



**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**  
***“Melhor Gerir para Melhor Viver”***

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

Helena Isabel Sousa Araújo

Abril de 2015





**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**  
***“Melhor Gerir para Melhor Viver”***

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

Por Helena Isabel Sousa Araújo

Sob orientação do Mestre Paulo Alves e  
Co-orientação do Mestre Armando Almeida

Abril de 2015





## RESUMO

A Gestão do Regime Medicamentoso é um processo complexo, que abrange os processos e sistemas de suporte que estão disponíveis para ajudar as pessoas que auto-administram a medicação na comunidade para obter o melhor benefício da saúde, dos medicamentos prescritos. Isso ocorre após a medicação ser dispensada. Pode envolver desde o apoio de cuidadores informais, familiares e profissionais de saúde ou de ação social que a pessoa encontra no curso dos seus cuidados (Banning, 2007).

O módulo I, refere-se ao Diagnóstico de Situação de Saúde da população idosa abrangida pela UCC de Campanhã, para a área programática da Gestão do Regime Terapêutico, mais concretamente, o Regime Medicamentoso. O processo consistiu essencialmente em atividades que permitiram destacar as necessidades da população idosa: seleção de uma amostra aleatória de 100 indivíduos, desenvolvimento e aplicação de um formulário e processamento estatístico da informação recolhida. A conclusão do estudo mostra que esta amostra tem como principais problemas: a situação económica (30% refere dificuldade em ter dinheiro para comprar a medicação), a cognição diminuída (15% refere ter dificuldade em ler as embalagens) e a perda de mobilidade (14% revela dificuldade em deslocar-se até à farmácia). Os dados sugerem ainda que, deveria decrescer a complexidade do regime medicamentoso (a média de fármacos encontrada foi de  $5,7 \pm 2,8$ ), como tal, as necessidades encontradas prendem-se com a Adesão e a Gestão do Regime Medicamentoso.

No módulo II, foram previamente referenciados pela UCC de Campanhã quatro utentes com o diagnóstico de Gestão ineficaz do Regime Medicamentoso, no qual recaiu a intervenção propriamente dita e para os quais foram traçados planos de intervenção individuais. Encontradas as componentes para um Plano de Intervenção Estratégico: Sessões de Educação para a Saúde Individuais (SESI) sobre a Gestão do Regime Terapêutico, entrevistas telefónicas e visitas domiciliárias, verificou-se que, os resultados obtidos em termos de ganhos em saúde foram positivos, traduzindo-se estes, em ganhos totais ou parciais dependendo do utente alvo da intervenção.

O módulo III sintetiza a colaboração na ECCI de Campanhã e na UCSP de São Roque da Lameira. A experiência permitiu a aquisição de competências e entender a dinâmica envolvente, acompanhando a visita domiciliária e as consultas de enfermagem. Foi também realizado um trabalho de pesquisa acerca do Stress do Prestador de Cuidados.

**Palavras-chave:** Enfermagem Comunitária, Planeamento em Saúde, Regime Terapêutico.



## **ABSTRACT**

The Medication Management System is a complex process involving the processes and support systems that are available to help people who self administer medication in the community for the benefit of better health, prescription drugs. This occurs after the medication is dispensed. It may involve from the support of informal carers, family members and health professionals or social action that one finds in the course of their care (Banning, 2007).

The module I, refers to the Health Situation Diagnosis of the elderly population covered by UCC Campanhã to the program area of the therapeutic regimen management, more specifically, the Medication Regime. The process was essentially to activities that allowed highlight the needs of the elderly population: selection of a random sample of 100 individuals, development and application of a form and statistical processing of the information collected. The conclusion shows that this sample's main problems: the economic situation (30% report difficulty having money to buy medication), decreased cognition (15% reported having difficulty reading the packaging) and loss of mobility (14% reveals difficulty in moving to the pharmacy). The data also suggest that, should decrease the complexity of the drug regimen (average of drugs found was  $5.7 \pm 2.8$ ), as such, needs met relate to the Accession and Medication Management System.

In Module II, were previously referenced by UCC Campanhã four users with a diagnosis of ineffective Medication Management System, which fell the intervention itself and for which they were individual intervention plans set. Found the components for a Plan of Strategic Intervention: Sessions of Health Education Individual (SHEI) on the therapeutic regimen management, telephone interviews and home visitations, it was found that the results obtained in terms of health gains were positive, translating up these in total gains or partial depending on the target user intervention.

The module III summarizes the collaboration in the ECCI Campanhã and UCSP of São Roque da Lameira. The experience has enabled the acquisition of skills and understand the surrounding dynamic, accompanying house calls and nursing visits. Were also carried out research work on the Care Provider Stress.

**Keywords:** Community Nursing, Health Planning, therapeutic regimen.



## **AGRADECIMENTOS**

À minha família por todo o apoio e compreensão,

Ao meu marido e à minha irmã pela partilha dos momentos difíceis,

Ao Regente do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, e Orientador do módulo III de estágio, Professor Paulo Alves,

Ao Orientador dos módulos I e II de estágio, Professor Armando Almeida,

À Coordenadora da UCC de Campanhã, Enfermeira Vitória Leal pelo apoio, incentivo e colaboração,

A todas as colegas da ECCI de Campanhã pela simpatia e acompanhamento,

À Enfermeira Maria do Céu pelo apoio e confiança,

A todas as colegas da UCSP pela simpatia.



## **PENSAMENTO**

*“Sei que o meu trabalho é pequeno como a gota no oceano,  
mas sem ela o oceano seria menor.”*

- Madre Teresa de Calcutá –



## **SIGLAS**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde  
ARTº - Artigo  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem  
DGS – Direção Geral de Saúde  
D.L – Decreto-Lei  
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados  
EEC – Especialidade em Enfermagem Comunitária  
FPS – Fundação Porto Social  
ICS - Instituto de Ciências da Saúde  
ICN – International Council of Nurses  
INE- Instituto Nacional de Estatística  
Nº - Número  
OE - Ordem dos Enfermeiros  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PO – Porto Oriental  
REPE - Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem  
SESI – Sessões de Educação para a Saúde Individuais  
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences  
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade  
UE – União Europeia  
UCP- Universidade Católica Portuguesa  
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
% - Percentagem

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>2. CONTEXTUALIZAÇÃO E OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
<b>3. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE</b> .....	<b>23</b>
<b>3.1. ÁREA PROGRAMÁTICA</b> .....	<b>25</b>
<b>3.2. CARACTERIZAÇÃO GEODEMOGRÁFICA E EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE</b> .....	<b>29</b>
<b>3.3. PLANEAMENTO OPERACIONAL</b> .....	<b>33</b>
<b>3.4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>35</b>
<b>3.5. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES</b> .....	<b>37</b>
<b>4. INTERVENÇÃO “MELHOR GERIR PARA MELHOR VIVER”</b> .....	<b>41</b>
<b>4.1. PLANO DE INTERVENÇÃO DO UTENTE A</b> .....	<b>45</b>
<b>4.2. PLANO DE INTERVENÇÃO DO UTENTE B</b> .....	<b>48</b>
<b>4.3. PLANO DE INTERVENÇÃO DO UTENTE C</b> .....	<b>51</b>
<b>4.4. PLANO DE INTERVENÇÃO DO UTENTE D</b> .....	<b>55</b>
<b>5. UMA OUTRA REALIDADE: “STRESS DO PRESTADOR DE CUIDADOS”</b> .....	<b>59</b>
<b>5.1. O CUIDADOR INFORMAL</b> .....	<b>59</b>
<b>5.2. REDES DE APOIO FORMAIS</b> .....	<b>60</b>
<b>5.3. FATORES E SINAIS DE STRESS DO CUIDADOR INFORMAL</b> .....	<b>60</b>
<b>5.4. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL</b> .....	<b>61</b>
<b>5.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS RELATIVAS AO STRESS DO CUIDADOR INFORMAL</b> .....	<b>62</b>
<b>6. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO DE ESTÁGIO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	<b>63</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>77</b>
<b>ANEXO I - PROJETO DE ESTÁGIO</b> .....	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>ANEXO II - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE</b> .....	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>ANEXO III - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - FORMULÁRIO</b> .....	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>ANEXO IV - PLANO DE SESSÃO DA APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS À UCC DE CAMPANHÃ</b> .....	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>ANEXO V - RESULTADOS DA INTERVENÇÃO APRESENTADOS À UCC DE CAMPANHÃ</b> .....	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>ANEXO VI - PLANO DE INTERVENÇÃO DO UTENTE A</b> .....	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>ANEXO VII - PLANO DE INTERVENÇÃO DO UTENTE B</b> .....	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>ANEXO VIII - PLANO DE INTERVENÇÃO DO UTENTE C</b> .....	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>ANEXO IX - PLANO DE INTERVENÇÃO DO UTENTE D</b> .....	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>ANEXO X - STRESS DO PRESTADOR DE CUIDADOS</b> .....	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.</b>



## I. INTRODUÇÃO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, em toda a sua prestação de cuidados deve encontrar-se desperto para uma maior e mais consistente envolvimento do indivíduo/comunidade, respeitando sempre o significado de pessoa humana, tendo por base as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), Direção Geral da Saúde (DGS), Ordem dos Enfermeiros (OE), e respeitando sempre os padrões de qualidade que conduzem à excelência da profissão, garantindo assim, uma assistência mais humanizada e mais abrangente dos indivíduos/famílias/comunidades.

