Formulário n.º: ○ ○ ○
 Data: __/__/__

57	Considera que as consultas que tem se adequam às suas necessidades de saúde?					
	1 - Não, são demasiadas consultas					
	2 - Sim, adequam-se às minhas necessidades					
58	Usa algum dispositivo para o ajudar a monitorizar/controlar a sua doença?					
	1 - Sim					
	2 - Não					
59	Que dispositivo(s) foi aconselhado a usar pela sua equipa de saúde?	Está prescrito	Usa o dispositivo	Sabe preparar	Sabe monitorizar	Precisa de ajuda
	1 - Aparelho para monitorizar as tensões					
	2 - Aparelho para monitorizar a glicemia capilar					
	3 - Balança para controlar o peso					
	4 - Caixa para gerir os medicamentos					
	4 - CPAP/ BIPAP para dormir					
	5 - Oxímetro					
6 - Outro						

ESCALAS DE OUTROS AUTORES UTILIZADAS (COM A SUA PERMISSÃO ESCRITA):

- **MINI MENTAL STATE EXAMINATION** (Folstein et al. 1975, adaptado por Guerreiro et al. 1998) - Pergunta 10
- **ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS – 15)** (Yesavage et al., 1983; versão breve - Sheik et al., 1986; tradução portuguesa da GDS-30: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências J. Barreto, A. Leuschner, F. Santos, M. Sobral) - Pergunta 11
- **ATIVIDADES DE VIDA INSTRUMENTAIS DIÁRIAS-LAWTON-BRODY, 1969** (ADAPTADO POR SEQUEIRA, 2007) - PERGUNTA 12,13,14,15,16
- **ÍNDICE DE BARTHEL - MAHONEY & BARTHEL, 1965** (ADAPTADO POR SEQUEIRA, 2007) - PERGUNTA 17,18,19,20
- **POMA I** - (TINETTI, WILLIAMS E MAYEWSKI (1986); VERSÃO PORTUGUESA - PETIZ, E. M. 2002] - PERGUNTA .21,22,23
- **MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS (MAT)** (DELGADO E LIMA, 2001) - PERGUNTA 27
- **ESCALA DE CRENÇAS ACERCA DOS MEDICAMENTOS (BMQ ESPECÍFICA)** (HORNE, WEINMAN & HANKINS, 1997. VERSÃO PORTUGUESA DE PEREIRA, M; PEDRAS, S & MACHADO J, 2013) -PERGUNTA: 29
- **ÍNDICE DA COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA** (MELCHIORI, A., CORRER, C., FERNÁNDEZ-LIIMOS, F.; 2007) - PERGUNTA : 32

APÊNDICE III

GUIÃO EXTRAÇÃO DE DADOS PROCESSOS CLÍNICOS

APÊNDICE IV

DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO PARTICIPANTE NA INVESTIGAÇÃO

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM
INVESTIGAÇÃO**

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Eu, Alberto Miguel Fontes Pereira, investigador da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, sou responsável pelo estudo de investigação intitulado “Doentes crónicos complexos utilizadores frequentes do Serviço de Urgência: Diagnóstico de situação e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem na comunidade”.

Participar neste estudo significa que autoriza que a informação recolhida sobre si, no âmbito do referido estudo, seja analisada juntamente com a de outras pessoas, para efeitos de caracterização e identificação de problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Asseguro-lhe que as observações e respostas individuais recolhidas serão confidenciais.

ENQUADRAMENTO:

O presente estudo insere-se no âmbito do XII Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em enfermagem comunitária, a decorrer na Universidade Católica Porto, e será implementado na Unidade de Cuidados [REDACTED], mais concretamente na Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos [REDACTED]

QUAL O OBJETIVO DO ESTUDO?

O estudo terá dois objetivos gerais:

1. Caracterizar a população de doentes crónicos complexos que recorrem frequentemente ao Serviço de Urgência [REDACTED]

¹http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

²<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>



2. Identificar os fenómenos, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem em contexto comunitário, que influenciam a gestão da doença crónica;

QUAIS AS VANTAGENS FUTURAS PARA AS PESSOAS EM GERAL COM ESTE ESTUDO?

O estudo irá permitir conhecer quais são os principais problemas, sensíveis aos cuidados de enfermagem, que mais afetam os doentes crónicos utilizadores frequentes do Serviço de [REDACTED] e, por outro lado, perceber quais as intervenções mais prementes para a sua resolução.

O QUE É QUE ESTE ESTUDO ENVOLVE?

Ao participar no presente estudo irá responder a um conjunto de questões e realizar alguns testes de clínicos, que servirão para identificar as causas da utilização frequente do Serviço de Urgência e caracterizar os problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem a carecer de intervenção. Por outro lado, se aceitar participar no estudo, estará a autorizar o investigador a consultar o seu processo clínico, sob a supervisão de um profissional da Unidade Local de [REDACTED] e com a autorização prévia da Comissão de Ética em Saúde da mesma instituição.

A QUEM É PEDIDO PARA PARTICIPAR NESTE ESTUDO?

Foi-lhe pedido para participar no presente estudo em virtude de ser residente no concelho de [REDACTED] utilizador da [REDACTED] ter 75 ou mais anos e ter recorrido mais do que três vezes ao Serviço de Urgência no último ano.

EXISTEM RISCOS NESTA PARTICIPAÇÃO?

O estudo é observacional. Não existem riscos associados ao preenchimento do instrumento de recolha de dados (formulário e testes de aptidão).

EXISTEM BENEFÍCIOS POR PARTICIPAR?

Não irá receber nenhum benefício direto por participar no estudo com exceção de poder esclarecer com o enfermeiro avaliador as implicações para a saúde relativas aos diversos parâmetros avaliados. No entanto, o tratamento da informação recolhida irá permitir melhorar o conhecimento sobre os problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem nos doentes crónicos utilizadores frequentes do Serviço de Urgência, prevendo-se assim que o seu contributo individual ajude a diminuir a severidade deste problema na comunidade.



QUEM TERÁ ACESSO À MINHA INFORMAÇÃO?

Todos os dados pessoais e a informação recolhida são confidenciais e são apenas utilizados de acordo com os objetivos do estudo e não serão identificados em nenhuma publicação dos resultados. O seu nome não irá constar em nenhum dos instrumentos. Ser-lhe-á atribuído um código de 3 dígitos na entrevista. Dessa forma, os dados serão sempre trabalhados de forma confidencial e será sempre o(a) senhor(a) a decidir se quer participar ou não.

EXISTEM CUSTOS ENVOLVIDOS?

Não existem quaisquer custos ou encargos da sua parte, excetuando o tempo que irá despendar nas diversas avaliações.

QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS?

A sua participação é voluntária e é livre de recusar ou abandonar o estudo, quando desejar. De realçar que a não participação no estudo não terá qualquer influência nos cuidados que habitualmente recebe na

A QUEM POSSO CONTACTAR SE TIVER ALGUMA QUESTÃO OU PREOCUPAÇÃO?

Se tiver dúvidas sobre os seus direitos como participante pode contactar o investigador, Alberto Miguel Fontes Pereira, por telefone ou através do correio eletrónico

Agradecemos desde já a sua colaboração. Prevê-se que o estudo esteja concluído em Março de 2020 podendo, a partir dessa altura, solicitar a consulta dos resultados junto do enfermeiro investigador.

Alberto Miguel Fontes Pereira

Aluno Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa – Porto

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

de acordo com a Declaração de Helsínquia³ e a Convenção de Oviedo⁴

Declaro ter compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que abaixo assina/m.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Assinatura do(a) participante: _____

Data: _____

Nome do investigador: _____

Data: _____

³http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

⁴<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

de acordo com a Declaração de Helsínquia⁵ e a Convenção de Oviedo⁶

Declaro ter compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que abaixo assina/m.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Assinatura do(a) participante: _____

Data: _____

Nome do investigador: _____

Data: _____

⁵http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

⁶<http://dire.pt/pdf1sdir/2001/01/002A00/00140036.pdf>

APÊNDICE V

MÉTODOS DE PRIORIZAÇÃO

CRITÉRIO PROBLEMA	MAGNITUDE	INTERESSE	ACEITABILIDADE	VULNERABILIDADE	TOTAL
	3 (> 50%) 2 (> 25% > 50%) 1 (< 25%)	3 - Muito Interessante 2 - Interessante 1 - Não interessante	3 - Fácil adesão 2 - Neutro 1 - Baixa adesão	1 - Exequível 2 - Não exequível	
P1 – RISCO DE QUALIDADE DE VIDA NEGATIVA*	3	3	3	1	9
P2 – COGNIÇÃO COMPROMETIDA*	3	1	2	0	0
P3 – HUMOR DEPRESSIVO*	3	3	1	0	0
P4 – DÉFICE NO AUTOCUIDADO: ATIVIDADES DE VIDA INSTRUMENTAIS*	3	1	1	0	0
P5 – DÉFICE NO AUTOCUIDADO: ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS*	3	1	1	0	0
P6 – RISCO DE QUEDA ELEVADO*	3	3	3	1	9
P7 - CAPACIDADE PARA GERIR REGIME MEDICAMENTOSO COMPROMETIDA*	3	3	3	1	9
P8 - NÃO ADESAO AO REGIME MEDICAMENTOSO*	3	3	3	1	9
P9 - ACESSO AO TRATAMENTO DIFICULTADO*	3	3	3	1	9
P10 - PROBLEMA COM REGIME TRATAMENTO DE ELEVADA COMPLEXIDADE*	3	1	3	0	0
P11 - SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO*	3	3	3	1	9
P12 - COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE COMPROMETIDO*	3	3	3	1	9

*Diagnóstico de enfermagem registado pelo ICN

PROBLEMAS	COMPARAÇÃO POR PARES						%	ORDEM
P1 - RISCO DE QUALIDADE DE VIDA NEGATIVA	P1	P1	P1	P1	P1	P1	0	7
	P6	P7	P8	P9	P11	P12		
P6 - RISCO DE QUEDA ELEVADO	P6	P6	P6	P6	P6	P6	8.3%	6
	P1	P7	P8	P9	P11	P12		
P7 - CAPACIDADE PARA GERIR O REGIME MEDICAMENTOSO COMPROMETIDA	P7	P7	P7	P7	P7	P7	41.6%	2
	P1	P6	P8	P9	P11	P12		
P8 - NÃO ADESAO AO REGIME MEDICAMENTOSO	P8	P8	P8	P8	P8	P8	33.3%	3
	P1	P6	P7	P9	P11	P12		
P9 - ACESSO AO TRATAMENTO DIFICULTADO	P9	P9	P9	P9	P9	P9	25%	4
	P1	P6	P7	P8	P11	P12		
P11 - SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO	P11	P11	P11	P11	P11	P11	50%	1
	P1	P6	P7	P8	P9	P12		
P12 - COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE COMPROMETIDO	P12	P12	P12	P12	P12	P12	16.6%	5
	P1	P6	P7	P8	P9	P11		

APÊNDICE VI

APRESENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

07/04/2020

Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem
Comunitária – Alberto Miguel Pereira

**DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS UTILIZADORES
FREQUENTES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA:**


Diagnóstico de Situação e Indicadores Sensíveis aos Cuidados de
Enfermagem na Comunidade

Sumário


- Contextualização do estudo
- Questão de investigação - Desenho do Estudo e Metodologia
- Diagnóstico de Situação
- Problemas e priorização
- Planeamento de Intervenções para a Equipa de Suporte ao Doente Crónico Complexo da ULSM

07/04/2020

Contextualização do Estudo



- Unidade curricular de Estágio e Relatório, do XII Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária, da Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem – Porto
- Orientação Académica – Professor Doutor Armando Almeida
- Orientação Tutorial – Enfermeira Chefe Alice Martins
- Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos / Unidade Cuidados na Comunidade
- 09 de Setembro de 2019 a 04 de Janeiro de 2020


3

Gest



Governo quer tirar 190 mil episódios de urgência aos hospitais

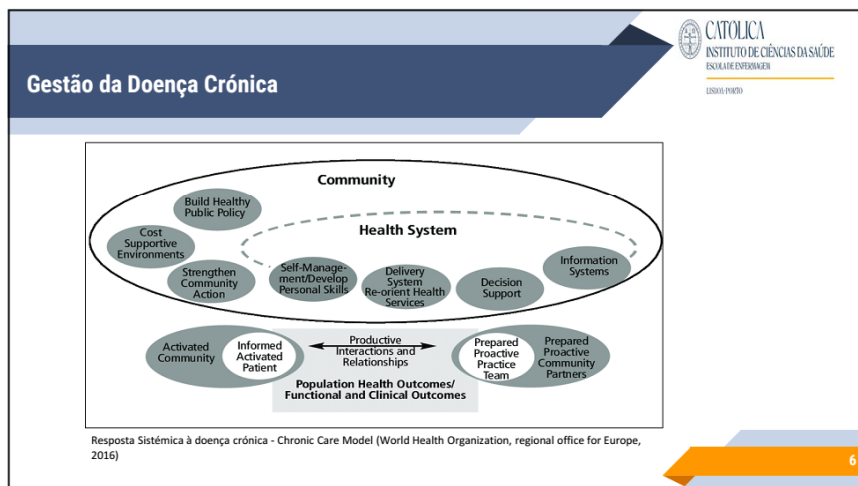
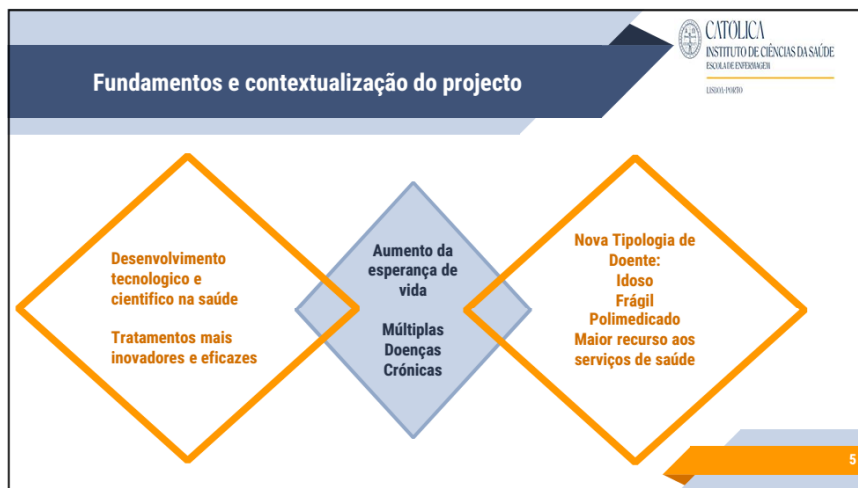
Metas dos últimos anos não têm sido cumpridas. Ministério acredita que SNS terá em 2020 mais 75 mil cirurgias e mais 551 mil consultas

Neste indicador, que representa uma má utilização dos serviços, os previsões de desida têm falhado: em 2015, 2016 e 2017, o número de urgências aumentaram 4,7%, no ano seguinte, baixaram 1,3% e de 2017 para 2018, subiram 0,7%. Desde último para 2019, cresceram 0,3%, condições podem observar-se na nota explicativa de OCE2019.

Não início da anterior legislatura, a equipa ministerial liderada por Adalberto Campos Pereira decidiu, em 2015, reduzir em 3,2% ao ano das urgências hospitalares, o que permitiu poupar 44 milhões de euros por ano. A atual ministra, Maria Tereza, prometeu à Administração Central do Sistema de Saúde e, em 2016, anunciou um projeto para identificar e acompanhar os serviços frequentes da urgência, designadamente os doentes com patologias crónicas e livres específicos de caso que se repetem de modo a evitar a utilização desnecessária de serviços de urgência. A associação de alguns exemplos - nas unidades locais de saúde de Matosinhos e do Litoral Alentejano - pouco avançou, mas o OCE 2019 está em conformidade com o projeto. Também avançou o projeto de criação de unidades de triagem e de urgências para os centros de saúde com marcação de consulta no próprio dia. Apesar dos resultados positivos, o alargamento corre à contra-gosto. Na semana passada, questionada sobre a urgência do Hospital de Valongo, encerrada há vários anos, a ministra defendeu a "desagregação" da prestação de cuidados, lembrando que não é os serviços que se dá a melhor resposta aos doentes crónicos. "Se não o país da OCDE com mais episódios de urgência e isso é um mau indicador", disse Maria Tereza.


4

07/04/2020



21/04/2020

Gestão da Doença Crónica

Kaiser Permanent risk stratification pyramid

- Professional care
- Case Management: High complexity patients (5%)
- High risk patients (15%)
- Disease management: Chronic patients (73-80%)
- Self-care support
- PREVENTION: General population

Caraterizar Doente Crónico Complexo na ULS

- Quantos são?
- Como são?
- Como vivem?
- O que necessitam?
- Que resposta lhes é oferecemos?
- Porque utilizam frequentemente o SU?

Pirâmide de Kaiser Permanent (World Health Organization, regional office for Europe, 2016)

7

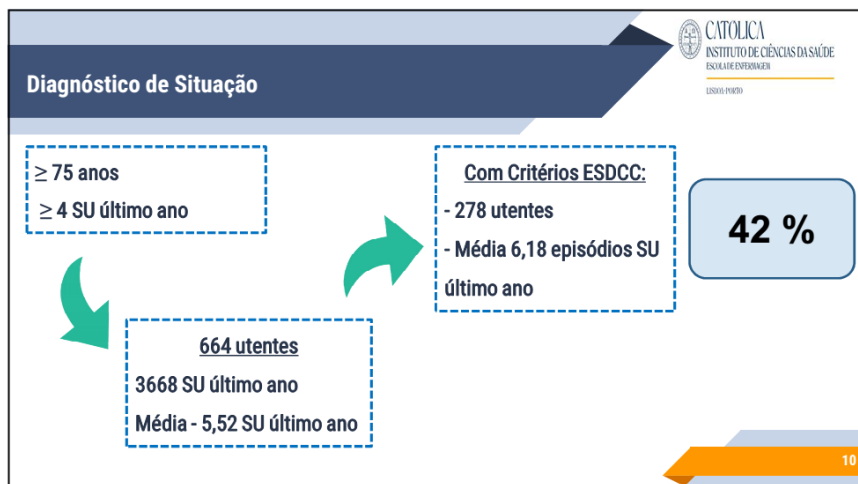
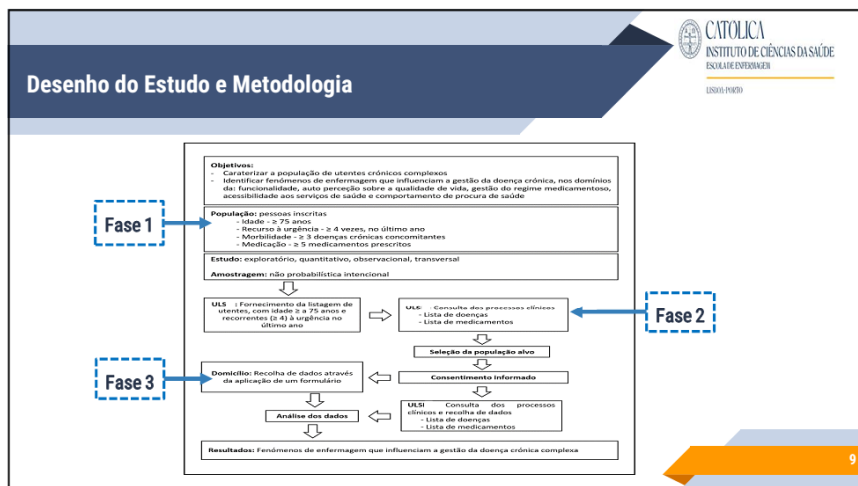
Fenómenos Problemáticos em Estudo

A utilização frequente do serviço de urgência, por parte de uma população de doentes crónicos complexos, poderá estar relacionada com problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem, em contexto comunitário (domiciliário)?