O enfermeiro é, não só um elemento facilitador, possibilitando ao outro a aquisição de conhecimentos e competências, como também, é responsável pelo aumento do poder e do controlo sobre a saúde da pessoa, ajudando-a a tomar parte da decisão de um plano de cuidados adequado e individualizado, tendo por base as necessidades individuais percebidas (Henriques M. A., 2011),

Os cuidados de saúde primários (CSP) são considerados os cuidados de primeira linha, já que, são os que estão mais próximos do indivíduo/família/comunidade, e que possibilitam ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária a capacidade de intervenção nos mesmos de uma forma mais personalizada, e ao mesmo tempo tendo em conta todo o seu contexto de vida, podendo deste modo, intervir, usando métodos mais direcionados às necessidades específicas encontradas.

A Gestão do Regime Terapêutico é um comportamento de adesão com características específicas, tais como: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença bem como das suas complicações, actividades essas que são suficientes para alcançar objetivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença (ICN, 2002).

O presente relatório de estágio reflete todo o percurso realizado ao longo dos Módulos I, II e III de estágio, referente ao 7º curso de Mestrado em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Comunitária. Os Módulos I e II tiveram lugar na UCC de Campanhã – ACES Porto Oriental. O Módulo III, foi realizado na ECCEI de Campanhã e na UCSP de São Roque da Lameira. As actividades desenvolvidas ao longo dos mesmos

serão aqui descritas, bem como, a respetiva avaliação acerca dos resultados obtidos após a intervenção.

Para isso, torna-se necessário intervir ao nível da Gestão do Regime Terapêutico, ou seja, ao nível do regime medicamentoso, do regime de exercício e do regime alimentar, atribuindo maior ênfase ao primeiro, já que é nele que reside a maior parte da nossa atenção e intervenção.

Neste relatório, são também apresentados os dados obtidos e posteriormente analisados e interpretados, com a finalidade de que, os resultados alcançados possam contribuir para um bem comum, neste caso, para que os profissionais desta área de atuação possam conhecer melhor a sua população e ainda, dar continuidade aos Planos de Intervenção elaborados para cada um dos utentes, que nos foram previamente referenciados pela UCC, com o Diagnóstico de Gestão Ineficaz do Regime Medicamentoso.

Os objetivos que se pretendem atingir no final deste relatório de estágio passam por:

- ✓ Dar a conhecer todo o percurso de estágio;
- ✓ Aperfeiçoar competências no âmbito da Enfermagem Comunitária;
- ✓ Refletir sobre a aplicação e avaliação dos planos de intervenção;
- ✓ Analisar os ganhos em saúde obtidos e refletir acerca dos mesmos.

Para a consecução do mesmo, foi utilizada uma metodologia descritiva e reflexiva, tendo ainda a construção deste, seguido as etapas do Planeamento em Saúde.

Os trabalhos efetuados ao longo do estágio considerados relevantes para consulta, encontram-se em anexo.

Este relatório pretende, além de refletir todo o trabalho desenvolvido, sintetizar reflexões que favoreceram o crescimento pessoal, reforçaram saberes e proporcionaram experiências propícias ao desenvolvimento profissional ao longo dos três módulos de estágio.

## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO E OBJETIVOS

Trabalhar a Gestão do Regime Terapêutico, e mais concretamente a Gestão do Regime Medicamentoso, na população idosa abrangida pela UCC de Campanhã prende-se com a constatação do crescente envelhecimento e o conseqüente aumento das doenças crónicas, que conduzem a um elevado consumo de medicamentos. Este último fator, associado às vulnerabilidades e fragilidades inerentes ao envelhecimento, tornam a Gestão do Regime Medicamentoso por parte do idoso, uma árdua tarefa. Torna-se ainda pertinente intervir neste segmento da população visto ser uma das principais necessidades sentidas pela UCC de Campanhã e devido ao elevado índice de envelhecimento verificado especificamente na área geodemográfica do ACES Porto Oriental, que evidencia um índice de envelhecimento superior ao da região norte e do continente (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

A população abrangida pelo estudo é constituída pelos idosos com idade igual ou superior a 65 anos, abrangidos pela UCC de Campanhã. O Mini-Exame do estado mental foi usado como critério de exclusão sempre que verificada condição de disfunção cognitiva após a sua aplicação.

O percurso de estágio dividiu-se em três módulos cuja sequência corresponde às diversas fases do processo de Planeamento de Enfermagem Comunitária.

O primeiro e o segundo módulo, tiveram lugar na UCC de Campanhã; o terceiro decorreu na ECCL de Campanhã e na UCSP de São Roque da Lameira. A UCC de Campanhã encontra-se inserida no ACES Porto Oriental, sendo constituída por uma equipa multidisciplinar, desenvolvendo a sua atividade com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as restantes unidades funcionais do ACES. A referida equipa multidisciplinar é composta por Enfermeiros, Médico, Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Nutricionista e Higienista Oral.

Os módulos realizaram-se sob a tutela da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária da UCC Campanhã. No caso particular do terceiro módulo, as atividades foram desenvolvidas sob tutela da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária da UCC e da UCSP.

O primeiro módulo decorreu no período de 28 de Abril a 28 de Junho de 2014. Foi definido inicialmente o Projeto de Estágio (Anexo 1). Este, assenta no âmbito de um planeamento das atividades que se pretendia desenvolver de forma a elaborar um Diagnóstico de Saúde (Anexo 2) da população idosa da Comunidade da UCC de Campanhã com foco na gestão do Regime Terapêutico. A conclusão do diagnóstico permitiu a identificação das necessidades e respetiva intervenção.

O segundo módulo decorreu no período de 15 de Setembro a 8 de Novembro de 2014. A intervenção propriamente dita, baseou-se na elaboração dos planos de intervenção individuais, planeamentos, execução das atividades planeadas e as avaliações, com o objetivo de obter ganhos em saúde sensíveis às intervenções de enfermagem.

O terceiro módulo decorreu no período de 10 de Novembro de 2014 a 21 de Janeiro de 2015, na ECCI de Campanhã e na UCSP de São Roque da Lameira. Neste último módulo, foi elaborado um trabalho de pesquisa acerca do stress do prestador de cuidados. Este, aborda a situação particular do Cuidador Informal, os fatores e sinais de stress, as redes formais de apoio a idosos dependentes e concentra-se ainda, na exposição de alguns instrumentos de avaliação do Cuidador Informal.

Todo o percurso de estágio foi norteado por um conjunto de objetivos gerais e específicos, sendo que, os primeiros assentam num conjunto de etapas sequencialmente ordenadas às quais se associam objetivos intermédios e interdependentes. A progressão fica assim condicionada num âmbito geral pelo cumprimento desses mesmos objetivos. Seguem-se assim, os objetivos específicos, que incorporam considerações específicas relativas à Área Programática, à população considerada no seu contexto e às circunstâncias específicas para o estudo em causa. A sua definição constitui uma linha orientadora propícia à aquisição, desenvolvimento e sedimentação de determinadas capacidades e competências relativas à área da Especialização.

A fixação de objetivos é assim, uma etapa fundamental na metodologia de projeto, que visa responder às necessidades em saúde identificadas na população.