Objetivo Central - *caraterizar os doentes crónicos complexos utilizadores frequentes do serviço de urgência e perceber que fenómenos, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, poderão influenciar a gestão efetiva da doença crónica, inflacionando a procura dos serviços de saúde**

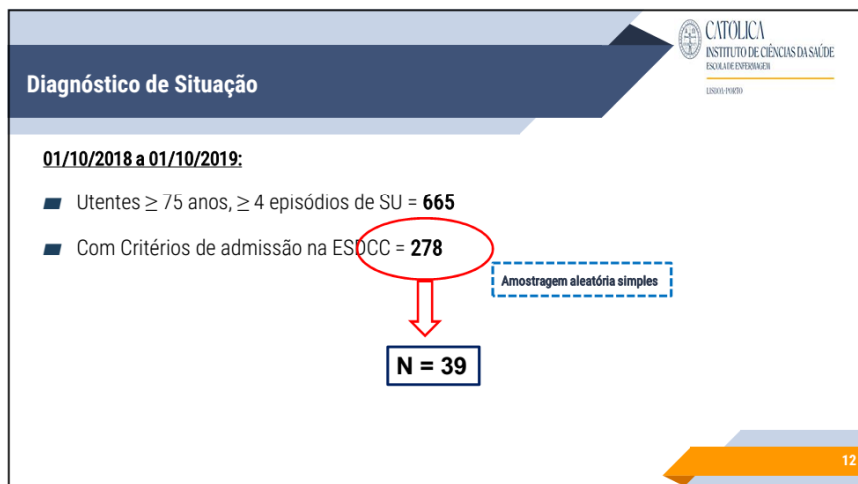
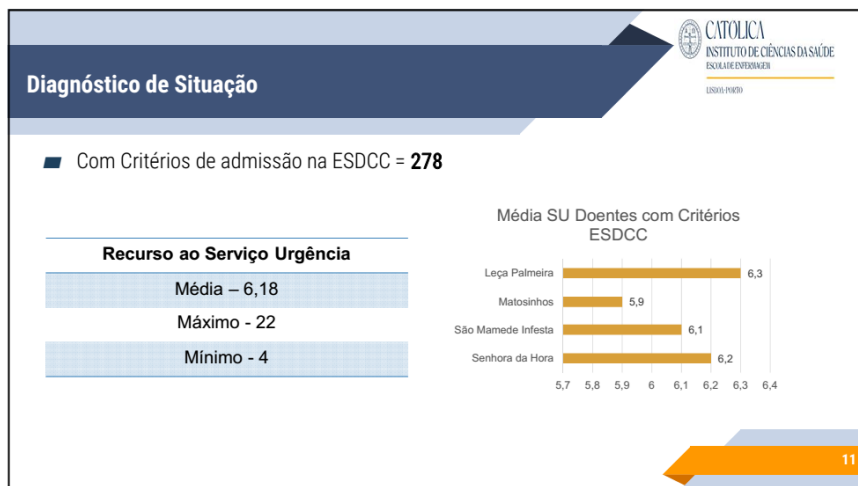
8

07/04/2020



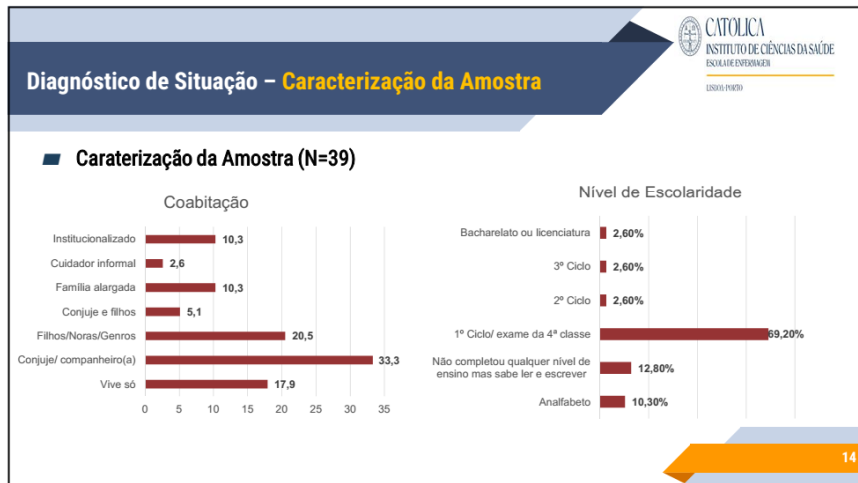
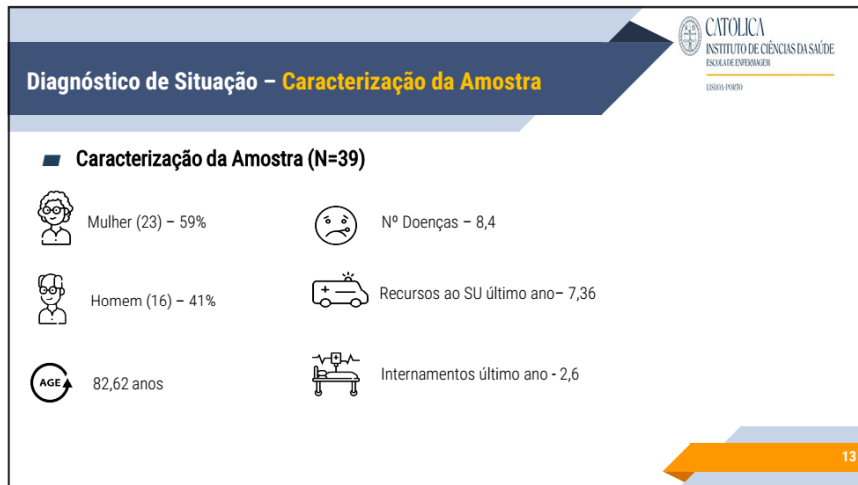
5

07/04/2020

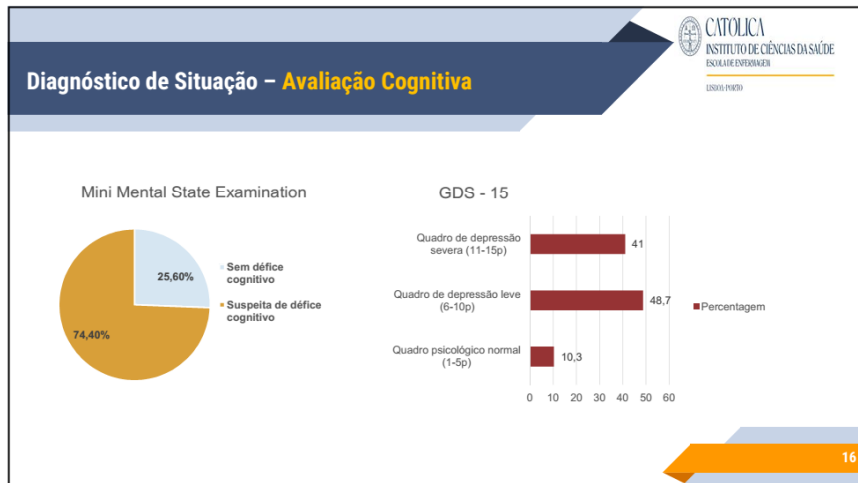
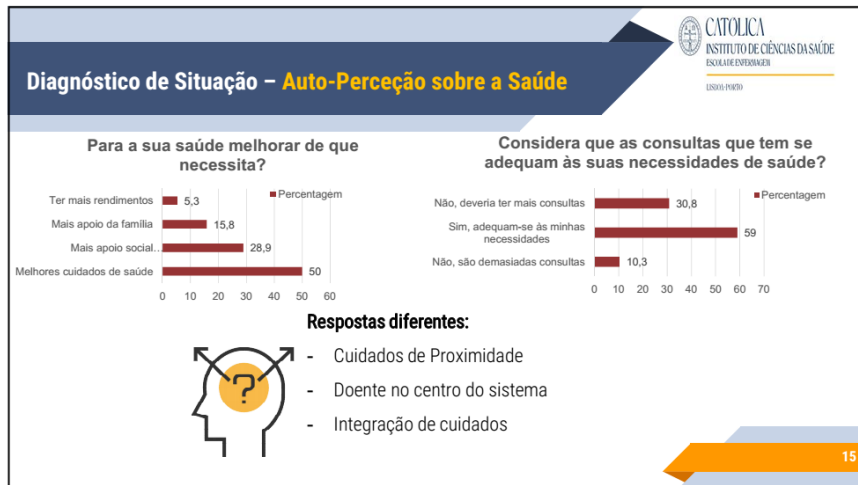


6

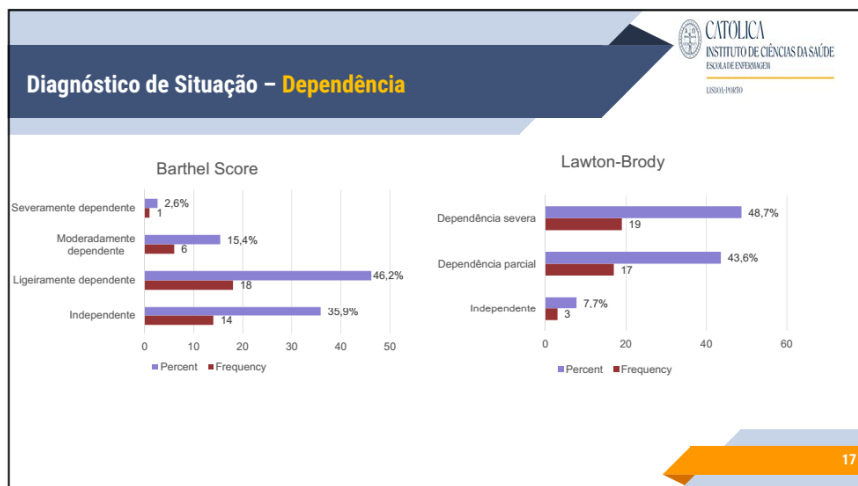
07/04/2020



07/04/2020



07/04/2020



Diagnóstico de Situação – Atividades Vida Instrumentais

Usar Transportes		Percentagem	Ir às compras		Percentagem
viaja em transporte público ou conduz		25,60%	Faz as compras sem ajuda		20,5%
Só anda de táxi		5,10%	Só faz pequenas compras		12,8%
Necessita de acompanhamento		51,30%	Faz as compras acompanhado		15,4%
Incapaz de usar o transporte		17,90%	É incapaz de ir às compras		51,3%

Resp. Medicação		Percentagem	Dinheiro		Percentagem
Responsável pela medicação		43,6%	Paga as contas, vai ao banco		33,3
Necessita que lhe preparem a medicação		25,6%	Só pequenas quantidades de dinheiro		41
Incapaz		30,8%	Incapaz de usar o dinheiro		25,6

07/04/2020

Diagnóstico de Situação - Quedas

Queda último ano	Frequency	Percent
Sim	23	59 %
Não	16	41 %
Total	39	100 %

Risco de Queda (Tinetti Score)	Frequency	Percent
Alto risco de queda	23	59 %
Risco moderado de queda	8	20,5 %
Baixo risco de queda	6	15,4 %
Total	37	94,9 %
Missing	999	2 %
Total		39

19

Diagnóstico de Situação - Acessibilidade

- I. **84,6%** Necessitam de acompanhamento para se deslocar aos serviços de saúde, apenas **12,8%** consegue ir sozinho
- II. **74,4%** Referem que sentem dificuldades em se deslocar às consultas
- III. **30,8%** Referem que nunca conseguem contactar a equipa de saúde familiar e **33,3%** referem que por vezes é difícil. Apenas **23,1%** referiu que consegue contactar quando necessita
- IV. **53,8%** Afirmam ter dificuldade em perceber os agendamentos das consultas e dos exames

20

07/04/2020

Diagnóstico de Situação - Acessibilidade

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

V. **84.6%** Sabe que o Centro de Saúde oferece a possibilidade de consultas não programadas

VI. **59%** Sabe que existe na Unidade Local de Saúde um Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU) em funcionamento

VII. **Em média** cada utente é seguido por **4 médicos**

VIII. **Em média** cada utente recorreu **5 vezes ao médico de família e 2 vezes ao enfermeiro de família** no último ano

IX. **Em média** cada utente recorreu **6 vezes ao Serviço de Urgência** no último ano, sendo que o mínimo foi de 4 vezes e o máximo de 24 vezes.

21

Diagnóstico de Situação - Acessibilidade

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

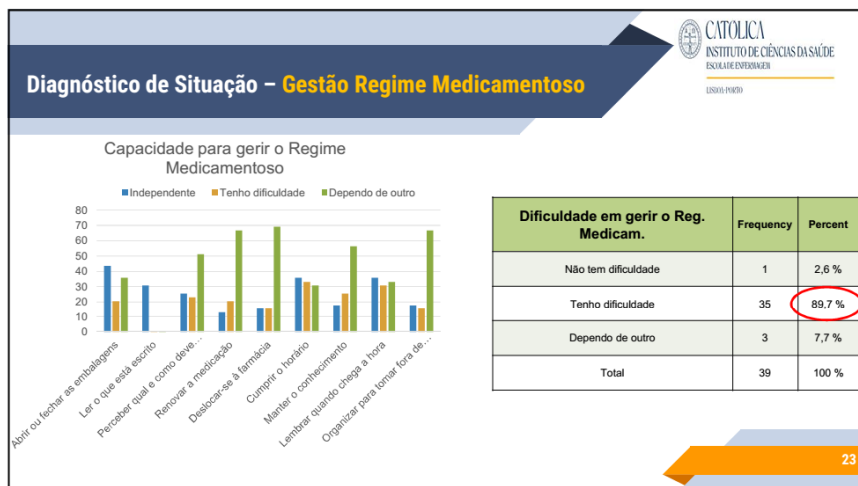
O que faz quando se sente doente?

Resposta	Porcentagem
Nada, espera para ver se melhora e só procura ajuda quando se sente mesmo mal	28%
Contacta o seu médico de família	13%
Recorre à urgência hospitalar	59%

22

11

07/04/2020

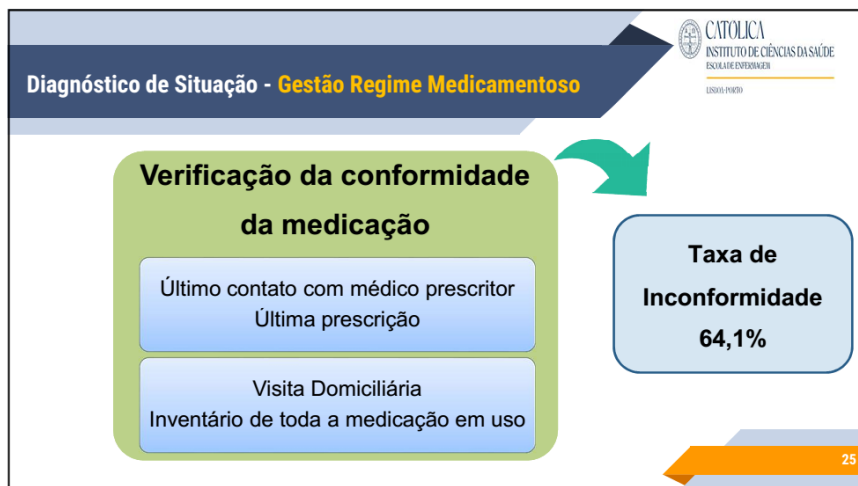


Diagnóstico de Situação - Gestão Regime Medicamentoso

N=39	Número total de fármacos	Índice de complexidade da farmacoterapia
Média	11,54	28,9
Mediana	11	28,5
Desvio Padrão	3,486	9,458
Mínimo	6	12
Máximo	21	51

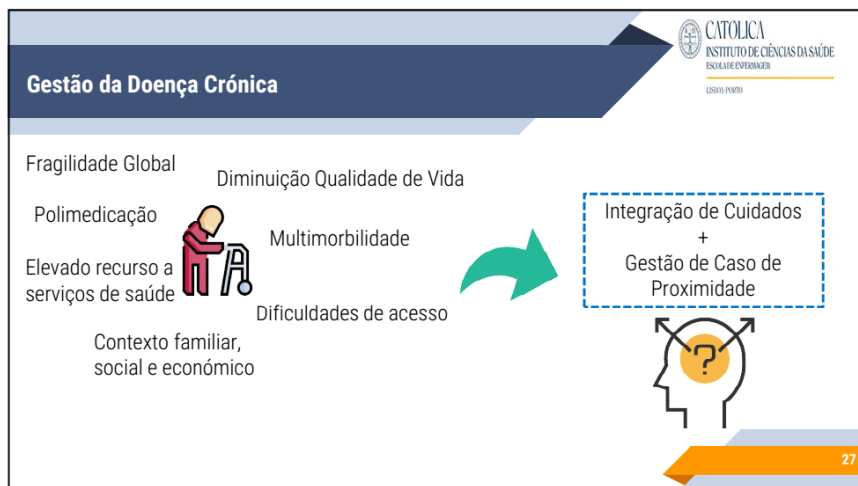
24

07/04/2020



13

07/04/2020



Problemas e Priorização

CRITÉRIO PROBLEMA	MAGNITUDE	INTERESSE	ACEITABILIDADE	VULNERABILIDADE	TOTAL
	3 (> 50%) 2 (> 25% > 50%) 1 (< 25%)	3 - Muito Interessante 2 - Interessante 1 - Não interessante	3 - Fácil aceção 2 - Neutro 1 - Não aceite	1 - Equivál 2 - Não equivál	
P1 - RISCO DE QUALIDADE DE VIDA NEGATIVA	3	3	3	1	9
P2 - DÉFICE COGNITIVO	3	1	2	0	6
P3 - HUMOR DEPRESSIVO	3	3	1	0	7
P4 - DÉFICE NO AUTOCUIDADO: ATIVIDADES DE VIDA INSTRUMENTAIS	3	1	1	0	5
P5 - DÉFICE NO AUTOCUIDADO: ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS	3	1	1	0	5
P6 - RISCO DE QUEDA ELEVADO	3	3	3	1	10
P7 - CAPACIDADE PARA GERIR O REGIME MEDICAMENTOSO COMPROMETIDA	3	3	3	1	10
P8 - NÃO ADESAO AO REGIME MEDICAMENTOSO	3	3	3	1	10
P9 - ACESSO AO TRATAMENTO DIFICULTADO	3	3	3	1	10
P10 - PROBLEMA COM REGIME TRATAMENTO DE ELEVADA COMPLEXIDADE	3	1	3	0	7
P11 - SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO	3	3	3	1	10
P12 - COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE COMPROMETIDO	3	3	3	1	10

28

07/04/2020


Problemas e Priorização


 LISBOA-PORTO

PROBLEMAS	COMPARAÇÃO POR PARES						%	ORDEM
	P1	P1	P1	P1	P1	P1		
P1 - RISCO DE QUALIDADE DE VIDA NEGATIVA	P6	P7	P8	P9	P11	P12	0	7
	P6	P6	P6	P6	P6	P6	8.3%	
P6 - RISCO DE QUEDA ELEVADO	P7	P7	P7	P7	P7	P7	41.6%	2
	P1	P6	P8	P9	P11	P12		
P7 - CAPACIDADE PARA GERIR O REGIME MEDICAMENTOSO COMPROMETIDA	P8	P8	P8	P8	P8	P8	33.3%	3
	P1	P6	P7	P9	P11	P12		
P8 - NÃO ADESAO AO REGIME MEDICAMENTOSO	P9	P9	P9	P9	P9	P9	25%	4
	P1	P6	P7	P8	P11	P12		
P9 - ACESSO AO TRATAMENTO DIFICULTADO	P11	P11	P11	P11	P11	P11	50%	1
	P1	P6	P7	P8	P9	P12		
P11 - SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO	P12	P12	P12	P12	P12	P12	16.6%	5
	P1	P6	P7	P8	P9	P11		
P12 - COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE COMPROMETIDO								

29

Problemas e Priorização



 LISBOA-PORTO

PRIORIDADE	PROBLEMA
1	P11 - Segurança na utilização do medicamento
2	P7 - Capacidade para gerir o regime medicamentoso comprometida
3	P8 - Não adesão ao regime medicamentoso
4	P9 - Acesso ao tratamento dificultado
5	P12 - Comportamento de procura de saúde comprometido
6	P6 - Risco de queda elevado
7	P1 - Risco de qualidade de vida negativa

30

07/04/2020

Projeto de Intervenção na ESDCC




AMPLIAR REDE REFERENCIAÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO NA ESDCC

PROJETO – “GESTÃO REGIME MEDICAMENTOSO NA ESDCC”


31

Projeto de Intervenção na ESDCC



RECONCILIAÇÃO DA MEDICAÇÃO NA ESDCC
(Norma DGS n° 018/2016 de 30/12/2016)

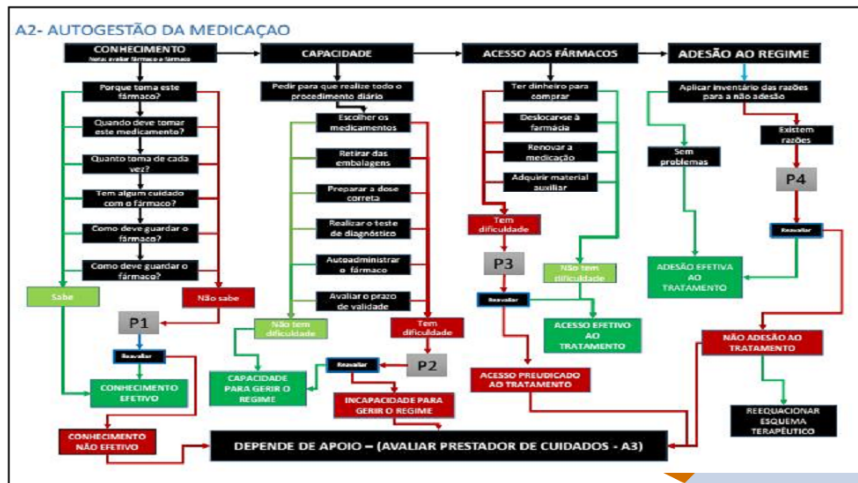
ÁRVORE DECISÃO CLÍNICA NA GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO



32

16

07/04/2020




17

07/04/2020

Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária

Obrigado!

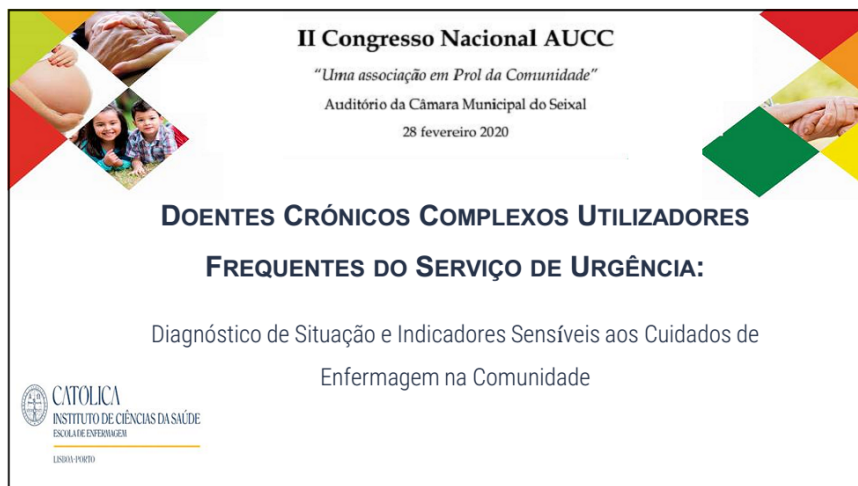
Miguelpereira@gmail.com

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

Apêndice VII

APRESENTAÇÃO COMUNICAÇÃO LIVRE 2º CONGRESSO NACIONAL DAS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE


07/04/2020

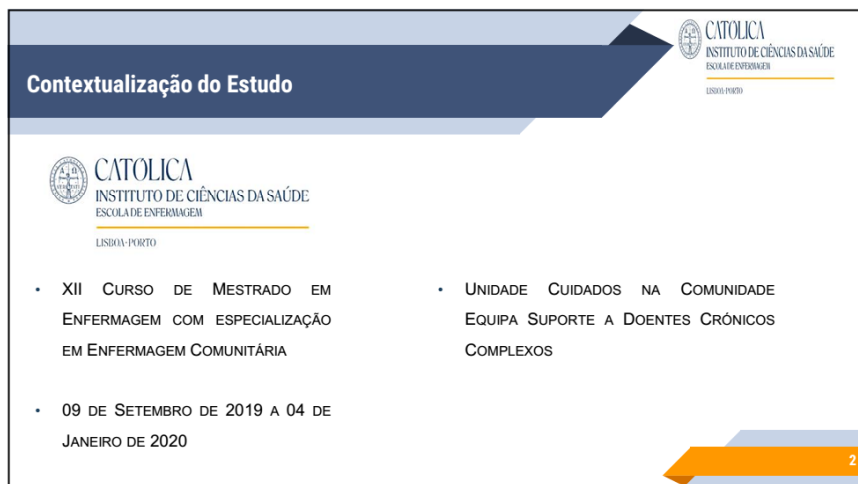


II Congresso Nacional AUCC
"Uma associação em Prol da Comunidade"
Auditório da Câmara Municipal do Seixal
28 fevereiro 2020


**DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS UTILIZADORES
FREQUENTES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA:**


Diagnóstico de Situação e Indicadores Sensíveis aos Cuidados de
Enfermagem na Comunidade

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



Contextualização do Estudo

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

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

- XII CURSO DE Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária
- UNIDADE Cuidados na Comunidade Equipa Suporte a Doentes Crónicos Complexos
- 09 de Setembro de 2019 a 04 de Janeiro de 2020

2

1

07/04/2020

Contextualização do Estudo

Kaiser Permanent risk stratification pyramid

Level of Care	Percentage
Professional care	High complexity patients (5%)
Case Management	High risk patients (15%)
Disease management	Chronic patients (70-80%)
Self-care support	
PREVENTION	General population

Pirâmide de Kaiser Permanent (World Health Organization, regional office for Europe, 2016)

Caraterizar Doente Crónico Complexo na ULS

Quantos são?
Como são?
Como vivem?
O que necessitam?
Que resposta lhes oferecemos?
Porque utilizam frequentemente o SU?

3

Desenho do Estudo e Metodologia


Questão de Investigação:

A utilização frequente do serviço de urgência, por parte de uma população de doentes crónicos complexos, poderá estar relacionada com problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem, em contexto comunitário (domiciliário)?

4

07/04/2020

Desenho do Estudo e Metodologia



Objetivos:

- Caracterizar a população de utentes crónicos complexos
- Identificar fenómenos de enfermagem que influenciam a gestão da doença crónica, nos domínios da: funcionalidade, auto percepção sobre a qualidade de vida, gestão do regime medicamentoso, acessibilidade aos serviços de saúde e comportamento de procura de saúde

População: pessoas inscritas


- Idade - ≥ 75 anos
- Recurso à urgência - ≥ 4 vezes, no último ano
- Morbilidade - ≥ 3 doenças crónicas concomitantes
- Medicação - ≥ 5 medicamentos prescritos

Estudo: exploratório, quantitativo, observacional, transversal

Amostragem: não probabilística intencional

5

Desenho do Estudo e Metodologia



Fase 1 → ULS : Fornecimento da listagem de utentes, com idade ≥ 75 anos e recorrentes (≥ 4) à urgência no último ano

→ ULS: Consulta dos processos clínicos
- Lista de utentes
- Lista de medicamentos

Fase 2 ← Seleção da população alvo

← Consentimento informado

Fase 3 → Domicílio: Recolha de dados através da aplicação de um formulário

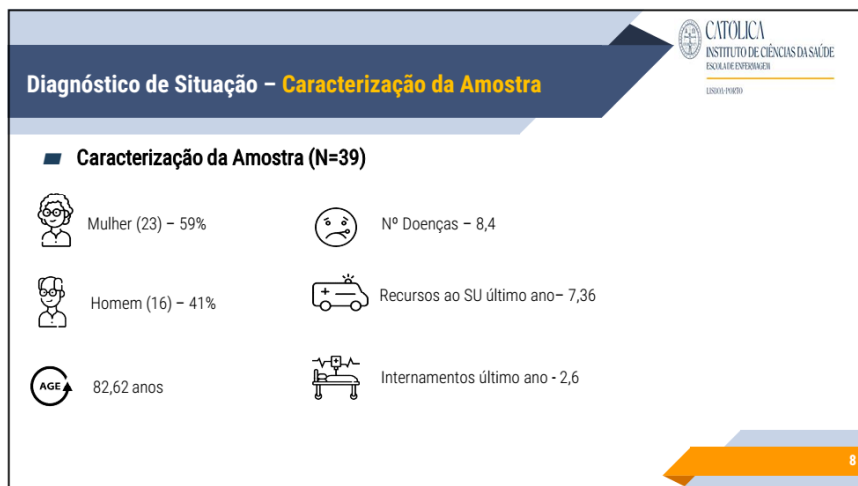
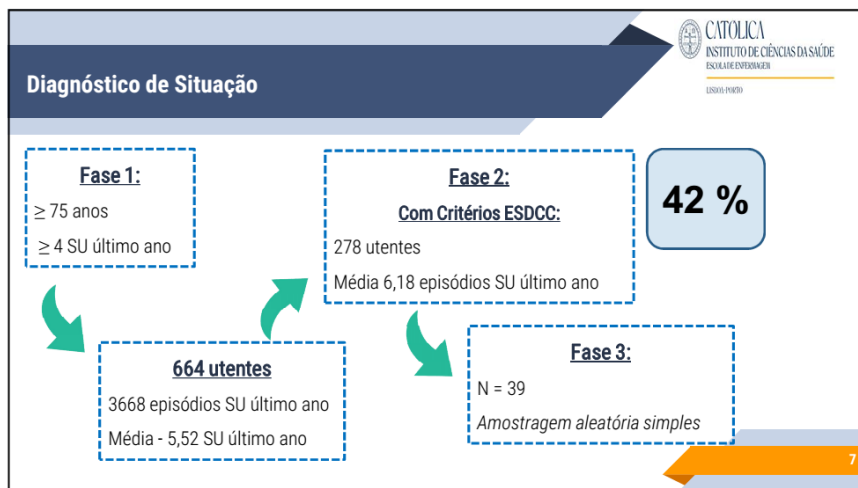
← ULS: Consulta dos processos clínicos e recolha de dados
- Lista de doenças
- Lista de medicamentos

↓ Análise dos dados

Resultados: Fenómenos de enfermagem que influenciam a gestão da doença crónica complexa

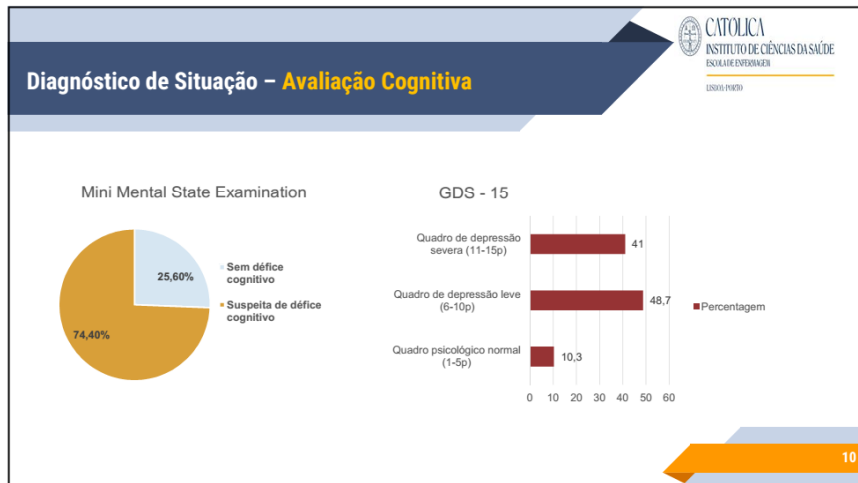
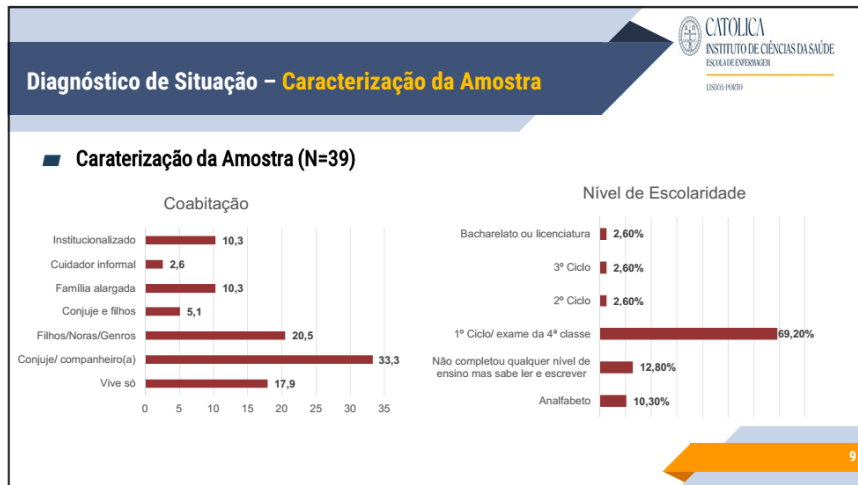
6

07/04/2020



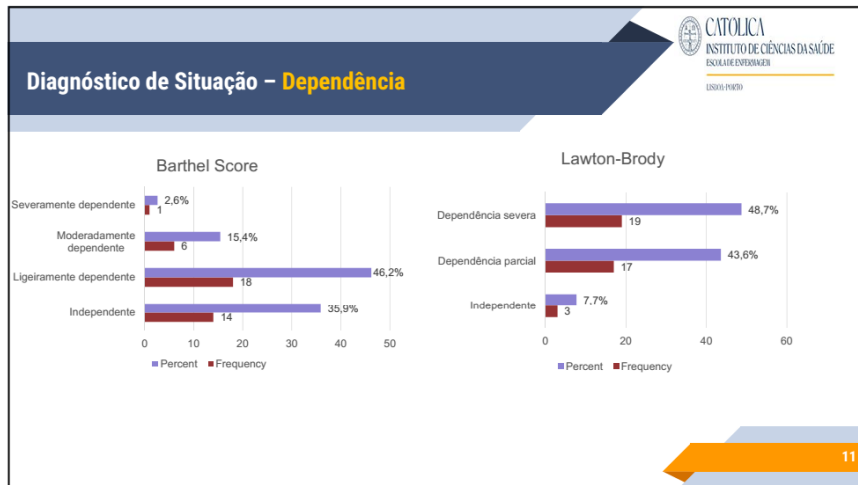
4

07/04/2020



5

07/04/2020



Diagnóstico de Situação - Quedas


Queda último ano	Frequency	Percent
Sim	23	59 %
Não	16	41 %
Total	39	100 %

Risco de Queda (Tinetti Score)	Frequency	Percent
Alto risco de queda	23	59 %
Risco moderado de queda	8	20,5 %
Baixo risco de queda	6	15,4 %
Total	37	94,9 %
Missing	999	2 %
Total		39

12

07/04/2020


Diagnóstico de Situação - Acessibilidade



- I. **Em média** cada utente é seguido por **4 médicos**
- II. **53.8%** Afirmam ter dificuldade em perceber os agendamentos das consultas e dos exames
- III. **84.6%** Sabe que o Centro de Saúde oferece a possibilidade de consultas não programadas;

13

Diagnóstico de Situação - Acessibilidade



- IV. **84,6%** Necessitam de acompanhamento para se deslocar aos serviços de saúde
- V. **74.4%** Referem que sentem dificuldades em se deslocar às consultas
- VI. **30.8%** Referem que nunca conseguem contactar a equipa de saúde familiar e **33.3%** referem que por vezes é difícil. Apenas **23.1%** referiu que consegue contactar quando necessita