Um objetivo é portanto, o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema (Imperatori, et al., 1982)

Obedecendo a determinados critérios estruturais, tais como: precisão, exequibilidade, pertinência e mensurabilidade (Tavares, 1990) consideram-se os seguintes objetivos:

### **OBJETIVOS GERAIS**

- ✓ Realizar um Diagnóstico de Saúde;
- ✓ Identificar necessidades da população alvo;
- ✓ Determinar a prioridade das necessidades identificadas;
- ✓ Demonstrar atitude proativa e capacidade criativa na elaboração dos planos;
- ✓ Implementar planos de intervenção baseados nas necessidades identificadas;
- ✓ Formular indicadores de saúde relevantes para obtenção de ganhos em saúde;
- ✓ Avaliar a eficácia da implementação dos planos de intervenção.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Caracterizar o ACES Porto Oriental e a comunidade envolvente;
- ✓ Identificar os recursos presentes na comunidade;
- ✓ Identificar as crenças da comunidade;
- ✓ Trabalhar em parceria com a comunidade;
- ✓ Construir um instrumento de colheita de dados;
- ✓ Analisar o instrumento de colheita de dados;
- ✓ Aplicar o instrumento de colheita de dados;
- ✓ Descrever o Diagnóstico de Situação de Saúde da população estudada;
- ✓ Apresentar a determinação de prioridades;
- ✓ Refletir acerca da importância do Planeamento em Saúde;
- ✓ Aplicar os Planos de Intervenção nos utentes referenciados pela UCC;
- ✓ Aplicar os conhecimentos adquiridos na elaboração das diversas etapas do Planeamento em Saúde;
- ✓ Executar os Planos de Intervenção;
- ✓ Avaliar os Planos de Intervenção;
- ✓ Refletir sobre a importância da colaboração de parceiros comunitários para a obtenção de ganhos em saúde;
- ✓ Aumentar o “Empowerment” da população idosa e da equipa multidisciplinar na área da Gestão do Regime Medicamentoso.



### 3. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

A primeira fase do Planeamento em Saúde passa pela elaboração de um Diagnóstico de Situação em Saúde. A concordância entre o Diagnóstico de Situação e as necessidades da população visada determinará a pertinência do plano, programa e atividades, ou seja, do modo de atuação na comunidade (Imperatori, et al., 1993).

Com vista à consecução do Diagnóstico de Saúde, foi considerado como principal foco de atenção: a Gestão do Regime Medicamentoso dos idosos pertencentes à área abrangida pela UCC de Campanhã. A Gestão do Regime Terapêutico, na qual se insere a Gestão do Regime Medicamentoso, engloba por si só, todo um conjunto de ações e comportamentos que visam colmatar as necessidades de saúde sentidas pela população. Ela não se reduz assim apenas à prescrição farmacológica e exige que o enfermeiro entenda como o regime terapêutico condiciona, ou não, a vida do doente e inversamente como a vida deste condiciona a efetividade do regime terapêutico.

A seleção deste segmento da população prende-se em grande parte com um interesse pessoal e o foco abordado, ou seja Gestão ineficaz do Regime Terapêutico, assenta numa necessidade de intervenção sentida pela UCC de Campanhã. O processo de seleção da amostra, foi realizado de forma aleatória e através de entrevista porta a porta a um conjunto total de 110 utentes, abrangidos pela UCC de Campanhã e com idade igual ou superior a 65 anos.

Como instrumento de colheita de dados foi aplicado um formulário previamente estruturado para o efeito. Por forma a garantir consistência e confiança nos dados recolhidos, os indivíduos foram submetidos a um Mini-Exame do Estado Mental que funcionou como critério de seleção. No decorrer deste processo, surgiram 10 casos em que, nos utentes inquiridos foi verificada disfunção cognitiva após aplicação do Mini-Exame do estado mental, ficando assim a amostra reduzida a 100 utentes.

No módulo I de estágio foram realizadas atividades no sentido de construir um Diagnóstico de Saúde (Anexo II), com base nos dados colhidos através do instrumento de colheita de dados utilizado, o formulário, (Anexo III) na população idosa pertencente à UCC de Campanhã.

Em seguida, apresenta-se um breve resumo de todo o Diagnóstico de Saúde elaborado no módulo I relativamente à Gestão do Regime Medicamentoso na população idosa de Campanhã. Inicialmente, afigura-se uma especificação sucinta da área programática, focando a Gestão do Regime Terapêutico, a dependência face ao envelhecimento populacional, a questão da polimedicação nos idosos, os fatores que influenciam a Adesão ao Regime Medicamentoso e os fatores que influenciam a Gestão do Regime Terapêutico. A exposição aborda especificações complementares relativas ao processo de amostragem, ao processo estatístico e finalmente, à análise e a discussão dos resultados.

O Diagnóstico de Saúde realizado consta como anexo II do presente relatório.

### **3.1. ÁREA PROGRAMÁTICA**

#### **✓ A dependência**

A dependência define-se como a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por motivos de saúde e ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue por si só, realizar as atividades do dia a dia (Ministério da Saúde - Decreto-Lei nº 101/2006, 2006). Nestas situações, verifica-se que, o nível de dependência aumenta com a idade (Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012). Assim sendo, e com esta constatação, aumentam conseqüentemente as limitações na realização das atividades de vida diárias, sendo portanto da máxima importância adequar a prestação de cuidados a estas novas necessidades.

Através dos resultados obtidos nos Censos de 2011, percebe-se que estes, são ainda mais inquietantes no que respeita ao envelhecimento da população portuguesa nos últimos anos, demonstrando um aumento significativo de pessoas com mais de 65 anos. Acresce a essa situação, o aumento do nível de dependência, que passou de 48% para 52% (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

#### **✓ Polimedicação nos idosos**

Relativamente a esta área, pode dizer-se que o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, se situa numa posição de destaque para intervir, contribuindo de forma significativa para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

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

A prescrição medicamentosa nas diversas faixas etárias aponta para valores expressivamente mais elevados no que diz respeito aos indivíduos na faixa etária dos 65 anos ou mais, com uma acentuação da tendência nos últimos anos. O elevado

consumo de medicamentos faz aumentar a suscetibilidade dos idosos às interações medicamentosas, podendo culminar numa baixa adesão ao tratamento. O aumento do número de medicamentos, associado às alterações biofisiológicas dos idosos, dificulta o processo de auto-gestão do regime medicamentoso. Portanto, sendo o indivíduo agente ativo na seleção dos cuidados de saúde, desde logo, as suas crenças no tratamento vão influenciar o seu comportamento no tratamento da doença (Palma, 2012).

### ✓ **A Gestão do Regime Terapêutico**

A Gestão do Regime Terapêutico, quando necessária, condiciona a saúde de cada indivíduo.

Evidenciam-se aqui as condicionantes à Gestão do Regime Medicamentoso da população com idade igual ou superior a 65 anos. Tendo em conta que a Gestão do Regime Terapêutico se estabelece como condição para melhoria da saúde dos indivíduos/famílias/comunidades, foi atribuída uma particular importância à análise do processo de adesão. Assim, esta compreende vários componentes que visam sobretudo a melhoria do estado de saúde das populações, em situação de doença crónica, integração da doença e das respetivas condicionantes na vida do dia a dia (International Council of Nurses, 2005).

Identificam-se cinco grupos de fatores que podem vir a interferir no processo de Gestão do Regime Terapêutico: fatores sociais, económicos e culturais, fatores relacionados com os serviços de saúde, fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidades, fatores relacionados com a terapêutica prescrita e fatores individuais relativos ao doente (Organização Mundial da Saúde, 2004).

### ✓ **Políticas de Saúde**

Atualmente, as políticas de saúde, tendem a privilegiar o cuidado aos idosos no seu ambiente natural, ou seja, no domicílio. Isto, deve-se ao aumento do número deste segmento da população, à insuficiência e à inadequação de respostas às necessidades

sentidas pelos mesmos, que são na maioria das vezes dependentes, e ainda, devido às vantagens que traz a nível da autonomia, e da promoção da qualidade de vida.

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

Aliando, estratégias apropriadas, ao empenho das equipas multidisciplinares, poder-se-á aumentar a adesão aos planos de cuidados, reduzir a morbilidade e aumentar a qualidade de vida das pessoas portadoras de doenças crónicas (Henriques M. A., 2011).

Para que isto aconteça, é fundamental que haja uma adaptação dos serviços no que concerne à prestação de cuidados direcionados para as reais necessidades sentidas pela população, sendo também por isso, necessário trabalhar em parceria e delineando novas estratégias, para que assim se torne possível obter ganhos em saúde.



### 3.2. CARACTERIZAÇÃO GEODEMOGRÁFICA E EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE

O presente estudo teve por base a identificação das necessidades dos idosos da área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanhã, tendo como foco a Gestão do Regime Medicamentoso.