14

7

07/04/2020

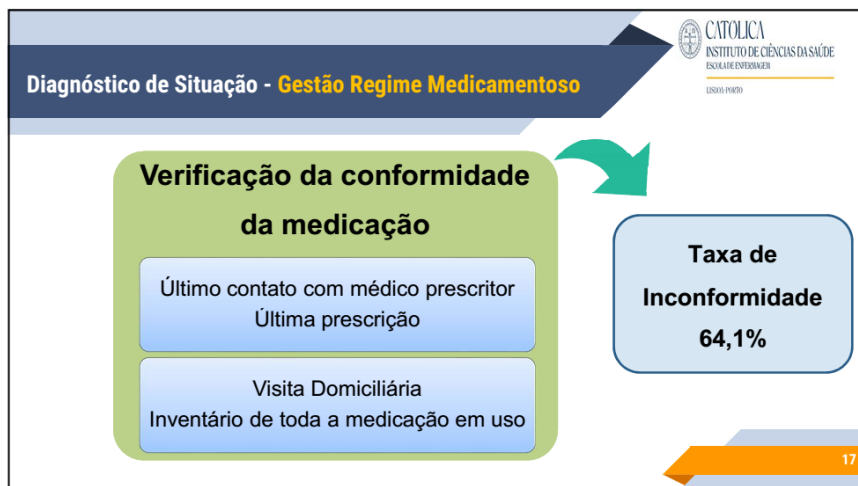


Diagnóstico de Situação - Gestão Regime Medicamentoso

N=39	Número total de fármacos	Índice de complexidade da farmacoterapia
Média	11,54	28,9
Mediana	11	28,5
Desvio Padrão	3,486	9,458
Mínimo	6	12
Máximo	21	51

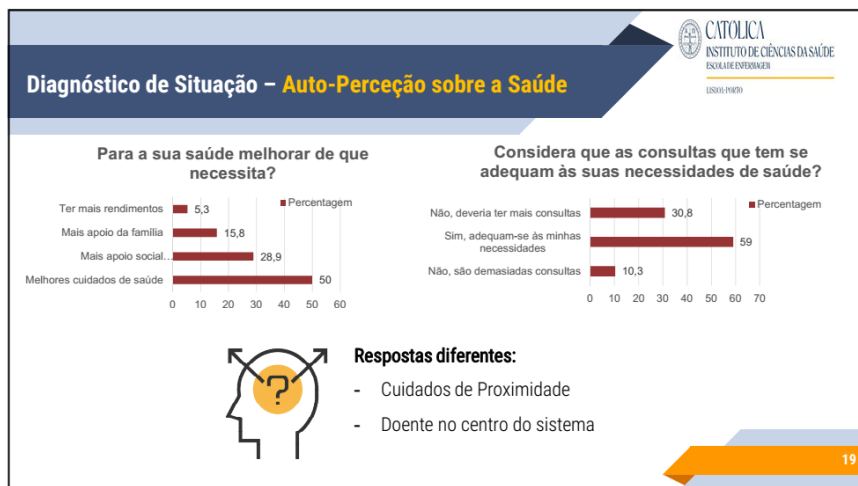
16

07/04/2020



9

07/04/2020




Problemas e Priorização

PRIORIDADE	PROBLEMA
1	P11 - Segurança na utilização do medicamento
2	P7 - Capacidade para gerir o regime medicamentoso comprometida
3	P8 - Não adesão ao regime medicamentoso
4	P9 - Acesso ao tratamento dificultado
5	P12 - Comportamento de procura de saúde comprometido
6	P6 - Risco de queda elevado
7	P1 - Risco de qualidade de vida negativa

20

07/04/2020

Projeto de Intervenção na ESDCC




RECONCILIAÇÃO DA MEDICAÇÃO NA ESDCC
(Norma DGS nº 018/2016 de 30/12/2016)


ÁRVORE DECISÃO CLÍNICA NA GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

21


Gestão da Doença Crónica

Fragilidade Global
 Polimedicação
 Elevado recurso a serviços de saúde
 Contexto familiar, social e económico


 Multimorbidade
 Dificuldades de acesso



Integração de Cuidados + Proximidade



22


11

07/04/2020

Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária

Obrigado!

Miguelpereira@gmail.com

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

Apêndice VIII

MANUAL DE APOIO À GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO NA EQUIPA DE SUPORTE A DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS



**GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO NA EQUIPA DE SUPORTE
A DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS**

MANUAL DE APOIO PARA O GESTOR DE CASO

Miguel Fontes Pereira

Orientação de: **Prof. Doutor Armando Almeida**

LISTA DE SÍGLAS E ACRÓNIMOS

EIH - EQUIPA INTRA-INTRAHOSPITALAR

ESDCC - EQUIPA DE SUPORTE A DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS

GCC - GESTÃO DE CASO NA COMUNIDADE

MHMP - MELHOR HISTÓRIA DA MEDICAÇÃO POSSÍVEL

P - PROCEDIMENTO

PC - PRESTADOR DE CUIDADOS

POMA I - PERFORMANCE ORIENTED MOBILITY ASSESSMENT I

RM - REGIME MEDICAMENTOSO

ÍNDICE

1. NOTA INTRODUTÓRIA - A GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO NA EQUIPA DE SUPORTE A DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS (ESDCC)	144
2. ÁRVORE DE APOIO À DECISÃO CLÍNICA NA GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO NO DOENTE CRÓNICO COMPLEXO	146
3. ESTRATÉGIAS DE APOIO À PRÁTICA CLÍNICA:	149
4. PROCEDIMENTOS	150
5. INDICADORES ASSOCIADOS À SEGURANÇA DO MEDICAMENTO	166
6. INDICADORES ASSOCIADOS À AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO	62
7. INDICADORES ASSOCIADOS À CAPACITAÇÃO DOS PRESTADORES DE CUIDADOS FACE À GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO	66
8. TAXAS DE PREVALÊNCIA	68
9. REFERENCIAS BIBLIOGÁFICAS	182
10. APÊNDICES	183

1. NOTA INTRODUTÓRIA - A GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO NA EQUIPA DE SUPORTE A DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS (ESDCC)

A alta prevalência do consumo de medicamentos pelas pessoas idosas, é indissociável de um conjunto de fatores que, por si só condicionam esquemas medicamentosos complexos e difíceis de gerir. A simultaneidade de várias doenças crónicas, a existência de multiprescritores, as alterações na capacidade cognitiva do idoso, as condições sócioecoómicas deficitárias e em alguns casos a auto-medicação, predispõe a gestão do regime medicamentoso (RM) como um dos problemas mais complexos de gerir pelos enfermeiros. No entanto, a dificuldade na gestão do RM não depende apenas da sua complexidade (número de medicamentos, número de tomas, intervalos de administração, etc.), mas também das expectativas das pessoas e das alterações que condicionam na sua rotina, entre outros fatores⁽¹⁾.

A gestão medicamentosa integra um dos elementos do processo de gestão da doença crónica, em que é fundamental, ensinar e ajudar as pessoas no controlo da doença ⁽²⁾. Sobressai, assim, a importância do conhecimento sobre a medicação e a capacitação para a gestão do RM, na medida em que a ineficácia neste âmbito poderá estar relacionada com complicações do processo patológico, reinternamentos, perda de qualidade de vida e descontinuidade dos cuidados ⁽³⁾.

Nas pessoas com doença crónica complexa, a gestão do RM é, por tudo isto, um dos principais focos de atenção dos Enfermeiros. Com este manual, pretende-se, no âmbito do foco de atenção da gestão do RM no doente crónico complexo, apoiar a decisão clínica dos Enfermeiros Gestores de Caso, preconizar intervenções, sugerir avaliações noutras dimensões e, por último, definir indicadores mensuráveis que possam, no futuro, refletir o desempenho da equipa.

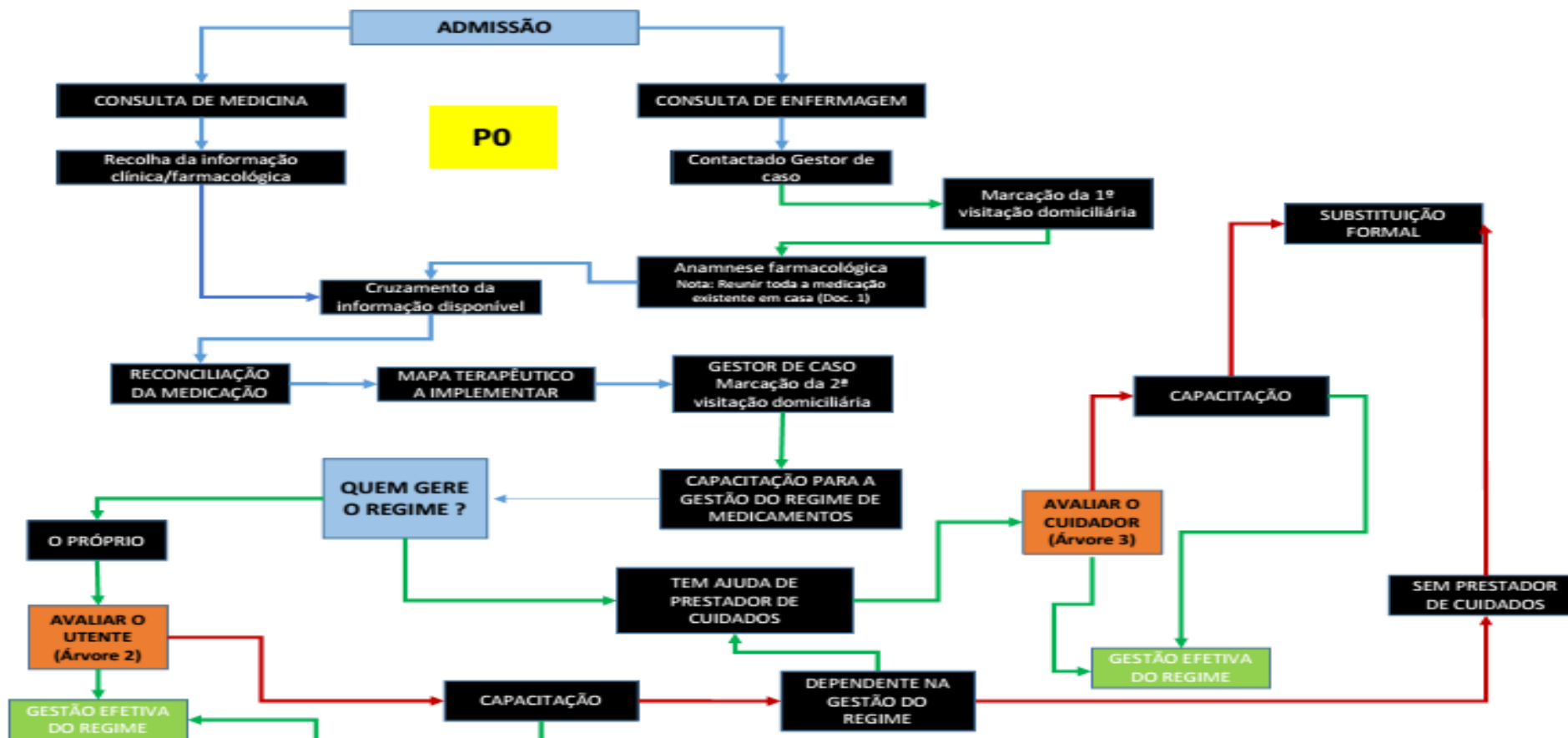
Como usar este manual

O presente manual surge como instrumento de apoio à árvore de decisão clínica. Para cada procedimento (P) serão descritos todos os parâmetros sujeitos a avaliação, registos e instrumentos de apoio à decisão clínica necessários para a avaliação da sub-dimensão em questão. Assim, está estruturado da seguinte forma:

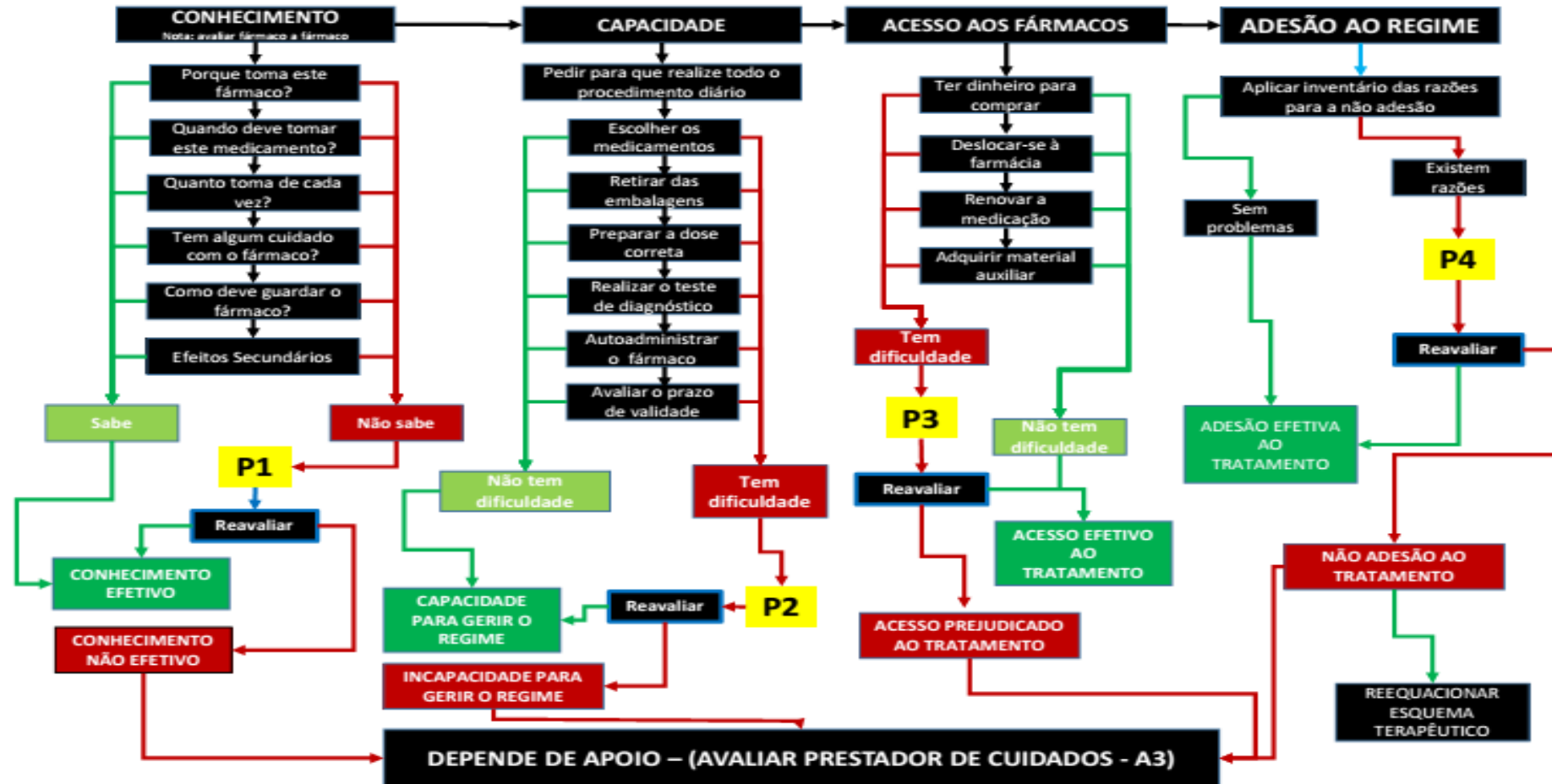
- Árvore de Decisão Clínica na Gestão do Regime Medicamentoso
- Estratégias de apoio à prática clínica ⁽⁴⁾
- P0 - Reconciliação da medicação (*Norma DGS nº 018/2016 de 30/12/2016*)
- P1 - Conhecimento sobre Gestão Regime Medicamentoso
- P2 - Capacidade para AutoGestão do Regime Medicamentoso
- P3 - Acesso aos Fármacos
- P4 - Adesão ao Regime Medicamentoso
- P5 - Conhecimento do Prestador de Cuidados para a Gestão do Regime Medicamentoso
- P6 - Capacidade do Prestador de Cuidados para a Gestão do Regime Medicamentoso
- Indicadores Associados à Gestão do Regime Medicamentoso na ESDCC
- Taxas de Prevalência associadas à Gestão do Regime Medicamentoso na ESDCC

2. ÁRVORE DE APOIO À DECISÃO CLÍNICA NA GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO NO DOENTE CRÓNICO COMPLEXO

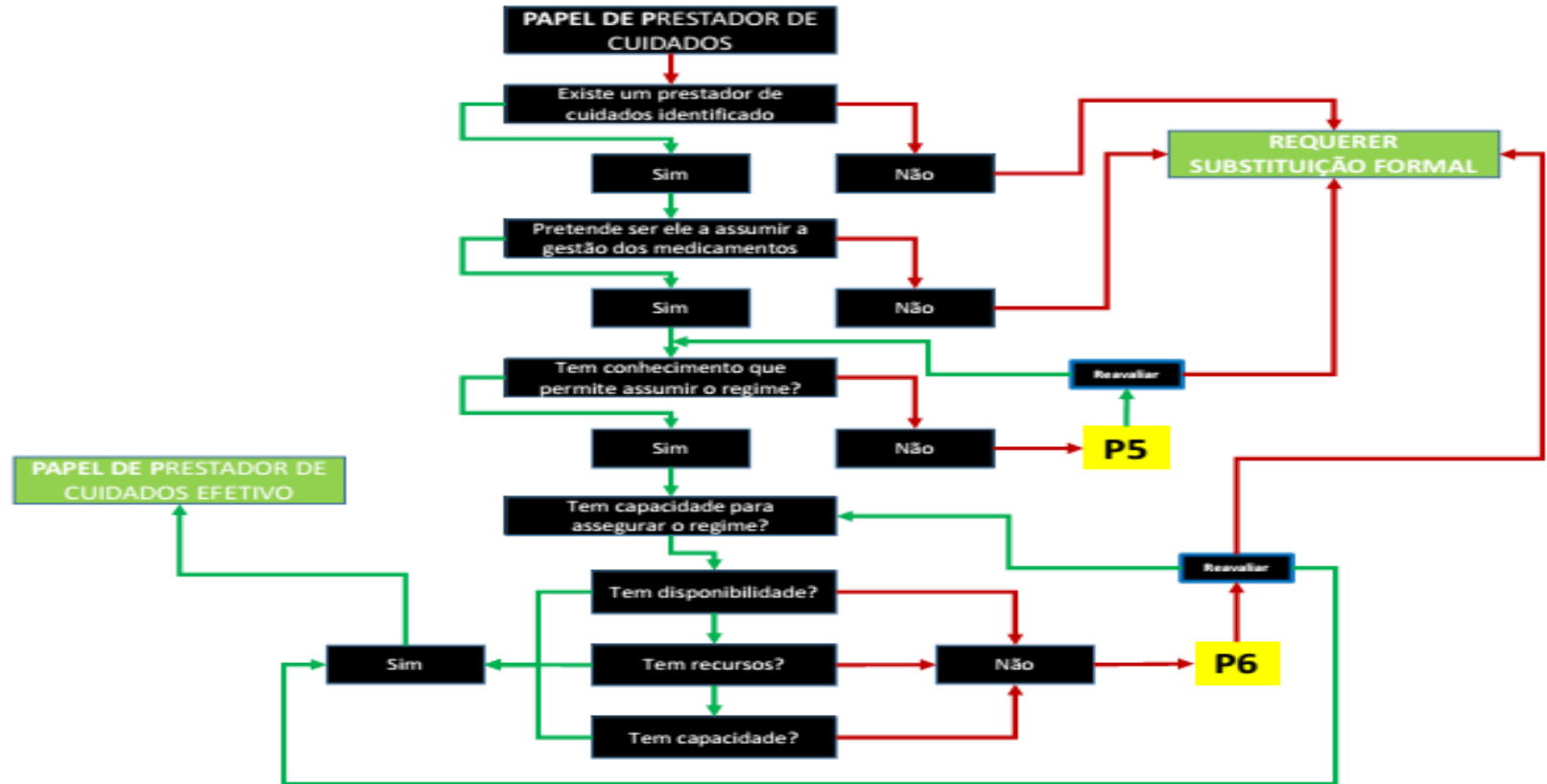
A1- ESQUEMA GERAL DE DECISÃO FACE À GESTÃO DO REGIME DE MEDICAMENTOS



A2- AUTOGESTÃO DA MEDICAÇÃO



A3- PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS

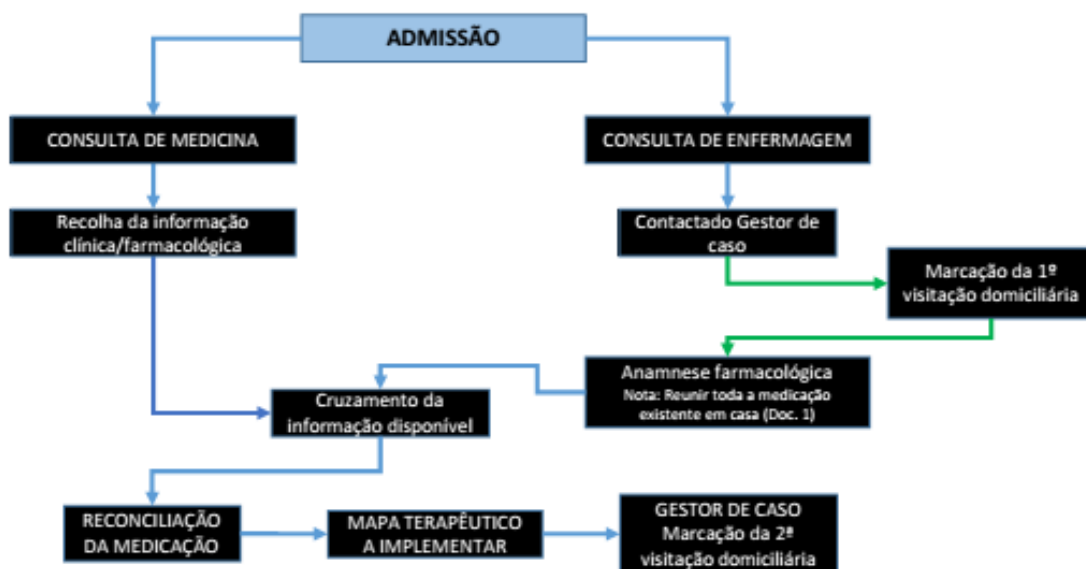


3. ESTRATÉGIAS DE APOIO À PRÁTICA CLÍNICA (HENRIQUES, 2011):

<p><i>Estratégias de aconselhamento</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito; 2. Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade; 3. Estabelecer a duração do aconselhamento; 4. Fixar metas; 5. Oferecer privacidade; 6. Garantir confiança; 7. Encorajar a expressão dos sentimentos, conforme necessário e adequado; 8. Oferecer informação concreta; 9. Solicitar à pessoa que identifique o que consegue/não consegue fazer;
<p><i>Estratégias de ensino sobre os medicamentos prescritos</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar a pessoa para reconhecer as características específicas dos medicamentos prescritos; 2. Informar sobre os nomes genéricos e comerciais do medicamento 3. Orientar para o propósito de cada medicamento, sobre a dosagem, via de administração, duração da ação de cada medicamento; 4. Informar sobre o que fazer se esqueceu de uma toma; 5. Informar sobre as consequências de não tomar ou interromper repentinamente os medicamentos; 6. Orientar sobre possíveis efeitos secundários (o que deve fazer se ocorrerem) e sobre possíveis interações com outros medicamentos e alimentos; 7. Reforçar informações dada por outros membros da equipa de saúde; 8. Incluir a família na gestão dos medicamentos, quando adequado;
<p><i>Estratégias de controlo dos medicamentos</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar os medicamentos prescritos 2. Discutir as preocupações financeiras referentes ao regime medicamentoso; 3. Determinar a capacidade do doente para a auto-administração; 4. Monitorizar o efeito terapêutico do medicamento; 5. Monitorizar os medicamentos quando adequado; 6. Determinar o conhecimento que a pessoa tem dos medicamentos; 7. Monitorizar e desenvolver estratégias para aumentar a adesão à medicação; 8. Determinar os fatores que podem impedir a pessoa de tomar os medicamentos conforme prescrição; 9. Ensinar como administrar o medicamento quando necessário; 10. Ensinar a identificar efeitos secundários e adversos; 11. Oferecer alternativas de horário de administração dos medicamentos que minimizem efeitos sobre o estilo de vida ou realizar os ajustar necessários no estilo de vida, associados a determinados medicamentos; 12. Orientar o doente para a consulta médica.

4. PROCEDIMENTOS

Procedimento 0 Reconciliação Medicamentosa	P0
---	-----------



A Reconciliação da Medicação é um processo que consiste na identificação da lista mais precisa de todos os medicamentos prescritos e que efetivamente estão em uso. Deve incluir o nome, a dosagem, a frequência, a via, a finalidade e a duração. O principal objetivo será garantir que o utente faça efetivamente a medicação prescrita e, por outro lado, criar uma lista para fornecer/prescrever medicamentos corretos em qualquer lugar dentro do sistema de saúde⁽⁵⁾.

O processo de reconciliação da medicação na ESDCC deve incluir os seguintes componentes:

1. Melhor História de Medicação Possível (MHMP): A MHMP é a lista mais precisa da medicação que o doente deve estar a tomar e inclui os medicamentos que o doente está efetivamente a tomar no momento imediatamente anterior à admissão. Deve ser obtida na admissão do utente e constantemente atualizada durante a permanência na equipa

2. Fases do processo de reconciliação da medicação na ESDCC:

- a. Na consulta médica e de enfermagem de admissão na ESDCC, deve ser obtida a MHMP;
- b. Na primeira visita domiciliária do Gestor de Caso deverá ser efetuada a anamnese farmacológica, identificando toda a medicação em uso;
- c. Após cruzamento de toda a informação, o médico da equipa define mapa de medicação a implementar;
- d. Na segunda Visita domiciliária o Gestor de Caso implementa mapa de medicação correto;

3. Assegurar que a reconciliação da medicação seja realizada nos pontos vulneráveis / críticos de transição de cuidados:

- a. Admissão na ESDCC;
- b. Alta do internamento hospitalar ou alta do Serviço de Urgência;
- c. Após consultas médicas;

4. Definir um plano de operacionalização (pontos críticos):

<i>Momento Crítico</i>	<i>Prazo Reconciliação Medicação pelo Gestor de Caso</i>
<i>Admissão ESDCC</i>	5 Dias Úteis
<i>Alta Internamento hospitalar</i>	24 Horas ¹
<i>Alta do Serviço de Urgência</i>	24 Horas ¹
<i>Consultas médicas</i>	Próxima Visita Domiciliária

¹ Se este prazo incluir dias não uteis deverá ser considerado o primeiro dia útil seguinte

5. Formulário de Reconciliação da Medicação (Apêndice 1): Normalizar a forma de comunicação entre os profissionais de saúde e a informação essencial a transmitir sobre o doente e a sua medicação. Para este efeito deverá ser preenchido ficha de reconciliação da medicação, sendo esta comum para toda a equipa;

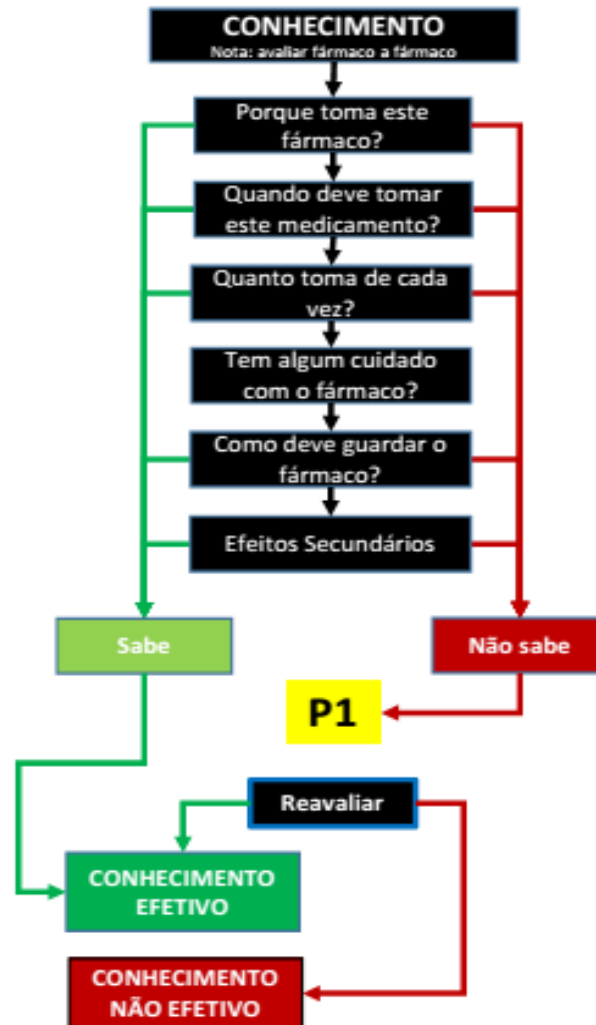
6. Políticas de responsabilização individual e coletivas - Definir políticas de responsabilização e de envolvimento dos profissionais de saúde, dentro de um contexto de responsabilidade compartilhada, designando, de forma clara, os papéis e os responsáveis das diferentes etapas no processo de reconciliação da medicação. O quadro seguinte explicita as responsabilidades dos profissionais da ESDCC nos momentos críticos de reconciliação da medicação:

PONTOS CRÍTICOS	RESPONSABILIDADE	INTERVENÇÕES
Admissão na ESDCC	EIH (médico + enfermeiro)	1. Verificar última prescrição médica (hospitalar ou cuidados de saúde primários) 2. Obter a medicação que o doente refere estar a fazer atualmente 3. Registrar e transmitir a informação ao Gestor de Caso do doente
	Gestor de Caso	1. Verificar no domicílio do doente toda medicação, doses e horários que efetivamente estão em uso: <ul style="list-style-type: none"> a. Verificar todo o tipo de fármacos: comprimidos, pomadas/cremes, selos transdérmicos, gotas, enemas, colírios, inaladores, pós/grânulos, sprays de uso tópico, emplastos, oxigénio, nebulizador ar comprimido, injeções pré-carregadas, óvulos, analgesia controlada pelo paciente, etc. b. Confirmar visualmente as caixas da medicação
	EIH + Gestor de Caso	1. Verificar inconformidades no esquema da medicação e corrigir 2. Implementar esquema de medicação reconciliado 3. Atualizar processo físico do utente e registos clínicos 4. Informar ESF por e-mail
Alta Internamento	EIH (médico + enfermeiro)	1. Obter e registar medicação à data da alta 2. Atualizar registos clínicos
	Gestor de Caso	1. Efetuar VD no prazo máximo de 24h, exceto nos casos em que esse prazo inclua dias não uteis. Nestes casos a VD deverá ser realizada no primeiro dia útil após a alta. 2. Implementar esquema de medicação reconciliado 3. Atualizar Processo físico do utente e registos clínicos
Consulta ESDCC (aberta ou programada)	EIH (médico + enfermeiro)	1. Verificar e rever esquema de medicação do utente 2. Informar gestor de caso de possíveis alterações 3. Atualizar registos clínicos
	Gestor de Caso	1. Verificar e implementar alterações da medicação 2. Atualizar processo físico do utente 3. Atualizar registos clínicos

Procedimento 1

Conhecimento para a AutoGestão do regime medicamentoso

P1



- **Objetivo** - Avaliação do conhecimento da pessoa sobre o RM
- **Instruções de preenchimento do formulário (apêndice 2):**
 - i. Assinalar a resposta correta;
 - ii. Avaliação medicamento a medicamento;


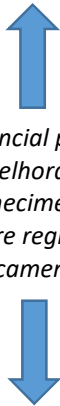

- iii. Avaliações seriadas aquando das Visitas Domiciliárias. A frequência das avaliações e o número de avaliações fica ao critério do avaliador;
- iv. Deverão ser avaliados todos os medicamentos em uso, independentemente da sua formulação (*oral, tópicos, sublinguais, pomadas, patches, injetáveis, etc.*);
- v. Nos itens “efeitos secundários” e “cuidados especiais” definir parâmetros a avaliar mediante utente e medicamento em questão;

Item	Descrição e parâmetros de medição
<i>Porque toma o medicamento</i>	Descreve pelo menos 1 motivo pelo qual está a fazer a medicação;
<i>Quando deve tomar o medicamento</i>	Descreve corretamente todos os horário das tomas;
<i>Quanto toma</i>	Descreve as doses corretas de todos os medicamentos;
<i>Cuidados especiais</i>	Descreve corretamente pelo menos 1 cuidado especial recomendado em determinados medicamentos (<i>exemplo: cuidados na administração de insulinas, cuidados na aplicação de patches, uso correto de inaladores, etc.</i>);
<i>Efeitos secundários</i>	Descreve efeitos secundários (auto-vigilância). A definir pelo Gestor de Caso em função do utente e do medicamento;
<i>Armazenamento correto</i>	Descreve corretamente todas as condições de armazenamento da medicação (Exemplo: proteção da luz, guardar no frio, etc);

▪ **Instrumentos / escalas de apoio à decisão clínica**

- i. **Minimental State Examination (apêndice 8)**

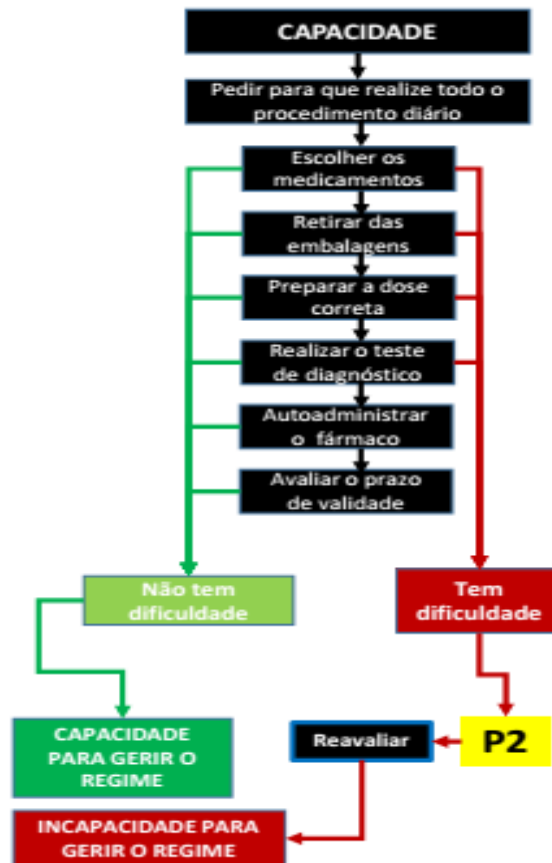
▪ **Processo diagnóstico e intervenções de enfermagem (Sclinic)**

Intervenção Diagnóstica	Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco / diagnóstico
<p>Avaliar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso</p>	<p><i>Conhecimento sobre regime medicamentoso</i></p>	 <div style="background-color: green; color: white; padding: 5px; display: inline-block;">CONHECIMENTO EFETIVO</div>
	<p><i>Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso</i></p> 	<ul style="list-style-type: none"> Ensinar sobre medicamentos Ensinar sobre regime medicamentoso Providenciar material de leitura sobre regime medicamentoso Ensinar sobre complicações do regime terapêutico [medicamentoso] ineficaz Assistir na gestão do regime medicamentoso Incentivar a aprendizagem de habilidades para otimizar a gestão do regime terapêutico [medicamentoso] Incentivar iniciativa Incentivar progressos Ensinar sobre autovigilância [efeitos secundários da medicação] Referir para o serviço médico [ajuste de mapa de medicamentos, horário das tomas]
	<p><i>Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso</i></p>	 <div style="background-color: red; color: white; padding: 5px; display: inline-block;">CONHECIMENTO NÃO EFETIVO</div>

Procedimento 2

Capacidade para a AutoGestão do Regime Medicamentoso




P2



- **Objetivo** - Avaliação da capacidade da pessoa para a Gestão do Regime Medicamentoso
- **Instruções de preenchimento (apêndice 3):**
 - i. Assinalar a resposta correta;
 - ii. Pedir para o utente preparar a medicação para um dia completo;
 - iii. Observar pelo menos um momento de toma de medicação;
 - iv. Avaliações seriadas aquando das Visitas Domiciliárias. A frequência das avaliações e o número de avaliações fica ao critério do avaliador;

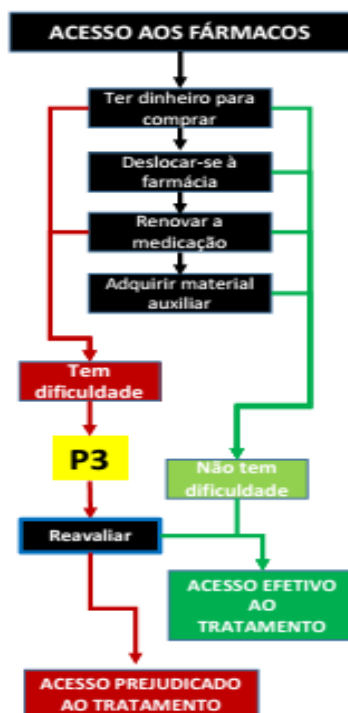
Item	Descrição e parâmetros de medição
<i>Escolher os medicamentos</i>	Escolhe corretamente todos os medicamentos
<i>Retirar das embalagens</i>	Consegue retirar todos os medicamentos das embalagens
<i>Preparar a dose correta</i>	Prepara corretamente a dose de todos os medicamentos
<i>Realizar o teste diagnóstico</i>	Realiza corretamente teste diagnóstico se indicado (ex. pesquisa de glicemia capliar)
<i>Autoadministrar o fármaco</i>	Autoadministra corretamente todos os fármacos
<i>Avaliar o prazo de validade</i>	Avalia corretamente o prazo de validade de todos os fármacos

▪ **Processo diagnóstico e intervenções de enfermagem (Sclinic)**

Intervenção Diagnóstica	Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco / diagnóstico
Avaliar capacidade para gerir o regime medicamentoso	<i>Capacidade para gerir o regime medicamentoso</i>	 <div style="background-color: green; color: white; padding: 5px; display: inline-block;">CAPACIDADE PARA GERIR O REGIME</div>
	 <i>Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso</i> 	Ensinar sobre medicamentos
		Treinar a preparação de medicamentos
		Treinar a autoadministração de medicamentos
		Providenciar material de leitura sobre regime medicamentoso
		Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão
		Assistir na gestão do regime medicamentoso
		Incentivar a aprendizagem de habilidades para otimizar a gestão do regime terapêutico [medicamentoso]
		Incentivar tomada de decisão
		Encorajar tomada de decisão
Instruir a autoadministrar medicamentos		
Ensinar sobre auto - vigilância		
Treinar auto - vigilância		
Referir para o serviço médico [ajuste de mapa de medicamentos, horário das tomas]		
	<i>Sem potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso</i>	 <div style="background-color: red; color: white; padding: 5px; display: inline-block;">INCAPACIDADE PARA GERIR O REGIME</div>

Procedimento 3
Acesso aos Fármacos

P3



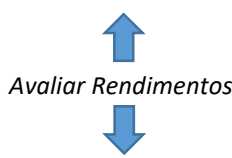
- **Objetivo** - Avaliação da acessibilidade aos fármaco
- **Instruções de preenchimento (apêndice 4):**
 - i. Assinalar a resposta correta;
 - ii. Avaliações seriadas aquando das Visitas Domiciliárias. A frequência das avaliações e o número de avaliações fica ao critério do avaliador;

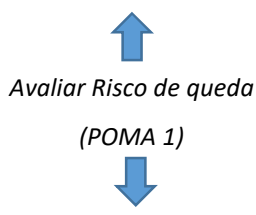
Item	Descrição e parâmetros de medição
<i>Ter dinheiro para comprar</i>	Capacidade económica utente para adquirir medicação
<i>Deslocar-se à farmácia</i>	Capacidade do utente de se deslocar à farmácia para adquirir medicação.
<i>Renovar a medicação</i>	Conhecimento do utente processo de renovação de medicação junto da unidade de saúde Capacidade do utente para se deslocar à Unidade de Saúde para renovar a medicação
<i>Adquirir material auxiliar</i>	Capacidade física, mental e / ou económica para adquirir material de auxilio na gestão regime medicamentoso (ex. caixa de medicação, fitas de glicemia, etc..)