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

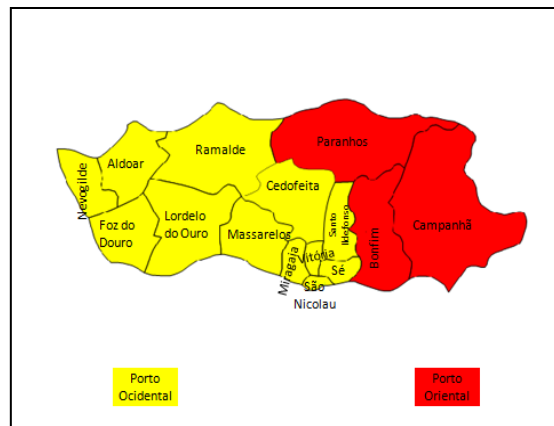


Figura I - Mapa do concelho do Porto

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

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

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

---

### **Fatores de risco que influenciam a Adesão ao Regime Medicamentoso** (Konkle e Parker, 2001)

Tendo por base uma extensa lista de fatores de risco, identificam-se as quatro principais categorias de fatores que influenciam a Adesão ao Regime Medicamentoso, sendo estes relacionados com:

- **Medicação** (efeitos secundários, número de medicamentos, dietas implicadas pelo medicamento, complexidade da administração, etc.);
- **Pessoa** (conhecimento sobre o processo de doença e seu tratamento, aceitação do diagnóstico, etc.);
- **Ambiente** (fator financeiro, disponibilidade telefónica, suporte familiar e suporte social);
- **Enfermeiro** (competências comunicacionais, disponibilidade para questões abertas, relação terapêutica).

### **Fatores de risco que influenciam a Gestão ao Regime Terapêutico** (Wray & Dobbels, 2009):

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

- Falta de conhecimento sobre os medicamentos
- Débil relação profissional de saúde/doente
- Estatuto social
- Pouco conhecimento da doença
- Deficiente funcionamento a nível social
- Pouca autoeficácia
- História de abusos
- Iliteracia
- Raça/cultura

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

"Força de vontade" é a expressão comum para representar um estado mental que corresponde à volição. O indivíduo cria um modelo mental que integra as suas orientações e opiniões acerca dos assuntos e faz uma escolha de forma consciente.

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



### 3.3. PLANEAMENTO OPERACIONAL

O planeamento do Diagnóstico de Situação integra um conjunto de considerações operacionais para todas as atividades realizadas com vista à sua obtenção. Neste estudo, foi utilizado o método estatístico de análise para os dados recolhidos junto dos utentes que constituem a amostra aleatória. A análise ficou inicialmente reduzida a aspetos descritivos (amplitudes de variação, medidas de tendência e critérios de significância associados). Essa primeira abordagem foi completada por um conjunto de testes de correlação (testes não paramétricos de Rho Spearman e testes de Mann Whitney) de forma a tentar evidenciar potenciais relações entre as diversas variáveis consideradas.

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

#### ✓ **Variáveis e colheita de dados**

A caracterização populacional no âmbito do estudo e do seu objetivo principal exige a determinação de variáveis. Estas, sofrem alterações mediante determinadas circunstâncias e constituem-se como propriedades ou características dos indivíduos inquiridos (Fortin, 1999). Foram destacados diversos grupos de variáveis. A primeira com o objetivo de caracterizar a amostra (Idade, Género, Estado Civil, Escolaridade, Agregado familiar, Montante do rendimento familiar e Rendimento associado às necessidades em saúde), a segunda contém questões relativas à caracterização da Complexidade do Regime Medicamentoso, a terceira caracteriza as Crenças acerca do Regime Medicamentoso. Seguem-se, variáveis que retratam a Adesão ao Regime Medicamentoso e finalmente um último grupo avalia a Capacidade Funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais de Vida Diárias).

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

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

A colheita de dados foi realizada no módulo I de estágio, mais concretamente, no período compreendido entre 12 e 27 de Junho de 2014.

### 3.4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A população deste Diagnóstico de Situação é constituída pelos idosos (com idade igual ou superior a 65 anos) abrangidos pela UCC de Campanhã. Dos 7.524 idosos com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na Freguesia de Campanhã, foi recolhida aleatoriamente uma amostra de 100 indivíduos. Nesta, verificaram-se idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos de idade, sendo que, mais de 90% da amostra se situa entre os 65 e 85 anos.

Relativamente ao tipo de agregado associado a cada indivíduo, praticamente mais de 90% dos indivíduos tem um historial de vida não solitária (solteiro apenas representam 8% da amostra retida e são essencialmente mulheres).

No que à Escolaridade diz respeito, verifica-se que, o grupo que completou a 4<sup>a</sup> classe, constitui a o grupo modal e que apenas 2% dos idosos não frequentaram a escola e não sabem ler nem escrever.

Relativamente ao rendimento familiar, 48% dos inquiridos revela que este é insuficiente para suprir as necessidades de saúde.

A média do Índice de Complexidade de Fármacos situa-se nos  $30,4 \pm 19,5$ , ou seja, com um desvio padrão de 19,5, portanto, a média do Índice de Complexidade de Fármacos pode variar aproximadamente entre os 10 e os 50. Dos instrumentos existentes para medir a complexidade da farmacoterapia o que a avalia de forma mais abrangente é o Medication Regimen Complexity Index (MRCI), ainda denominado de Índice de Complexidade da Farmacoterapia (Melchior & Fernandez-Llimós, 2007). Este instrumento divide-se em três partes, a primeira corresponde às informações sobre as formas de dosagens, a segunda corresponde às informações de frequências de doses e a terceira corresponde às informações adicionais. O total do índice é obtido somando os pontos das três partes (Melchior & Fernandez-Llimós, 2007). Quanto maior for o número de fármacos, o número de prescritores e a pontuação obtida a nível do conhecimento do fármaco, do suporte escrito, da preparação da medicação e da gestão da medicação, maior é o Índice de Complexidade Medicamentosa.

O score médio do índice que caracteriza as Crenças Acerca dos Medicamentos situa-se nos  $27,9 \pm 5,6$ , ou seja, com um desvio padrão de 5,6, portanto, o score médio do

índice que caracteriza as Crenças Acerca dos Medicamentos, pode variar aproximadamente entre os 22 e os 34, sendo 30 pontos o score modal.

A média da Medida de Adesão aos Tratamentos foi de  $39,1 \pm 2,9$ , ou seja, com um desvio padrão de 2,9, portanto, a média da Medida de Adesão aos Tratamentos pode variar entre os 36 e os 42 aproximadamente, sendo de 40 pontos, o valor que mais se repetiu.

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

Na avaliação das Atividades da Vida Diária, considerando o Índice de Barthel, a amostra apresenta-se como independente em 95% dos casos, ligeiramente dependente em 3%, enquanto que, apenas com 2% encontramos indivíduos moderadamente e severamente dependentes (Anexo II, p.60).

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

Que praticamente 37% dos indivíduos vivem isolados (só);

48% da amostra reporta insuficiência financeira para necessidades de saúde;

39% afirmam ter um rendimento familiar inferior ao rendimento mínimo;

A complexidade dos tratamentos assenta sobre um número de fármacos elevado, 3 a 9 unidades em 95% dos casos;

O desconhecimento do fármaco traduz-se em 29%;

76% afirma não possuir suporte escrito;

15% revela dificuldade em ler as embalagens;

11% revela dificuldade em lembrar quando chega a hora;

7% revela dificuldade em organizar para tomar fora de casa;

6% tem dificuldades em perceber qual e como deve tomar o fármaco;

A perda de mobilidade surge como um fator importante limitando a capacidade de adquirir os fármacos na farmácia.

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

### 3.5. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Do estudo prático realizado, emergem diversos problemas. De entre estes, destaca-se uma necessária fase de promoção da Gestão e Adesão ao Regime Medicamentoso. O Diagnóstico, estabelece determinados problemas, que quando presentes num determinado indivíduo, definem uma situação de atenção: por exemplo, isolamento associado a condições económicas precárias e elevado nível de dependência constitui uma situação crítica, urgente, sobre a qual é essencial intervir.

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

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

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

Após a aplicação do Diagnóstico de Saúde e posterior identificação dos problemas, ficou decidido que estes, seriam englobados em dois Diagnósticos major, sendo eles: a Adesão ao Regime Medicamentoso e a Gestão do Regime Medicamentoso. Toda a nossa intervenção, recaiu portanto sobre estes dois Diagnósticos, dividindo-se cada um destes, em dimensões diagnósticas.