▪ Instrumentos / escalas de apoio à decisão clínica (Apêndice 8)

I. Performance Oriented Mobility Assessment I (POMA I)

▪ Processo diagnóstico e intervenções de enfermagem (Sclinic)

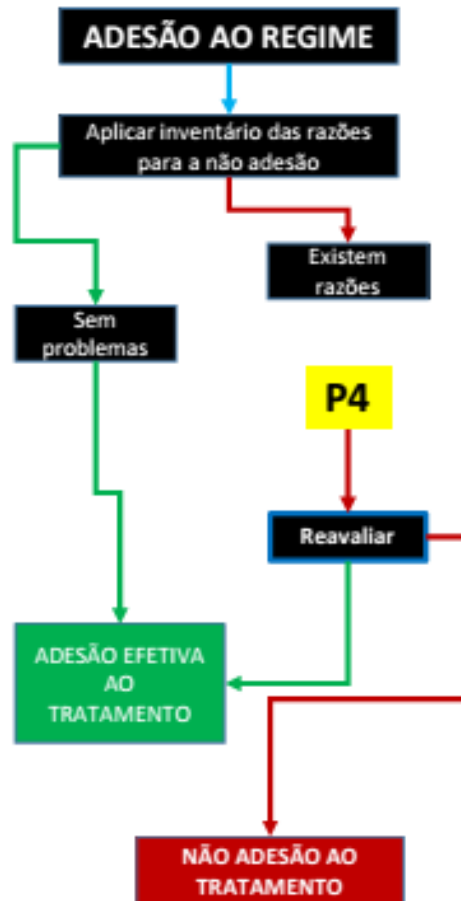
Foco de Atenção	Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco / diagnóstico
Rendimentos	<i>Rendimento Suficiente</i>	Requerer serviço social Ensinar a gerir o rendimento da família Incentivar tomada de decisão Encorajar tomada de decisão Ensinar sobre recursos da comunidade
	 <i>Avaliar Rendimentos</i>	
	<i>Rendimento Insuficiente</i>	

Foco de Atenção	Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco / diagnóstico
Queda	<i>Alto risco de queda</i>	Negociar cuidados Incentivar envolvimento da família Requerer serviço social Incentivar tomada de decisão Incentivar utilização de auxiliar de marcha Ensinar sobre auxiliar de marcha Promover consciencialização [risco de queda] Ensinar sobre prevenção de queda: <ul style="list-style-type: none"> - Calçado fechado, preso ao pé e com sola antiderrapante; - Evitar roupas compridas e largas; - Evitar usar chinelos;
	<i>POMA ≤ 24</i>  <i>Avaliar Risco de queda</i> <i>(POMA 1)</i>	
	<i>POMA > 24</i>	
	<i>Baixo risco de queda</i>	Ensinar sobre atuação em caso de queda

Procedimento 4

Adesão ao Regime Medicamentoso

P4




- **Objetivo** - Avaliação da adesão da pessoa ao Regime Medicamentoso
- **Instruções de preenchimento (apêndice 5):**
 - i. Assinalar a resposta correta;
 - ii. Avaliações seriadas aquando das Visitas Domiciliárias. A frequência das avaliações e o número de avaliações fica ao critério do avaliador;

Itens a avaliar
<i>Tomar muita medicação junta</i>
<i>Os efeitos secundários do fármaco</i>
<i>Estar preocupado com a habituação face ao fármaco</i>
<i>Não gostar de tomar medicamentos</i>
<i>Quando já se sente bem</i>
<i>Duvidar da eficácia da medicação</i>
<i>Não querer misturar o fármaco com álcool</i>
<i>Não gostar de pensar que está doente</i>
<i>Sentir-se pior quando toma o medicamento</i>
<i>O fármaco não estar a fazer efeito</i>
<i>O tratamento ser demasiado longo</i>
<i>Por estar deprimido(a)</i>
<i>Preguiça em tomar os medicamentos</i>
<i>Não ter apoio de alguém para o fazer</i>
<i>Não lhe explicarem para que serve</i>

▪ Instrumentos / escalas de apoio à decisão clínica (Apêndice 8)

i. Medida de Adesão aos Tratamentos

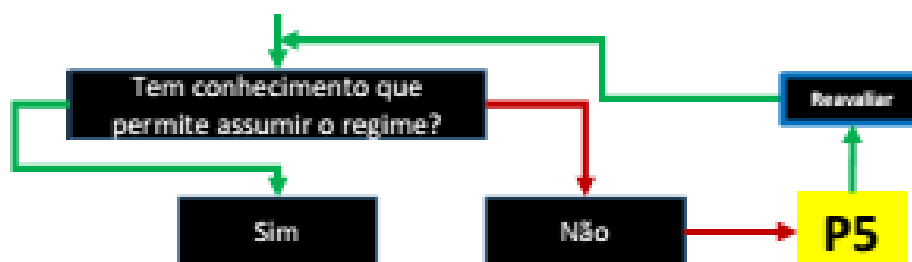
▪ Processo diagnóstico e intervenções de enfermagem

Foco de Atenção	Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco / diagnóstico
Comportamento de Adesão	<i>Adesão ao Regime</i>	Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão;
		Promover consciencialização; Negociar adesão ao regime terapêutico; Negociar um contrato de saúde; Incentivar iniciativa; Supervisionar a autoadministração de medicamentos;
	<i>Não Adesão ao Regime</i>	Orientar para o serviço de saúde; Incentivar comportamento de adesão; Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico; Ensinar sobre comportamento de adesão; Incentivar adesão ao regime terapêutico;

Procedimento 5

Conhecimento Prestador de Cuidados Sobre Regime Medicamentoso





P5



- **Objetivo** - Avaliação da conhecimento do prestador na Gestão do Regime Medicamentoso
- **Instruções de preenchimento (apêndice 6):**
 - i. Assinalar a resposta correta;
 - ii. Avaliações seriadas aquando das Visitas Domiciliárias. A frequência das avaliações e o número de avaliações fica ao critério do avaliador;

Item	Descrição e parâmetros de medição
Objetivo da medicação	Descreve pelo menos 1 motivo pelo qual está a fazer a medicação;
Horário	Descreve corretamente todos os horário das tomas;
Dosagem	Descreve as doses corretas de todos os medicamentos;
Cuidados especiais	Descreve corretamente pelo menos 1 cuidado especial recomendado em determinados medicamentos (<i>exemplo: cuidados na administração de insulinas, cuidados na aplicação de paches, uso correto de inaladores, etc</i>);
Efeitos secundários	Descreve efeitos secundários (auto-vigilância). A definir pelo Gestor de Caso em função do utente e do medicamento;
Armazenamento correto	Descreve corretamente todas as condições de armazenamento da medicação (Exemplo: proteção da luz, guardar no frio, etc);

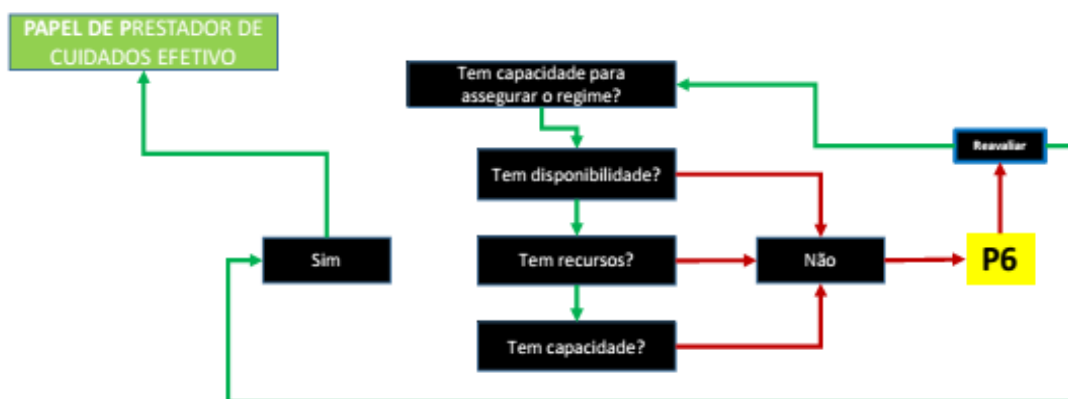
▪ **Processo diagnóstico e intervenções de enfermagem**

Intervenção Diagnóstica	Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco / diagnóstico
<p>Avaliar Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Regime Medicamentoso</p>	<p><i>Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso</i></p>	<p> CONHECIMENTO EFETIVO</p>
	<p> <i>Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico</i> </p>	<p>Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico Ensinar o prestador de cuidados sobre dieta Ensinar o prestador de cuidados a gerir o regime medicamentoso Ensinar o prestador de cuidados sobre hábitos de saúde Ensinar o prestador de cuidados a manter medicamentos Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta Incentivar o prestador de cuidados a tomar conta Incentivar envolvimento do prestador de cuidados Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão Encorajar tomada de decisão Encorajar a requerer informação Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados</p>
	<p><i>Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso</i></p>	<p> CONHECIMENTO NÃO EFETIVO</p>

Procedimento 6

Capacidade Prestador de Cuidados Sobre Regime Medicamentoso





P6



- **Objetivo** - Avaliação da capacidade do prestador na Gestão do Regime Medicamentoso
- **Instruções de preenchimento (apêndice 7):**
 - i. Assinalar a resposta correta;
 - ii. Avaliações seriadas aquando das Visitas Domiciliárias. A frequência das avaliações e o número de avaliações fica ao critério do avaliador;

Item	Descrição e parâmetros de medição
Escolher os medicamentos	Escolhe corretamente todos os medicamentos
Preparar a dose correta	Prepara corretamente a dose de todos os medicamentos
Realizar o teste diagnóstico	Realiza corretamente teste diagnóstico se indicado (ex. pesquisa de glicemia capilar)
Administrar o fármaco	Autoadministra corretamente todos os fármacos
Avaliar o prazo de validade	Avalia corretamente o prazo de validade de todos os fármacos

▪ **Processo diagnóstico e intervenções de enfermagem**

Intervenção Diagnóstica	Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco / diagnóstico
<p>Avaliar Capacidade do Prestador de Cuidados sobre Regime Medicamentoso</p>	<p><i>Capacidade do prestador de cuidados para gerir regime medicamentoso</i></p>	 <div data-bbox="874 443 1161 555" style="background-color: green; color: white; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: auto;"> CAPACIDADE PARA GERIR O REGIME </div>
	<div style="text-align: center;">  <i>Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico</i>  </div>	<p>Avaliar capacidade para gerir o regime medicamentoso</p> <p>Treinar a autoadministração de medicamentos</p> <p>Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão</p> <p>Incentivar tomada de decisão</p> <p>Encorajar tomada de decisão</p> <p>Instruir a autoadministrar medicamentos</p> <p>Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta</p> <p>Incentivar o prestador de cuidados a tomar conta</p> <p>Incentivar envolvimento do prestador de cuidados</p> <p>Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão</p> <p>Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados</p> <p>Instruir o prestador de cuidados para administrar medicamento</p> <p>Instruir o prestador de cuidados para administrar medicamento por via subcutânea</p> <p>Instruir o prestador de cuidados para monitorizar glicemia capilar</p> <p>Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico</p> <p>Instruir o prestador de cuidados a administrar insulina</p> <p>Treinar o prestador de cuidados a administrar medicamento</p>
	<p><i>Sem potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para gerir o regime medicamentoso</i></p>	 <div data-bbox="874 1523 1284 1612" style="background-color: red; color: white; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: auto;"> INCAPACIDADE PARA GERIR O REGIME </div>

5. INDICADORES ASSOCIADOS À SEGURANÇA DO MEDICAMENTO

Designação		
Percentagem de utentes com anamnese farmacológica realizada no domicílio, após a admissão		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Monitorização do programa de gestão de caso a doentes crónicos complexos – Segurança do medicamento		
Descrição		
O indicador exprime a proporção de utentes em gestão de caso que receberam a visita domiciliária de enfermagem para realizar a recolha da anamnese farmacológica. O denominador exprime a contagem de utentes admitidos para gestão de casos na comunidade (GCC).		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Uteses incluídos no denominador; B. Uteses que tiveram consulta domiciliária de enfermagem para recolha da anamnese farmacológica. DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Uteute admitido na ESDCC para GCC; B. Uteses admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC.		
Período de análise		
Período de análise: Semestral. O período de análise para cada utente inicia-se no momento em que é admitido pelo enfermeiro gestor de caso e prolonga-se até 5 dias uteis.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

Designação		
Proporção de regimes medicamentosos referenciados para reconciliação da medicação		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Monitorização do programa de gestão de caso a doentes crónicos complexos – Segurança do medicamento		
Descrição		
O indicador exprime a proporção de RM revistos pelo enfermeiro, em contexto domiciliário, que foram referenciados para o médico, por suspeita de inconformidades farmacológicas. O denominador define o número de RM que foram alvo de revisão terapêutica domiciliária.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de RM em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. RM incluídos no denominador; B. RM referenciados pelo enfermeiro, para eventual reconciliação terapêutica. DENOMINADOR (BB): Contagem dos RM em que a expressão [A, B e C] é verdadeira: A. RM de utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC; B. RM de utentes seguidos pela ESDCC para GCC; C. Totalidade de RM revistos pelo enfermeiro no domicílio.		
Período de análise		
Período de análise fixo: O período de análise para cada RM inicia-se no momento em que é alvo da avaliação por parte do enfermeiro gestor (Nota: o mesmo RM pode ser alvo de várias avaliações durante o mesmo período de cálculo) e termina após a decisão sobre o processo seguinte a adotar. O indicador deve ser calculado semestralmente e contempla todas as avaliações realizadas.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de RM

Designação		
Percentagem de Regimes Medicamentosos revistos, após um momento de transição de cuidados		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Monitorização do programa de gestão de caso a doentes crónicos complexos – Segurança do medicamento		
Descrição		
O indicador exprime o número de RM revistos pelo enfermeiro, após situações de transferência de cuidados (Alta hospitalar; Ida ao serviço de urgência; Consulta com o médico assistente). O denominador exprime o número total de episódios de transferência de cuidados nesse período.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. RM incluídos no denominador; B. Utente admitido na ESDCC para GCC;		
DENOMINADOR (BB): Contagem dos episódios em que a expressão [A e B e (C ou D ou E)] é verdadeira: A. RM de utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC; B. RM de utentes admitidos na ESDCC para GCC; C. RM de utentes após episódios de alta hospitalar; D. RM de utentes após episódios de alta do serviço de urgência; E. RM de utentes após episódios de consulta médica.		
Período de análise		
Período de análise variável: O período de análise para cada utente inicia-se no momento em que se dá o momento de transição e termina: Alta hospitalar – 1 dia; Ida ao serviço de urgência – 1 dia; Após consulta médica – data da 1ª visita domiciliária após.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de RM

Designação		
Percentagem de Regimes Medicamentosos reconciliados, após referenciação do enfermeiro		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Monitorizar a taxa de efetividade dos enfermeiros para detetar inconformidades no RM		
Descrição		
O indicador exprime a proporção de RM reconciliados pela equipa médica, após uma situação classificada como de risco pelo enfermeiro gestor de caso. O denominador exprime a contagem de RM referenciados pelo enfermeiro gestor de caso, para reconciliação medicamentosa.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de RM em que a expressão [A e (B ou C ou D)] é verdadeira: A. RM incluídos no denominador; B. RM reconciliados pela equipa médica.		
DENOMINADOR (BB): Contagem dos RM em que a expressão [A e B e C] é verdadeira: A. RM de utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC; B. RM de utentes admitidos na ESDCC para GCC; C. RM referenciado pelo enfermeiro gestor de caso, para reconciliação, por suspeita de inconformidade medicamentosa.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de RM

6. INDICADORES ASSOCIADOS À AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

Designação		
Percentagem de utentes avaliados com recurso à árvore de decisão clínica		
Tipo		
Processo		
Objetivo		
Monitorização a utilização da árvore de decisão clínica da gestão do RM na ESDCC		
Descrição		
O indicador exprime a proporção de utentes em gestão de caso avaliados com base na árvore de decisão clínica e com registos de monitorização implementados. O denominador define o número de utentes admitidos na ESDCC em GCC.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Uteses incluídos no denominador; B. Uteses com registos nos formulários da árvore de decisão clínica do regime medicamentoso na ESDCC. DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Uteses admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC; B. Uteente admitido na ESDCC para GCC.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