Pode afirmar-se portanto que, trabalhar estes dois Diagnósticos se torna muito pertinente, sobretudo na população idosa, já que, se pensarmos que, com o aumento da idade, diminui a capacidade cognitiva, aumenta a suscetibilidade para o desenvolvimento de doenças crónicas, o consumo de medicamentos e conseqüentemente a complexidade do regime medicamentoso, e facto este, corroborado por um estudo que nos diz que, os problemas crónicos de saúde em idosos, fazem deles grandes consumidores de medicamentos e que, existe efetivamente uma associação positiva entre o avançar da idade e o uso de medicamentos, (Fanhani,

Takemura, Cuman, Seixas, & Andrade, 2007) torna-se assim imprescindível que haja uma atenção especial para o insurgir desta problemática.



#### **4. INTERVENÇÃO “MELHOR GERIR PARA MELHOR VIVER”**

No Módulo II de estágio, foram elaborados os Planos de Intervenção (Anexos VI, VII, VIII e IX), com o objetivo de dar resposta às necessidades detetadas através do Diagnóstico de Saúde, mais concretamente, no que se refere à Adesão ao Regime Medicamentoso e à Gestão do Regime Medicamentoso.

Segundo o Diagnóstico Social do Porto 2009, o Concelho apresenta índices de envelhecimento e de dependência de pessoas idosas muito superiores à média nacional, neste sentido, tornou-se pertinente direcionar toda a nossa intervenção para a população idosa pertencente à freguesia de Campanhã, mais concretamente no que diz respeito à Gestão do Regime Medicamentoso (Fundação Porto Social, 2009).

A Unidade de Cuidados na Comunidade presta cuidados de saúde de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Ministério da Saúde, 2008).

Os Planos de Intervenção em saúde comunitária, foram implementados em quatro utentes previamente referenciados pela UCC de Campanhã, como apresentando o diagnóstico de Gestão ineficaz do Regime Medicamentoso. A opção por esta área de intervenção, baseou-se nas necessidades sentidas pela UCC, na reflexão e na identificação dos problemas saúde identificados pelo Diagnóstico de Saúde da população.

A Enfermagem Comunitária assenta numa prática baseada na comunidade, onde o enfermeiro tem um papel decisivo na capacitação e empoderamento das comunidades. Sobre o dever para com a comunidade, o enfermeiro é responsável para com a comunidade na promoção da saúde e nas respostas adequadas às necessidades em cuidados de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 1998)

A literacia em saúde define-se como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso, compreenderem e usarem informação de forma que promovam e mantenham uma boa saúde. É apresentada

como a capacidade para tomar decisões fundamentadas em saúde, no decurso da vida do dia-a-dia qualquer que seja o contexto em que se encontrem, na utilização do sistema de saúde, na comunidade e no contexto político, possibilitando o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades ( Organização Mundial de Saúde, 1998).

Os termos Gestão do Regime Terapêutico, Gestão do Regime Medicamentoso e Adesão ao Regime Terapêutico, embora sendo conceitos semelhantes e que se interligam, apresentam características inerentes a cada um, sendo por isso de relevo fazer a distinção entre os mesmos, sendo que: a Gestão do Regime Terapêutico é um comportamento de adesão com características específicas, tais como: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença bem como das suas complicações, actividades essas que são suficientes para alcançar objetivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença (ICN, 2002).

A Gestão do Regime Medicamentoso é um processo complexo, que abrange os processos e sistemas de suporte que estão disponíveis para ajudar as pessoas que auto administram a medicação na comunidade para obter o melhor benefício da saúde, dos medicamentos prescritos. Isso ocorre após a medicação ser dispensada. Pode envolver desde o apoio de cuidadores informais, familiares e profissionais de saúde ou de ação social que a pessoa encontra no curso dos seus cuidados (Banning, 2007).

Um regime medicamentoso complexo exige da pessoa idosa, conhecimentos, capacidades e competências que conduzam à tomada de decisão, permitindo a aquisição dos medicamentos, administração e monitorização contínua dos efeitos terapêuticos e secundários, aumentando assim, a probabilidade de obter melhores resultados em saúde, bem-estar, qualidade de vida e uma gestão eficaz do regime medicamentoso (Henriques M. A., 2011).

Após a identificação do diagnóstico de Regime Medicamentoso ineficaz ou Risco de Gestão ineficaz do Regime Medicamentoso, cabe ao enfermeiro planear um conjunto de intervenções e actividades, com vista a obter os resultados desejados e adequados ao utente, sendo que, perante dois utentes distintos com a identificação do mesmo diagnóstico, as intervenções e actividades planeadas vão ser distintas, já que, cada pessoa é uma pessoa, tornando-se deste modo essencial, ajustar toda a intervenção à singularidade do sujeito que temos perante nós, e mais concretamente às necessidades que apresenta no momento.

A Adesão ao Regime Terapêutico é uma volição com características específicas: ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhorar sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece as instruções relativas ao tratamento. Os enfermeiros são parte fundamental na equipa de saúde, ajudam as pessoas no desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado que deve incluir necessariamente suporte a família e a utilização dos recursos da comunidade. (Tanner, 2004)

Nas pessoas idosas, tendo em conta a fragilidade e a vulnerabilidade que lhes é característica nas diferentes dimensões, deve ter-se uma atenção especial e diferenciada ao nível da gestão e na promoção da adesão aos regimes terapêuticos, nomeadamente o medicamentoso. Assim sendo, pode afirmar-se que a gestão do mesmo se torna uma tarefa complexa na população idosa, na qual os Enfermeiros Especialistas em Saúde Comunitária devem investir, procurando sempre e cada vez mais ter uma atuação/intervenção de proximidade.

A visitação domiciliária realizada pelos enfermeiros no contexto da sua prática na comunidade facilita a expressão das verdadeiras necessidades dos utentes. Ela, permite ao enfermeiro uma maior sensibilidade ao contexto de vida do utente, na medida em que lhe permite observar e retirar os dados essenciais que vão orientar uma intervenção mais próxima, assertiva e com certeza mais eficaz de acordo com as verdadeiras necessidades que nem sempre são expressas pelos utentes (Abreu, 2012). Nesse sentido, a visitação domiciliária coloca-se como uma abordagem privilegiada para dar resposta à essência dos cuidados prestados por uma Unidade de Cuidados na Comunidade que “...presta cuidados de saúde (...) de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença (...), e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Diário da República, 2008).

Atendendo assim às características inerentes a este segmento da população, como sendo: a dificuldade na mobilidade, a dificuldade económica, e/ou a dificuldade/receio em expôr os seus medos ou dúvidas, optou-se pela visitação domiciliária, em

deterimento dos pósteres, panfletos, e/ou sessões de educação para a saúde, já que a probabilidade de obter uma adesão significativa seria muito reduzida. A visita domiciliária surge deste modo, como uma estratégia que privilegia o contexto familiar onde o indivíduo se encontra inserido, onde mais facilmente se percebem as suas reais necessidades e ainda se obtém acesso direto a toda medicação.

## **Planos de Intervenção**

Os Planos de Intervenção surgem, como instrumento utilizado para dar resposta às necessidades sentidas por cada utente.

O total de utentes referenciados pela UCC para a nossa intervenção foram quatro, sendo que, para cada um, foram detetadas diferentes necessidades, por conseguinte, embora podendo encontrar-se os mesmos diagnósticos e as mesmas dimensões diagnósticas em diferentes utentes, o mesmo não se pode dizer relativamente às intervenções.

Verifica-se que, estas são completamente distintas para a obtenção muitas vezes de um resultado semelhante. Como tal, foi necessário traçar um Plano de Intervenção individualizado, atendendo às necessidades específicas de cada utente referenciado. Após intervenção, foram analisados os resultados e os ganhos em saúde obtidos.

Nos Planos de Intervenção que a seguir se apresentam, constam os diagnósticos de enfermagem, as dimensões diagnósticas associadas a cada diagnóstico, as intervenções, os indicadores de processo, os indicadores de resultado e uma breve análise aos resultados obtidos.

### **4.1. PLANO DE INTERVENÇÃO DO UTENTE A**

#### **Contextualização**

O utente A é um senhor de 68 anos, casado, que vive com a esposa e com um neto de 14 anos. Tem antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e faz bipap noturno. Apresenta também, diabetes mellitus tipo II sob os quais faz anti-diabéticos orais e é fumador. É independente nas AVD's, segundo a aplicação do Índice de Barthel e independente também nas AIVD's, segundo a aplicação do Índice de Lawton-Brody. Dos 9 fármacos prescritos apenas conhece 5. Quem gere e prepara a medicação é o neto, que tem conhecimento acerca do regime medicamentoso.

#### **Diagnóstico de Enfermagem**

- ❖ Uso de tabaco

**Dimensão Diagnóstica**

- ❖ Crença errónea
- ❖ Uso de tabaco

**Intervenções**

- ✓ Desmistificar as crenças presentes acerca do benefício do consumo de tabaco;
- ✓ Alertar para as complicações do uso continuado do tabaco relacionado com a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC);
- ✓ Reforçar o impacto positivo que a redução do uso do tabaco implicará na sua qualidade de vida;

**Indicadores de Processo**

- ✓ Número (Nº) de vezes que foram realizadas sessões de educação para a saúde individuais (SESI) sobre o uso do tabaco;
- ✓ Nº de visitas domiciliárias;
- ✓ Nº de vezes que foi realizada entrevista telefónica.

**Resultados Esperados**

- ✓ Ausência de crença sobre o consumo de tabaco;
- ✓ Aumento do conhecimento acerca do uso do tabaco;
- ✓ Redução do consumo de tabaco de 10 para 8 cigarros por dia

**Indicadores de Processo**

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de SESI sobre o uso do tabaco realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de SESI sobre o uso do tabaco planeadas}} \times 100 = \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de visitas domiciliárias realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de visitas domiciliárias planeadas}} \times 100 = \frac{4}{4} \times 100 = 100\%$

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de entrevistas telefónicas realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de entrevistas telefónicas planeadas}} \times 100 = \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$

### **Indicadores de Resultado**

**USO DE TABACO** = N° de cigarros que deixou de fumar após a intervenção/ N° total de cigarros fumados habitualmente X 100 =  $2/10 \times 100 = 20\%$

**CRENÇA ERRÓNEA** = Ausência de crença sobre o consumo de tabaco

**USO DE TABACO** = N° de dimensões do Diagnóstico resolvidas/ N° total de dimensões do Diagnóstico x 100 =  $2/2 \times 100 = 100\%$

### **Avaliação**

No que diz respeito ao uso do tabaco como dimensão diagnóstica, pode dizer-se que foi atingida na totalidade, uma vez que o objetivo inicial era reduzir o consumo do n° de cigarros em 20%, já que, como a duração da intervenção foi muito curta, os objetivos não podiam ser muito ambiciosos. Dado isto, justifica-se a continuidade da intervenção com o objetivo de reduzir gradualmente o consumo, até conseguir a cessação tabágica.

Como limitação neste caso, esteve presente o fator tempo, uma vez que, se a intervenção tivesse lugar por um período de tempo mais alargado possivelmente conseguir-se-ia atingir a cessação tabágica.

Em relação à existência de crença errónea, pode afirmar-se que esta dimensão diagnóstica, também foi atingida na totalidade, já que, após intervenção o utente já demonstrava ausência de crença sobre o consumo de tabaco.

Relativamente ao uso do tabaco como diagnóstico, pode dizer-se que foi atingido na sua totalidade, já que as duas dimensões do diagnóstico foram resolvidas, havendo assim ganhos totais em saúde neste utente.

No que se refere aos indicadores de processo para o utente A, pode afirmar-se que as SESI sobre o uso do tabaco, o n° de visitas domiciliárias e o n° de entrevistas telefónicas inicialmente planeadas foram iguais às realizadas, logo, foram atingidos na sua totalidade. Para uma avaliação mais sólida seria necessário dedicar mais tempo de intervenção.

## **4.2. PLANO DE INTERVENÇÃO DO UTENTE B**

### **Contextualização**

A utente B é uma senhora, viúva, que vive sozinha, mas recebe visitas frequentes do filho. Apresenta dependência parcial nas AIVD's segundo a aplicação do Índice de Lawton-Brody e é ligeiramente dependente nas AVD's segundo a aplicação do Índice de Barthel. Tem antecedentes de diabetes mellitus tipo II sob os quais faz anti-diabéticos orais. Dos 5 fármacos prescritos a utente apenas não conhece um (Pioglitazona). Quem gere e prepara a medicação é a própria. Apresenta ainda acuidade visual diminuída, devido à presença de cataratas bilateral, mas ainda consegue ver/ler. Tem consulta pré-operatória marcada. No entanto, não demonstra qualquer vontade em ser submetida a cirurgia. Relativamente à alimentação, faz apenas 3 a 4 refeições diárias, sendo que, muitas vezes antes de se deitar não se alimenta e no dia seguinte apenas toma o pequeno-almoço após o banho, o que já fez com que se sentisse mal acabando mesmo por desmaiar. No que diz respeito à vigilância da glicemia capilar, afirma não a fazer porque tem medo de picar o dedo. Esta, apenas é avaliada quando se sente mal, e é o filho que a realiza.

### **Diagnóstico de Enfermagem**

- ❖ Gestão ineficaz do Regime Terapêutico

### **Dimensão Diagnóstica**

- ❖ Défice de conhecimentos acerca do regime medicamentoso
- ❖ Gestão ineficaz do regime alimentar por défice de conhecimento
- ❖ Não adesão ao teste diagnóstico
- ❖ Falta de volição

### **Intervenções**

- ✓ Ensinar sobre os principais efeitos acerca do fármaco Pioglitazona.
- ✓ Reforçar a importância de fazer pelo menos 5 refeições por dia, nomeadamente, antes de se deitar;

- ✓ Incentivar a levar para o quarto durante a noite uma peça de fruta e 4 bolachas de água e sal para poder comer antes de adormecer;
- ✓ Incentivar a tomar o pequeno-almoço logo após o levantar;
- ✓ Aconselhar a comer sempre que se sinta com tonturas, suores, falta de força, sensação de desmaio (hipoglicemia);
- ✓ Incentivar a planear as refeições fora de casa, levando um pequeno lanche nas alturas que tiver de sair.
- ✓ Informar sobre a importância do teste;
- ✓ Negociar a realização da pesquisa de glicemia diária.
- ✓ Consciencializar para os benefícios da realização da cirurgia.

### **Indicadores de Processo**

- ✓ N° de vezes que foi aplicado formulário;
- ✓ N° de vezes que foram realizadas SESI sobre a gestão do regime terapêutico;
- ✓ N° de visitas domiciliárias;
- ✓ N° de vezes que foi realizada entrevista telefónica

### **Resultados Esperados**

- ✓ Aumento do conhecimento acerca do fármaco Pioglitazona;
- ✓ Gestão eficaz do regime alimentar;
- ✓ Adesão ao teste diagnóstico;
- ✓ Volição para se submeter à intervenção cirúrgica às cataratas.

### **Indicadores de Processo**

N° de vezes efetivas em que foi aplicado o formulário x 100 = 2/2 x 100 = **100%**  
 N° de vezes planeadas a aplicar o formulário

N° de SESI sobre a gestão do regime terapêutico realizadas x 100 = 2/2 x 100 = **100%**  
 N° de SESI sobre a gestão do regime terapêutico planeadas

N° de visitas domiciliárias realizadas x 100 = 3/3 x 100 = **100%**  
 N° de visitas domiciliárias planeadas

N° de entrevistas telefónicas realizadas x 100 = 2/2 x 100 = **100%**  
 N° de entrevistas telefónicas planeadas

### **Indicadores de Resultado**

**DÉFICE DE CONHECIMENTO ACERCA DO REGIME MEDICAMENTOSO** =  $N^{\circ}$  de fármacos que conhece no final da intervenção/  $N^{\circ}$  total de fármacos no final da intervenção  $\times 100 = 1/1 = 100\%$

**GESTÃO DO REGIME ALIMENTAR** =  $N^{\circ}$  de refeições efetivas nos últimos 15 dias/  $N^{\circ}$  total de refeições previstas nos últimos 15 dias  $\times 100 = 4/5 \times 100 = 80\%$

**ADESÃO AO TESTE DIAGNÓSTICO** =  $N^{\circ}$  de pesquisas de glicemia capilar efetivas nos últimos 15 dias/  $N^{\circ}$  de pesquisas de glicemia capilar previstas nos últimos 15 dias  $\times 100 = 0\%$

**VOLIÇÃO PARA A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA** = Ausência de volição para realizar a intervenção cirúrgica

**GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO** =  $N^{\circ}$  de dimensões do diagnóstico resolvidas/  $N^{\circ}$  total de dimensões do diagnóstico  $\times 100 = 1/4 \times 100 = 25\%$

### **Avaliação**

Relativamente ao déficit de conhecimento acerca do regime medicamentoso como dimensão diagnóstica, pode afirmar-se que esta dimensão foi atingida na sua totalidade, já que, a utente apenas não tinha conhecimento acerca de um dos fármacos e após a intervenção passou a conhecer o respetivo fármaco.