6.1. AUMENTO DA LITERACIA

Designação		
Autogestão do RM: conhecimento demonstrado sobre o RM		
Tipo		
Epidemiológico		
Objetivo		
Monitorizar a proporção de indivíduos que são admitidos na ESDCC com conhecimento efetivo sobre o RM		
Descrição		
O indicador exprime o estado de saúde dos indivíduos no momento da admissão, na dimensão: conhecimento sobre RM. O denominador define a totalidade de indivíduos admitidos e avaliados.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Uteses incluídos no denominador; B. Uteses com registo de <i>“conhecimento efetivo para a autogestão da medicação”</i> , sem que seja necessário intervir (P1). DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira: A. Uteses admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC; B. Uteses admitido na ESDCC para GCC; C. Uteses avaliados, pela primeira vez, relativamente ao seu conhecimento para gerir o RM.		
Período de análise		
Período de análise fixo: O período de análise para cada utente inicia-se no momento em que é admitido pelo enfermeiro gestor e termina no final da primeira avaliação diagnóstica sobre o domínio do conhecimento. O indicador deve ser calculado semestralmente.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

Designação		
Ganhos em saúde na Autogestão do RM: Aumento da literacia para gerir o RM		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Avaliar a capacidade da ESDCC para melhorar parcialmente o conhecimento dos utentes sobre o RM		
Descrição		
O indicador exprime a percentagem de indivíduos que melhorou o conhecimento em pelo menos um parâmetro de avaliação em P1, sem contudo, ter ficado com registo de “conhecimento efetivo” para gerir o RM. O denominador exprime a totalidade de utentes com conhecimento não efetivo no momento de início da contagem do indicador.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:		
A. Utesntes incluídos no denominador;		
B. Utesntes com registo de melhoria de conhecimento em pelo menos um parâmetro na avaliação em P1.		
DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C e D] é verdadeira:		
A. Utesntes admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC;		
B. Utesnte admitido na ESDCC para GCC;		
C. Utesntes com registo no formulário P1 de “ conhecimento não efetivo na autogestão da medicação ”;		
D. Utesntes submetidos a intervenção para aumento da literacia sobre o RM por parte da ESDCC;		
Período de análise		
Período de análise fixo: Avaliação semestral		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

Designação		
Ganhos em saúde na Autogestão do RM: Aquisição de conhecimento para a autogestão do RM		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Monitorização da dimensão de saúde: conhecimento sobre o regime medicamentoso		
Descrição		
O indicador exprime a percentagem de indivíduos que adquiriu conhecimento para ser capaz de realizar, autonomamente, a gestão do regime medicamentoso, após a intervenção da ESDCC. O denominador exprime o número de utentes registados com “ conhecimento não efetivo na autogestão da medicação ” e submetidos a intervenção por parte da ESDCC (P1).		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:		
A. Utesntes incluídos no denominador;		
B. Utesntes com registo final de “ conhecimento efetivo na autogestão da medicação ” no formulário P1.		
DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C e D] é verdadeira:		
A. Utesntes admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC;		
B. Utesnte admitido na ESDCC para GCC;		
C. Utesntes com registo inicial em P1 de “ conhecimento não efetivo na autogestão da medicação ”;		
D. Utesntes submetidos a intervenção para aumento da literacia sobre o RM por parte da ESDCC.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Avaliação semestral		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

6.2. AUMENTO DA CAPACIDADE PARA A AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

Designação		
Autogestão do RM: Capacidade demonstrada para gerir o RM		
Tipo		
Epidemiológico.		
Objetivo		
Monitorizar a proporção de indivíduos que são admitidos na ESDCC com capacidade para gerir o RM		
Descrição		
O numerador exprime o número de utentes com capacidade para gerir o RM no momento da admissão; o denominador representa a totalidade de utentes avaliados.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Utesntes incluídos no denominador; B. Utesntes com registo de “ <i>capacidade para gerir o RM</i> ”, sem que seja necessária a intervenção P2.		
DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A, B e C] é verdadeira: A. Utesntes admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC; B. Utesnte admitido na ESDCC para GCC; C. Utesntes avaliados, pela primeira vez, relativamente à sua capacidade para gerir o RM.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral. Inicia-se no momento em que é admitido pelo enfermeiro gestor e termina no final da primeira avaliação diagnóstica sobre o domínio da capacidade para gerir o RM.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

Designação		
Ganhos em saúde na Autogestão do RM: Melhoria da capacidade para gerir o RM		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Avaliar a capacidade da ESDCC para capacitar parcialmente os utentes para gerirem o RM		
Descrição		
O numerador exprime a percentagem de indivíduos que melhorou a capacidade para gerir o RM em pelo menos uma atividade elencada em P2, sem contudo ficar autónomo para gerir a medicação. O denominador representa todos os utentes submetidos a intervenção (P2) pela ESDCC.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira: A. Utesntes incluídos no denominador; B. Utesntes com registo de melhoria da capacidade para gerir o RM em pelo menos 1 parâmetro na avaliação em P2; C. Utesntes mantém a dependência de outros para gerir, no mínimo, um dos parâmetros avaliados.		
DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A, B, C e D] é verdadeira: A. Utesntes admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC; B. Utesnte admitido na ESDCC para GCC; C. Utesntes com registo de inicial em P2 de “ <i>capacidade não demonstrada sobre autogestão do RM</i> ”; D. Utesntes submetidos a intervenção (P2) por parte dos profissionais da ESDCC.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral. Inicia-se com a intervenção do enfermeiro gestor (P2) e termina com a última avaliação do utente, sobre o domínio da capacidade para gerir o RM.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

Designação		
Ganhos em saúde na autogestão do RM: Capacidade adquirida para a autogestão do RM		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Monitorização da dimensão capacidade de gestão do RM		
Descrição		
O indicador exprime a percentagem de indivíduos que demonstrou ter adquirido capacidade para gerir autonomamente, o RM, após a intervenção da ESDCC. O denominador define o número de utentes registados com “ <i>capacidade não demonstrada sobre a autogestão do RM</i> ” e submetidos a intervenção por parte da ESDCC (P2).		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Utesntes incluídos no denominador; B. Utesntes com registo final de “ <i>capacidade demonstrada na autogestão da medicação</i> ” no formulário P2. DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A, B, C e D] é verdadeira: A. Utesntes admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC; B. Uteute admitido na ESDCC para GCC; C. Utesntes com registo inicial em P2 de “ <i>capacidade não demonstrada sobre a autogestão do RM</i> ”; D. Utesntes submetidos a intervenção (P2) por parte dos profissionais da ESDCC.		
Período de análise		
Período de análise fixo:		
Semestral		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

6.3. ACESSIBILIDADE AO REGIME DE TRATAMENTO

Designação		
Autogestão do RM: Taxa de acessibilidade aos medicamentos		
Tipo		
Epidemiológico		
Objetivo		
Monitorização da dimensão acessibilidade aos fármacos		
Descrição		
O numerador exprime o estado de saúde dos indivíduos no momento da admissão, na dimensão: Acessibilidade aos fármacos prescritos. O denominador engloba a totalidade de utentes admitidos para GCC no período em análise e avaliados face à acessibilidade relativa ao RM (P3).		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Utesntes incluídos no denominador; B. Utesntes com registo inicial de “ <i>acesso efetivo aos medicamentos</i> ” em formulário P3. DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A, B e C] é verdadeira: A. Utesntes admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC; B. Uteute admitido na ESDCC para GCC; C. Utesntes avaliados, pela primeira vez, relativamente à acessibilidade ao RM.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral. Inicia-se no momento em que é admitido pelo enfermeiro gestor e termina no final da primeira avaliação diagnóstica sobre o domínio da acessibilidade ao RM.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

Designação		
Autogestão do RM: Taxa de acessibilidade aos produtos complementares de apoio à gestão da doença		
Tipo		
Epidemiológico		
Objetivo		
Monitorização da dimensão acessibilidade aos produtos complementares (dispositivos médicos, dispositivos de auto monitorização, produtos de apoio).		
Descrição		
O numerador exprime o estado de saúde dos indivíduos no momento da admissão, na dimensão: Acessibilidade aos produtos complementares de apoio à gestão da doença. O denominador engloba a totalidade de utentes admitidos para GCC no período em análise e avaliados face à acessibilidade relativa ao RM (P3).		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:		
A. Uteses incluídos no denominador;		
B. Uteses com registo inicial de <i>“acesso efetivo aos produtos complementares de apoio à gestão da doença”</i> em P3.		
DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A, B e C] é verdadeira:		
A. Uteses admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC;		
B. Uteente admitido na ESDCC para GCC;		
C. Uteses avaliados, pela primeira vez, relativamente à acessibilidade ao RM.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral. Inicia-se no momento em que é admitido pelo enfermeiro gestor e termina no final da primeira avaliação diagnóstica sobre o domínio da acessibilidade ao RM.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

Designação		
Autogestão do RM: Barreiras de acesso aos tratamentos devido a risco de queda		
Tipo		
Epidemiológico		
Objetivo		
Rastreo de causas associadas à problemática de acessibilidade aos fármacos por risco de queda		
Descrição		
O numerador exprime a percentagem de utentes com dificuldade no acesso aos tratamentos, por dificuldade de mobilidade, associada a risco de queda. O denominador engloba a totalidade de utentes admitidos para GCC no período em análise e avaliados face à acessibilidade relativa ao RM (P3).		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:		
A. Uteses incluídos no denominador;		
B. Uteses com registo de <i>tinneti score <19</i> .		
DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A, B e C] é verdadeira:		
A. Uteses admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC;		
B. Uteente admitido na ESDCC para GCC;		
C. Uteses com avaliação e registo de P3 inicial de <i>“acesso dificultado aos tratamentos”</i> .		
Período de análise		
Período de análise fixo: O período de análise para cada utente inicia-se no momento em que é admitido pelo enfermeiro gestor e termina no final da primeira avaliação diagnóstica sobre o domínio da acessibilidade ao RM (P3). O indicador deve ser calculado semestralmente.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

Designação		
Autogestão do RM: Barreiras no acesso aos tratamentos por problemas financeiros		
Tipo		
Epidemiológico		
Objetivo		
Rastreo de causas associadas à existência de problemas financeiros		
Descrição		
O indicador exprime a percentagem de utentes com dificuldade no acesso aos tratamentos por problemas financeiros O denominador engloba a totalidade de utentes admitidos para GCC no período em análise e avaliados face à acessibilidade relativa ao RM (P3).		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Utesntes incluídos no denominador; B. Utesntes com registo de “ Não ” em “ ter dinheiro para comprar a medicação ” na avaliação inicial de P3. DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A, B e C] é verdadeira: A. Utesntes admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC; B. Utesnte admitido na ESDCC para GCC; C. Utesntes com avaliação e registo de P3 inicial de “ acesso dificultado aos tratamentos ”.		
Período de análise		
Período de análise fixo: O período de análise para cada utente inicia-se no momento em que é admitido pelo enfermeiro gestor e termina no final da primeira avaliação diagnóstica sobre o domínio da acessibilidade ao RM (P3). O indicador deve ser calculado semestralmente.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

Designação		
Ganhos em saúde na autogestão do RM: Acesso melhorado aos medicamentos		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Avaliar a capacidade da ESDCC para resolver parcialmente problemas de acessibilidade aos medicamentos		
Descrição		
O numerador exprime a percentagem de utentes com acesso melhorado aos medicamentos após intervenção da ESDCC. O denominador engloba a totalidade de utentes admitidos para GCC, no período em análise, registados como tendo acesso dificultado ao RM (P3).		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira: A. Utesntes incluídos no denominador; B. Utesntes com registo final de “ melhoria na acessibilidade aos medicamentos ” em formulário P3, com intervenções da ESDCC documentadas; C. Utesntes que mantém, no final da intervenção, registo (P3) de “ acesso prejudicado aos medicamentos ”. DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A, B e C] é verdadeira: A. Utesntes admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC; B. Utesnte admitido na ESDCC para GCC; C. Utesntes com avaliação inicial de “ acesso dificultado aos medicamentos ” e registo de formulário P3.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral. Inicia-se no momento em que é alvo da intervenção do enfermeiro gestor (P3) e termina com uma reavaliação do utente, sobre o domínio da acessibilidade ao RM.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

Designação		
Ganhos em saúde na autogestão do RM: Acesso melhorado aos produtos complementares de apoio à gestão da doença		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Avaliar a capacidade da ESDCC para melhorar a acessibilidade aos produtos de apoio à gestão da doença.		
Descrição		
O numerador exprime a percentagem de utentes com acesso melhorado aos produtos complementares de apoio à gestão da doença, após intervenção da ESDCC. O denominador engloba a totalidade de utentes admitidos para GCC, no período em análise, registados como tendo acesso dificultado ao RM (P3).		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:		
A. Uteses incluídos no denominador;		
B. Uteses com registo final de “melhoria no acesso a pelo menos um dos produtos complementares de apoio à gestão da doença em falta” em formulário P3, com intervenções da ESDCC documentadas;		
C. Uteses que mantém, no final da intervenção, registo (P3) de “acesso prejudicado aos produtos complementares de apoio à gestão da doença” .		
DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:		
A. Uteses admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC;		
B. Uteente admitido na ESDCC para GCC;		
C. Uteses com registo inicial (P3) de “acesso dificultado aos produtos complementares de apoio à gestão da doença” .		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral. Inicia-se no momento em que é alvo da intervenção do enfermeiro gestor (P3) e termina com uma reavaliação do utente, sobre o domínio da acessibilidade ao RM.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

Designação		
Ganhos em saúde na Autogestão do RM: Acesso efetivo aos tratamentos		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Monitorizar a capacidade da ESDCC para resolver problemas de acessibilidade aos tratamentos		
Descrição		
O numerador exprime a percentagem de utentes que passaram a ter acessibilidade total aos tratamentos, após a intervenção da ESDCC. O denominador representa todos os utentes registados como tendo “acesso dificultado aos medicamentos” .		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:		
A. Uteses incluídos no denominador;		
B. Uteses com avaliação e registo final em P3 de “acesso efetivo aos tratamentos” após intervenção da ESDCC.		
DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:		
A. Uteses admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC;		
B. Uteente admitido na ESDCC para GCC;		
C. Uteses com avaliação e registo de P3 inicial de “acesso dificultado aos tratamentos” .		
Período de análise		
Período de análise fixo: O período de análise para cada utente inicia-se no momento em que é alvo da intervenção do enfermeiro gestor (P3) e termina com uma reavaliação do utente, sobre o domínio da acessibilidade ao RM. O indicador deve ser calculado semestralmente e contempla a última avaliação.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

6.4. ADESÃO AO REGIME DE MEDICAMENTOS

Designação		
Autogestão do RM: Taxa de adesão ao regime medicamentoso		
Tipo		
Epidemiológico		
Objetivo		
Monitorizar a dimensão da adesão ao RM		
Descrição		
O numerador exprime o estado de saúde dos indivíduos no momento da admissão, na dimensão: Adesão ao RM. O denominador engloba a totalidade de utentes admitidos para GCC no período em análise e avaliados face à Adesão ao RM (P4).		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Uteses incluídos no denominador; B. Uteses com registo de “ adesão efetiva ao tratamento ” após a primeira aplicação do formulário P4. DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A, B e C] é verdadeira: A. Uteses admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC; B. Uteente admitido na ESDCC para GCC; C. Uteses avaliados, pela primeira vez, relativamente à sua capacidade para gerir o RM (P4).		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

Designação		
Ganhos em saúde na autogestão do RM: Melhoria na adesão ao RM		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Avaliar a capacidade da ESDCC para resolver parcialmente problemas de adesão ao RM		
Descrição		
O numerador exprime a percentagem de utentes que melhoraram, pelo menos, um comportamento de adesão ao RM descrito em P4, após intervenção da ESDCC, sem, contudo, ficarem autónomos. O denominador representa a totalidade de utentes submetidos à intervenção (P4) da ESDCC, durante esse período.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira: A. Uteses incluídos no denominador; B. Uteses que melhoraram pelo menos um comportamento, avaliado em P4, como de não adesão; C. Uteses que mantêm, no final, o registo de “ não adesão ao tratamento ”. DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A, B e C] é verdadeira: A. Uteses admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC; B. Uteente admitido na ESDCC em nível 3; C. Uteses a quem foram identificadas razões, no formulário P4, para a “ não adesão ao tratamento ”; D. Uteses submetidos a intervenção (P4) por parte dos profissionais da ESDCC.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral. Inicia-se no momento em que é alvo da intervenção do enfermeiro gestor (P3) e termina com uma reavaliação do utente, sobre o domínio da adesão ao RM.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

Designação		
Ganhos em saúde na autogestão do RM: Aquisição de comportamentos de adesão ao RM		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Monitorização da capacidade da ESDCC para solucionar problemas de adesão ao RM		
Descrição		
O numerador exprime a percentagem de utentes que passaram a ter comportamentos de adesão aos tratamentos, após a intervenção da ESDCC. O denominador representa todos os utentes registados como tendo “ não adesão aos tratamentos ”.		
Regra de cálculo		
<p>NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utesntes incluídos no denominador;</p> <p>B. Utesntes com avaliação e registo de “adesão efetivo ao tratamento” em formulário P4 após intervenção da ESDCC.</p> <p>DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:</p> <p>A. Utesntes admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC;</p> <p>B. Utesnte admitido na ESDCC para GCC;</p> <p>C. Utesntes a quem foram identificadas razões, no formulário P4, para a “não adesão ao tratamento”.</p>		
Período de análise		
Período de análise fixo:		
Semestral		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

7. INDICADORES ASSOCIADOS À CAPACITAÇÃO DOS PRESTADORES DE CUIDADOS FACE À GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

7.1. CONHECIMENTO DEMONSTRADO PELO PRESTADOR DE CUIDADOS

Designação		
Papel de prestador de cuidados: conhecimento demonstrado sobre a gestão do RM		
Tipo		
Epidemiológico.		
Objetivo		
Monitorizar a proporção de PC, de indivíduos que são admitidos na ESDCC, que apresentam conhecimento efetivo sobre a gestão do RM.		
Descrição		
O indicador exprime o <i>status</i> do PC no momento da admissão, na dimensão: conhecimento sobre a gestão do RM. O denominador considera todos os PC avaliados, pela primeira vez, relativamente ao domínio do conhecimento.		
Regra de cálculo		
<p>NUMERADOR (AA): Contagem de PC em que a expressão [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. PC incluídos no denominador;</p> <p>B. PC com registo de <i>“conhecimento efetivo para efetuar a gestão do RM”</i>, sem que seja necessário recorrer ao P5.</p> <p>DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A, B e C] é verdadeira:</p> <p>A. PC de utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime RM na ESDCC;</p> <p>B. PC de utente admitido na ESDCC para GCC;</p> <p>C. PC a quem foi avaliado o conhecimento sobre a gestão do RM.</p>		
Período de análise		
<p>Período de análise fixo:</p> <p>O período de análise para cada PC inicia-se no momento em que o utente é admitido pelo enfermeiro gestor e termina no final da primeira avaliação diagnóstica sobre o domínio do conhecimento. O indicador deve ser calculado semestralmente.</p>		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de PC