No que concerne à gestão do regime alimentar como dimensão diagnóstica, pode dizer-se que, esta dimensão foi apenas atingida em 80%, já que, inicialmente estavam previstas 5 refeições por dia e a utente conseguiu fazer apenas 4.

No que diz respeito à adesão ao teste diagnóstico como dimensão diagnóstica, pode afirmar-se que, o resultado obtido foi 0%, ou seja, das pesquisas de glicemia inicialmente previstas a utente não fez nenhuma.

Em relação à volição para a intervenção cirúrgica como dimensão diagnóstica, também não se obtiveram resultados, pois apesar da intervenção a utente demonstrou sempre ausência de volição para a realização da mesma.

Relativamente à gestão do regime terapêutico como diagnóstico, pode dizer-se que foi parcialmente atingido, já que, apenas uma das suas quatro dimensões foi atingida na totalidade, outra dimensão foi atingida em 80% e as restantes duas não se obteve qualquer resultado. De qualquer modo, podemos dizer que neste caso, foram conseguidos ganhos parciais em saúde.

No que se refere aos indicadores de processo para o utente B, pode afirmar-se que o nº de formulários aplicados, o nº de SESI sobre a gestão do regime terapêutico, o nº de visitas domiciliárias e o nº de entrevistas telefónicas inicialmente planeadas foram iguais às realizadas, logo, foram atingidos na sua totalidade.

### **4.3. PLANO DE INTERVENÇÃO DO UTENTE C**

#### **Contextualização**

A utente C é uma senhora, de 65 anos, casada, independente nas AVD's segundo a aplicação do Índice de Barthel e independente nas AIVD's segundo a aplicação do Índice de Lawton-Brody. Tem antecedentes de diabetes mellitus tipo II insulinotratada. Tem conhecimento acerca do seu regime medicamentoso, do qual fazem parte 7 fármacos, mas no que diz respeito à administração da insulina, esta é feita sem antes verificar os níveis de glicemia capilar. Quando faz a pesquisa de glicemia capilar, os valores variam entre 200-300mg/dl. Em consulta de endocrinologia a 20/08/2014, apresentava valores de hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 10,3. Faz algumas refeições à base de fritos e apenas faz caminhadas quando precisa de ir às compras ou sair por algum motivo específico, como é o caso das consultas.

#### **Diagnóstico de Enfermagem**

- ❖ Gestão ineficaz do Regime Terapêutico

#### **Dimensão Diagnóstica**

- ❖ Gestão ineficaz do regime alimentar

- ❖ Regime de exercício comprometido
- ❖ Não adesão ao teste diagnóstico

### **Intervenções**

- ✓ Reforçar a importância de fazer 6 refeições ligeiras várias vezes ao dia;
- ✓ Incentivar a planejar as refeições fora de casa, levando um pequeno lanche nas alturas que tiver de sair;
- ✓ Privilegiar o consumo dos alimentos cozidos e grelhados em detrimento dos fritos
- ✓ Explicar a importância da prática de exercício físico associado à hiperglicemia;
- ✓ Incentivar a prática de exercício físico fazendo uma caminhada de pelo menos 30 minutos por dia;
- ✓ Aconselhar a aumentar a prática de exercício físico sempre que se verificarem valores hiperglicêmicos na pesquisa de glicemia capilar.
- ✓ Informar sobre a importância do teste;
- ✓ Negociar a realização da pesquisa diária.

### **Indicadores de Processo**

- ✓ N° de vezes que foi aplicado formulário;
- ✓ N° de vezes que foram realizadas sessões de educação para a saúde individuais sobre a gestão do regime terapêutico;
- ✓ N° de visitas domiciliares;
- ✓ N° de vezes que foi realizada entrevista telefónica

### **Resultados Esperados**

- ✓ Aumento do conhecimento acerca do fármaco Pioglitazona;
- ✓ Gestão eficaz do regime alimentar;
- ✓ Adesão ao teste diagnóstico;
- ✓ Volição para se submeter à intervenção cirúrgica às cataratas.

### **Indicadores de Processo**

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

Nº de SESI sobre a gestão do regime terapêutico realizadas x 100 = 2/2 x 100 = **100%**  
 Nº de SESI sobre a gestão do regime terapêutico planeadas

Nº de visitas domiciliares realizadas x 100 = 3/3 x 100 = **100%**  
 Nº de visitas domiciliares planeadas

Nº de entrevistas telefônicas realizadas x 100 = 2/2 x 100 = **100%**  
 Nº de entrevistas telefônicas planeadas

### **Indicadores de Resultado**

**GESTÃO DO REGIME ALIMENTAR** = Nº de refeições efetivas nos últimos 15 dias/ Nº total de refeições previstas nos últimos 15 dias x 100 = **100%**

**REGIME DE EXERCÍCIO** = Nº de caminhadas diárias efetivas nos últimos 15 dias/ Nº total de caminhadas previstas nos últimos 15 dias x 100 = **50%**

**ADESÃO AO TESTE DIAGNÓSTICO** = Nº de pesquisas de glicemia capilar efetivas nos últimos 15 dias/ Nº de pesquisas de glicemia capilar previstas nos últimos 15 dias x 100 = **100%**

**GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO** = Nº de dimensões do Diagnóstico resolvidas/ Nº total de dimensões do Diagnóstico x 100 = **67%**

### **Avaliação**

No que concerne à gestão do regime alimentar como dimensão diagnóstica, pode dizer-se que, esta dimensão foi totalmente atingida, já que, inicialmente estavam previstas 6 refeições por dia que a utente conseguiu passar a fazer após a intervenção.

No que diz respeito ao regime de exercício como dimensão diagnóstica, pode afirmar-se que, apenas foi atingida em 50%, ou seja, a utente passou a fazer caminhadas mas inicialmente estavam previstas caminhadas diárias e ela passou a fazer em dias alternados, logo, esta dimensão foi parcialmente atingida.

Relativamente à adesão ao teste diagnóstico, como dimensão diagnóstica, pode dizer-se que, foi atingida na sua plenitude, já que esta utente fazia a pesquisa de glicemia capilar de três em três dias e passou a fazer diariamente após a intervenção.

Em relação à gestão do regime terapêutico, como diagnóstico de enfermagem, pode afirmar-se que se obtiveram ganhos parciais em saúde, já que das três dimensões existentes, duas foram resolvidas na sua totalidade e uma foi resolvida parcialmente. No que se refere aos indicadores de processo para o utente C, pode afirmar-se que o nº de formulários aplicados, o nº de SESI sobre a gestão do regime terapêutico, o nº de visitas domiciliárias e o nº de entrevistas telefónicas inicialmente planeadas foram iguais às realizadas, logo, foram atingidos na sua totalidade.

#### **4.4. PLANO DE INTERVENÇÃO DO UTENTE D**

##### **Contextualização**

A utente D é uma senhora, casada, e vive com o marido e um neto de 14 anos. É independente nas AVD's segundo a aplicação do Índice de Barthel e apresenta dependência parcial nas AIVD's segundo a aplicação do Índice de Lawton-Brody. Dos 6 fármacos prescritos apenas não conhece 1 (Gabapentina), sendo que estava a tomar 2, quando apenas estava prescrito 1. Isto acontecia porque a senhora teria comprado o genérico de 2 laboratórios diferentes. Quem gere e prepara a medicação é a própria. Tem antecedentes de diabetes mellitus tipo II, sob anti-diabéticos orais inicialmente (Gliclazida), que por se manterem controlados os valores de glicemia, foi suspensa esta medicação, sendo que, agora controla estes valores apenas com dieta e exercício físico, fazendo caminhadas diariamente.