Designação		
Papel de prestador de cuidados: Aumento da literacia para gerir o RM		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Avaliar a capacidade da ESDCC para capacitar parcialmente os PC na dimensão: conhecimento sobre o RM		
Descrição		
O indicador exprime a percentagem de PC que melhorou o conhecimento em pelo menos um parâmetro de avaliação em P5, sem contudo ficar autónomo para gerir a medicação. O denominador representa o número de PC que após a primeira avaliação de P5 foram registados com “conhecimento não efetivo”.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. PC de utentes incluídos no denominador; B. PC de com registo de melhoria no conhecimento em pelo menos um parâmetro na avaliação em P5 sem contudo estar autónomo para gerir a medicação. DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C e D] é verdadeira: A. PC de utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC; B. PC de utentes admitidos na ESDCC para GCC; C. PC com avaliação e registo inicial no formulário P5, de “conhecimento não efetivo para gerir o RM”; D. PC submetidos a intervenção (P6) por parte dos profissionais da ESDCC.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral. Inicia-se no momento em que é alvo da intervenção do enfermeiro gestor (P6) e termina com uma reavaliação do PC, acerca do seu conhecimento para gerir o RM.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de PC

Designação		
Papel de prestador de cuidados: Aquisição de conhecimento para a gestão efetiva do RM		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Avaliar a capacidade da ESDCC para solucionar problemas na dimensão conhecimento do PC sobre o RM		
Descrição		
O indicador exprime a percentagem de PC que adquiriu conhecimento para ser capaz de realizar autonomamente, a gestão do regime medicamentoso. O denominador representa o número de PC que após a primeira avaliação de P5 foram registados com “conhecimento não efetivo”.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de PC em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. PC de utentes incluídos no denominador; B. PC com registo final de “conhecimento efetivo para assegurar a gestão do RM” no formulário P5. DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C e D] é verdadeira: A. PC de utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC; B. PC de utentes admitidos na ESDCC em GCC; C. PC com avaliação e registo inicial no formulário P5, de “conhecimento não efetivo para gerir o RM” D. PC submetidos a intervenção (P6) por parte dos profissionais da ESDCC.		
Período de análise		
Período de análise fixo: O período de análise para cada PC inicia-se no momento em que é alvo da intervenção do enfermeiro gestor (P6) e termina com uma reavaliação do PC, acerca do seu conhecimento para gerir o RM. O indicador deve ser calculado semestralmente e contempla a última avaliação.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

7.2. CAPACIDADE PRESTADOR DE CUIDADOS PARA GERIR O REGIME MEDICAMENTOSO

Designação		
Papel de prestador de cuidados: Capacidade demonstrada pelo PC para gerir o RM		
Tipo		
Epidemiológico.		
Objetivo		
Monitorizar a proporção de PC, dos utentes admitidos na ESDCC, com capacidade para gerir o RM		
Descrição		
O numerador exprime o número PC com capacidade para gerir o RM no momento da admissão; o denominador representa a totalidade de PC avaliados.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de PC em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. PC de utentes incluídos no denominador; B. PC com registo de “ capacidade para gerir o RM ”, sem que seja necessário recorrer ao P6. DENOMINADOR (BB): Contagem dos PC em que a expressão [A, B e C] é verdadeira: A. PC de utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC; B. PC de utentes admitidos na ESDCC para GCC; C. PC avaliados, pela primeira vez, relativamente à sua capacidade para gerir o RM.		
Período de análise		
Período de análise fixo: Semestral. Inicia-se no momento em que o utente é admitido pelo enfermeiro gestor e termina no final da 1ª av. diagnóstica, ao PC, sobre o domínio da capacidade para gerir o RM.		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de PC

Designação		
Papel de prestador de cuidados: Melhoria da capacidade para gerir o RM		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Avaliar a capacidade da ESDCC para melhorar parcialmente a capacidade do PC face ao RM.		
Descrição		
O numerador exprime a percentagem de indivíduos que melhorou a capacidade para gerir o RM em pelo menos uma atividade elencada em P6, sem contudo ficar autónomo para gerir a medicação; o denominador representa todos os PC submetidos à intervenção (P6) da ESDCC.		
Regra de cálculo		
NUMERADOR (AA): Contagem de PC em que a expressão [A e B e C] é verdadeira: A. PC incluídos no denominador; B. PC com registo de melhoria da capacidade para gerir o RM em pelo menos um parâmetro na avaliação em P6; D. PC mantém a dependência de outros para gerir, no mínimo, um dos parâmetros avaliados. DENOMINADOR (BB): Contagem dos PC em que a expressão [A, B, C e D] é verdadeira: A. PC de utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do regime medicamentoso na ESDCC; B. PC de utentes admitidos na ESDCC para GCC; C. PC com avaliação e registo inicial em P6 de “ capacidade não demonstrada para a gestão efetiva do RM ”; D. PC submetidos a intervenção (P6) por parte dos profissionais da ESDCC.		
Período de análise		
Período de análise variável: Semestral. Inicia-se no momento em que o utente é admitido pelo enfermeiro gestor (P6) e termina com uma reavaliação do PC, sobre a sua capacidade para gerir o RM		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de utentes

Designação		
Papel de prestador de cuidados: Capacidade adquirida para a gestão efetiva do RM		
Tipo		
Desempenho assistencial		
Objetivo		
Avaliar a capacidade da ESDCC de tornar o PC autónomo face à gestão do RM		
Descrição		
O indicador exprime a percentagem de PC que demonstrou ter adquirido capacidade para gerir autonomamente o RM, após a intervenção da ESDCC. O denominador define o número de PC registados com “ capacidade não demonstrada sobre a autogestão do RM ” e submetidos a intervenção por parte da ESDCC (P6).		
Regra de cálculo		
<p>NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:</p> <p>A. Utentes incluídos no denominador;</p> <p>B. Utentes com registo final de “capacidade demonstrada para gerir a medicação” no formulário P6.</p> <p>DENOMINADOR (BB): Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C e D] é verdadeira:</p> <p>A. PC de utentes admitidos após a data de início do projeto de gestão do RM na ESDCC;</p> <p>B. PC de utentes admitidos na ESDCC para GCC;</p> <p>C. PC com avaliação e registo de formulário inicial em P6 de “capacidade não demonstrada para gerir o RM”;</p> <p>D. PC submetidos a intervenção (P6) por parte dos profissionais da ESDCC.</p>		
Período de análise		
<p>Período de análise fixo: O período de análise para cada PC inicia-se no momento em que é alvo da intervenção do enfermeiro gestor (P6) e termina com uma reavaliação do PC, sobre a sua capacidade para gerir o RM. O indicador deve ser calculado semestralmente e contempla a última avaliação.</p> <p>Semestral</p>		
Fórmula	Unidade de medida	Output
(AA/BB)x100	%	Proporção de PC

8. TAXAS DE PREVALÊNCIA

TAXAS DE PREVALÊNCIA
AUTO GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO COMPROMETIDA
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes dependentes na Gestão do regime Medicamentoso}}{\text{N}^\circ \text{ Total de utentes integrados no Projeto Gestão Regime Medicamentoso na ESDCC}} \times 100$
AUTO GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO NÃO COMPROMETIDA
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com Gestão efetiva do regime Medicamentoso}}{\text{N}^\circ \text{ Total de utentes integrados no Projeto Gestão Regime Medicamentoso na ESDCC}} \times 100$
PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS COMPROMETIDO NA GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com Prestador de cuidados incapaz de assumir a Gestão efetiva do regime Medicamentoso}}{\text{N}^\circ \text{ Total de utentes integrados no Projeto Gestão Regime Medicamentoso na ESDCC}} \times 100$
PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS NÃO COMPROMETIDO NA GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com Prestador de cuidados que assume a Gestão efetiva do regime Medicamentoso}}{\text{N}^\circ \text{ Total de utentes integrados no Projeto Gestão Regime Medicamentoso na ESDCC}} \times 100$

9. REFERENCIAS BIBLIOGÁFICAS

1. **Almeida, H.O., et al.** Adesão a tratamento entre idosos. *Com. ciências da saúde* 18. 2007, pp. 57-67.
2. **Von Korff, M, et al.** Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 127. 1997, pp. 1097-1102.
3. **Padilha, J.M.** *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa. Conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios em saúde. Tese de mestrado.* Porto : Universidade do Porto, 2006.
4. **Henriques, Maria Adriana Pereira.** *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade, eficácia das intervenções de enfermagem - Tese de Doutoramento.* Lisboa : Universidade de Lisboa, 2011.
5. **MARQUIS investigators.** *Marquis implementation manual - a guide for medication reconciliation quality improvement.* s.l. : MARQUIS, 2014.
6. **Conselho Internacional de Enfermeiros.** *CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.* Lisboa, Portugal : Lusodidacta, 2015.
7. **Tortajada, Salvador , et al.** *Case Management for Patients with Complex Multimorbidity: Development and Validation of a Coordinated Intervention between Primary and Hospital Care.* 2017, *International Journal of Integrated Care* 17(2): 4, pp. 1-8.
8. **Ochterman, J.M. e Bulechek, G.M.** *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), 4ª ed.* São Paulo : Artmed, 2008.
9. **Delgado, Artur Barata e Lima, Maria Luísa.** Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psic., Saúde & Doenças* v.2 n.2. Novembro de 2001.
10. **Apóstolo, João Luís Alves.** *Instrumentos para Avaliação em Geriatria.* Coimbra. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012.



10. APÊNDICES

APÊNDICE 1

FORMULÁRIO RECONCILIAÇÃO DA MEDICAÇÃO NA ESDCC



Reconciliação Medicação Equipa Suporte Doente Crónico Complexo

Evento Crítico

Data

Data

Última Prescrição	Em Uso							Em Uso	Em Uso						
	Jejum	Pequeno-Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar	SOS		Jejum	Pequeno-Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar	SOS

Fármacos não prescritos em uso

Razões para não tomar medicação	
Esquecimento	<input type="checkbox"/>
Insuf Económica	<input type="checkbox"/>
Sentir-se pior	<input type="checkbox"/>
Tomar muita medicação	<input type="checkbox"/>
Estar preocupado com habituação	<input type="checkbox"/>
Falta de apoio	<input type="checkbox"/>
Sentir-se melhor	<input type="checkbox"/>
Efeitos Secundários	<input type="checkbox"/>
Outra	<input type="text"/>

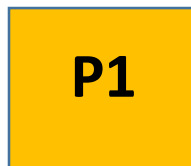
Reconciliado

Sim

Não

APÊNDICE 2

FORMULÁRIO DE REGISTO CONHECIMENTO NA AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO



Conhecimento Autogestão Medicação	Efeitos Secundários Relevantes	Demonstra Conhecimento					
		Avaliação (data)					
		/ /		/ /		/ /	
Fármaco		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Conhecimento Efetivo AutoGestão da Medicação					
<i>Avaliação (data)</i>					
//_		_/_/_		_/_/_	
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

APÊNDICE 3

FORMULÁRIO DE REGISTO CAPACIDADE NA AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO



P2 - Capacidade Autogestão Medicação	Avaliação (data)											
	//_		_/_/_		_/_/_		_/_/_		_/_/_		_/_/_	
Atitude	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Escolher os medicamentos	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Retirar das embalagens	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Preparar a dose correta	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Realizar o teste diagnóstico	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Autoadministrar o fármaco	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Avaliar o prazo de Validade	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Capacidade Demonstrada para a Autogestão da Medicação					
Avaliação (data)					
//_		_/_/_		_/_/_	
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

APÊNDICE 4

FORMULÁRIO DE REGISTO ACESSIBILIDADE AOS FÁRMACOS

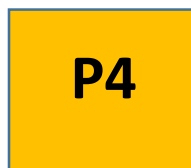
P3

Acessibilidade aos Fármacos	Avaliação (data)											
	Condicionante		_/_/_		_/_/_		_/_/_		_/_/_		_/_/_	
Ter dinheiro para comprar	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Deslocar-se à farmácia	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Renovar a medicação	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Adquirir material auxiliar	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Acessibilidade Demonstrada para a Autogestão da Medicação					
Avaliação (data)					
//_		_/_/_		_/_/_	
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

APÊNDICE 5

FORMULÁRIO DE REGISTO ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO



Adesão ao Regime Medicamentoso	Avaliação (data)											
	//_		_/_/_		_/_/_		_/_/_		_/_/_		_/_/_	
É razão para a não adesão:												
Tomar muita medicação junta	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Os efeitos secundários do fármaco	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Estar preocupado com a habituação face ao fármaco	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Não gostar de tomar medicamentos	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Sentir-se bem	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Duvidar da eficácia da medicação	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Não querer misturar o fármaco com álcool	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Não gostar de pensar que está doente	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Sentir-se pior quando toma o medicamento	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Sentir que o fármaco não está a fazer efeito	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
O tratamento ser demasiado longo	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Preguiça em tomar os medicamentos	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Não ter apoio de alguém para o fazer	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Não lhe explicarem para que serve	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Adesão efetiva ao tratamento					
<i>Avaliação (data)</i>					
//_		_/_/_		_/_/_	
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

APÊNDICE 6

FORMULÁRIO DE REGISTO CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS NA GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO



Conhecimento efetivo do prestador de cuidados na gestão do regime medicamentoso					
<i>Avaliação (data)</i>					
//_		_/_/_		_/_/_	
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

APÊNDICE 7

FORMULÁRIO DE REGISTO CAPACIDADE DO PRESTADOR DE CUIDADOS NA GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

P6


Capacidade Prestador Gestão da Medicação	Avaliação (data)											
	//_		_/_/_		_/_/_		_/_/_		_/_/_		_/_/_	
Atitude	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Escolher os medicamentos	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Preparar a dose correta	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Realizar o teste diagnóstico	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Autoadministrar o fármaco	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Avaliar o prazo de Validade	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Capacitação efetiva do prestador de cuidados na gestão do regime medicamentoso					
<i>Avaliação (data)</i>					
//_		_/_/_		_/_/_	
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

APÊNDICE 8

INSTRUMENTOS DE APOIO À DECISÃO CLÍNICA

I. Minimental State Examination

COGNIÇÃO E SAÚDE MENTAL			
MINI MENTAL STATE EXAMINATION - Folstein et al. 1975, adaptado por Guerreiro et al. 1998		Pontuação	Resposta
ORIENTAÇÃO	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 casa estamos?		
	Em que andar estamos?		
RETENÇÃO	“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor” Pêra + Gato + Bola;		
ATENÇÃO E CÁLCULO	“Agora peço-lhe para 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		
EVOCAÇÃO	“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi há pouco para decorar” Pera + Gato + Bola		
LINGUAGEM	“Como se chama isto?” Mostrar os objectos: Relógio + Lápis		
	“Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA ”		
	“Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa ”, (ou “sobre a cama”, se for o caso);		
	“Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS” ; sendo analfabeto lê-se a frase.		
	“Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.		
HABILIDADE CONSTRUTIVA	Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. <small>Desenho</small> 		
PONTUAÇÃO TOTAL (MMSE)			

Minimental State Examination

Considera-se com défice cognitivo:

- Analfabetos ≤15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤22 pontos
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤27 pontos

II. Performance Oriented Mobility Assessment I (POMA I)

EQUILÍBRIO CORPORAL E FORÇA				
POMA I - TINETTI, WILLIAMS E MAYEWSKI (1986). VERSÃO PORTUGUESA - PETIZ, E. M. (2002).			Pontuação	Resposta
Equilíbrio sentado	inclina-se ou desliza na cadeira		0	
	inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira		1	
	estável, seguro		2	
Levantar-se	incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio		0	
	capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa		1	
	capaz na 1ª tentativa sem usar os braços		2	
Equilíbrio imediato	instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)		0	
	estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se		1	
	estável sem qualquer tipo de ajudas		2	
Equilíbrio em pé com os pés paralelos	instável		0	
	estável mas alarga a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorre a auxiliar de marcha		1	
	pés próximos e sem ajudas		2	
Pequenos desequilíbrios na mesma posição	começa a cair		0	
	vacilante, agarra-se, mas estabiliza		1	
	estável		2	
Fechar os olhos na mesma posição	instável		0	
	estável		1	
Volta de 360º	instável (agarra - se, vacila)		0	
	estável, mas dá passos descontínuos		1	
	estável e passos contínuos		2	
Apoio Unipodal	não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto		0	
	aguenta 5 segundos de forma estável		1	
Sentar-se	pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância		0	
	usa os braços ou movimento não harmonioso		1	
	seguro, movimento harmonioso		2	
SCORE TOTAL (EQUILÍBRIO ESTÁTICO)				____/16
Início da marcha	hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar		0	
	sem hesitação		1	
Largura do passo (pé direito)	não ultrapassa à frente do pé em apoio		0	
	ultrapassa o pé esquerdo em apoio		1	
Altura do passo (pé direito)	o pé direito não perde completamente o contacto com o solo		0	
	o pé direito eleva-se completamente do solo		1	
Largura do passo (pé esquerdo)	não ultrapassa à frente do pé em apoio		0	
	ultrapassa o pé direito em apoio		1	
Altura do passo (pé esquerdo)	o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo		0	
	o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo		1	
Simetria do passo	comprimento do passo aparentemente assimétrico		0	
	comprimento do passo aparentemente simétrico		1	
Continuidade do passo	pára ou dá passos descontínuos		0	
	passos contínuos		1	
Percurso de 3m	desvia-se da linha marcada		0	
	desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha		1	
	sem desvios e sem ajudas		2	
Estabilidade do tronco	nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha		0	
	sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha		1	
	sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha		2	
Base de sustentação durante a marcha	calcanhares muito afastados		0	
	calcanhares próximos, quase se tocam		1	
PONTUAÇÃO TOTAL (EQUILÍBRIO DINÂMICO)				____/12
PONTUAÇÃO TOTAL (POMA I)				____/28

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA	PONTUAÇÃO
Baixo risco de queda	25 - 28
Moderado risco de queda	19 - 24
Elevado risco de queda	< 19

III. Medida de Adesão aos Tratamentos

REGIME MEDICAMENTOSO						
MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS (MAT) – DELGADO E LIMA, 2001						Resposta
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	
PONTUAÇÃO TOTAL (MAT)						