##### **Diagnóstico de Enfermagem**

- ❖ Gestão do Regime Medicamentoso não demonstrado

##### **Dimensão Diagnóstica**

- ❖ Défice de conhecimento acerca do regime medicamentoso

##### **Intervenções**

- ✓ Ensinar sobre os principais efeitos acerca do fármaco Gabapentina;
- ✓ Informar acerca da possibilidade de contactar a farmácia no caso de dúvidas relacionadas com a medicação;
- ✓ Falar com o farmacêutico da farmácia onde habitualmente a utente compra a medicação para que o genérico dispensado seja sempre o mesmo;
- ✓ Informar o farmacêutico que a utente estava a fazer dois comprimidos, quando estava prescrito um, porque as caixas do genérico eram de laboratórios diferentes;
- ✓ Sugerir ao farmacêutico que na impossibilidade de dispensar o mesmo genérico, seja explicado à utente que apesar de a caixa não ser igual, o fármaco é o mesmo e que deve apenas tomar um (conforme prescrição).

- ✓ Alertar para a necessidade de a utente solicitar ao farmacêutico que verifique a lista da medicamentos e a atualize sempre que necessário

### **Indicadores de Processo**

- ✓ N° de vezes que foi aplicado o formulário;
- ✓ N° de vezes que foram realizadas SESI sobre a gestão do regime medicamentoso;
- ✓ N° de visitas domiciliárias;
- ✓ N° de vezes que foi realizada entrevista telefónica.

### **Resultados Esperados**

- ✓ Aumento do conhecimento acerca do fármaco Gabapentina;

### **Indicadores de Processo**

N° de vezes efetivas em que foi aplicado o formulário x 100 = 2/2 x 100 = **100%**

N° de vezes planeadas a aplicar o formulário

N° de SESI sobre a gestão do regime medicamentoso realizadas x 100 = 2/2 x 100 = **100%**

N° de SESI sobre a gestão do regime medicamentoso planeadas

N° de visitas domiciliárias realizadas x 100 = 3/3 x 100 = **100%**

N° de visitas domiciliárias planeadas

N° de entrevistas telefónicas realizadas x 100 = 2/2 x 100 = **100%**

N° de entrevistas telefónicas planeadas

### **Indicadores de Resultado**

**DÉFICE DE CONHECIMENTO ACERCA DO REGIME MEDICAMENTOSO** = N° de fármacos que conhece no final da intervenção/ N° total de fármacos que conhece no final da intervenção x 100 = 1/1 = **100%**

**GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO** = N° de dimensões do Diagnóstico resolvidas/ N° total de dimensões do Diagnóstico x 100 = 1/1 = **100%**

**Avaliação**

Em relação ao défice de conhecimento acerca do regime medicamentoso como dimensão diagnóstica, pode dizer-se que, foi atingida na íntegra, já que, dos seis fármacos prescritos, a utente apenas não conhecia um, sendo que, após a intervenção passou a conhecer.

Relativamente à gestão do regime medicamentoso como diagnóstico de enfermagem, pode afirmar-se que, se obtiveram ganhos totais em saúde, já que a dimensão diagnóstica foi totalmente resolvida.

No que se refere aos indicadores de processo para o utente D, pode afirmar-se que o nº de formulários aplicados, o nº de SESI sobre a gestão do regime medicamentoso, o nº de visitas domiciliárias e o nº de entrevistas telefónicas inicialmente planeadas foram iguais às realizadas, logo, foram atingidos na sua totalidade.



## **5. UMA OUTRA REALIDADE: “STRESS DO PRESTADOR DE CUIDADOS”**

Durante a última fase do estágio, o acompanhamento das atividades da ECCI de Campanhã e da UCSP de São Roque da Lameira proporcionou uma forte sensibilização para as necessárias competências do Enfermeiro de Família e permitiu entender toda a dinâmica envolvente. Este, incidiu essencialmente na visitação domiciliária e nas consultas de enfermagem nestas Unidades de Saúde. Neste módulo, foi também desenvolvido um trabalho de pesquisa acerca do Stress do Prestador Informal de Cuidados de Saúde.

O trabalho intervém como uma possível nova área programática para um novo diagnóstico de saúde ou como extensão ao diagnóstico desenvolvido no Módulo II.

O trabalho consistiu principalmente numa revisão da literatura especializada nesse âmbito específico.

### **5.1. O CUIDADOR INFORMAL**

Designa-se de Cuidador Informal todo indivíduo que presta cuidados a pessoas dependentes, e que não é recompensado economicamente pelo auxílio que proporciona, podendo existir laços familiares, de amizade, de vizinhança ou outros, para com a pessoa cuidada (Lage, 2005).

O ato de cuidar representa a superação constante de vários desafios, muitas vezes associados a longos períodos de tempo dispendidos, desgaste físico e emocional, custos financeiros, sobrecarga física e emocional e ainda riscos mentais e físicos (Rezende & al., 2005).

A complexidade que envolve muitas vezes a seleção do cuidador informal está longe de ser um processo natural. A designação ou escolha do cuidador é um processo dinâmico, onde combinam e convergem um conjunto de fatores, sendo eles: imperativos demográficos, tal como, ser filho único, obrigações normativas de reciprocidade e fatores situacionais, como por exemplo, compromissos assumidos entre pais e filhos, ter poucas obrigações familiares e profissionais, encontrar-se

geograficamente mais próximo, ser economicamente mais desfavorecido, entre outros fatores.

Ao assumir o papel de cuidador principal de um familiar, ficando responsável pela gestão da doença, administração da terapêutica, apoio em todas as AVD's, o cuidador principal vai a curto prazo sofrer um considerável desgaste a nível físico e emocional, pois normalmente não se encontra preparado para assumir tão grande responsabilidade.

## **5.2. REDES DE APOIO FORMAIS**

Verificaram-se várias as respostas sociais direcionadas para o idoso com dependência e com o objetivo também de servir de apoio às suas famílias, foram assim destacados:

- ✓ Centros de Dia,
- ✓ Centros de Convívio,
- ✓ Serviços de Apoio Domiciliário,
- ✓ Lares,
- ✓ Serviços de Acolhimento Familiar,
- ✓ Centros de Férias,
- ✓ Rede Nacional de Cuidados Continuados.

## **5.3. FATORES E SINAIS DE STRESS DO CUIDADOR INFORMAL**

O cuidador informal constitui um elemento de extrema importância na assistência ao idoso dependente. Este, pode assim, apresentar elevados níveis de ansiedade, derivado à sobrecarga, bem como por constatar que a sua estrutura familiar é afetada por alterações de diversas ordens. Ele é posto à prova constantemente pela capacidade de discernimento e adaptação à nova realidade, que exige além de dedicação, responsabilidade e paciência. Aceita o desafio de cuidar de outra pessoa, sem ter qualquer garantia de retribuição, ao mesmo tempo que é invadido pela carga emocional, podendo esta, gerar sentimentos ambivalentes em relação ao idoso. Diversos estudos têm demonstrado que sentimentos de stress ou sobrecarga no cuidador familiar são influenciados, mas não somente determinados, pelo tipo de doença ou grau de incapacidade da pessoa idosa (Figueiredo, 2007).

É principalmente na área da saúde mental que os efeitos da prestação de cuidados a familiares mais se fazem sentir, com níveis de depressão e ansiedade superiores aos da população em geral (Brito, 2002).

Segundo Devi & Almazán (Devi & Almazán, 2002), os cuidadores informais identificam como fatores de stress, os seguintes:

- ✓ Cuidados diretos, contínuos, intensos e necessidade de constante vigilância;
- ✓ Falta de conhecimento ou de informação para desempenhar os cuidados;
- ✓ Sobrecarga de trabalho;
- ✓ Conflitos familiares relacionados com a falta de ajuda;
- ✓ Não reconhecimento do seu esforço;
- ✓ Dificuldade em adaptar as exigências do cuidar aos recursos disponíveis.

É comum escutar-se da parte dos cuidadores informais que se encontram numa tarefa solitária, onde a presença de amigos e familiares se torna cada vez menor à medida que o cuidar se prolonga no tempo. Assim sendo, de modo a dar resposta adequada a esta situação de crise, quer ao nível da prestação de cuidados ao utente, quer ao nível da adaptação da vida do cuidador a esta nova função, emerge como necessidade a aquisição e desenvolvimento de competências que contribuam para uma vivência positiva do ato de cuidar. (Devi & Almazán, 2002)

#### **5.4. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL**

Distinguem-se 2 questionários com orientações distintas e ao mesmo tempo complementares:

- ✓ Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, que tem por finalidade avaliar as consequências a nível físico, psicológico e social no Cuidador Informal de pessoas funcionalmente dependentes.
- ✓ Questionário de Avaliação da Vulnerabilidade ao Stress, que tem como objetivo fundamental avaliar a vulnerabilidade psicológica que determinado indivíduo apresenta perante uma situação indutora de stress.

Em termos instrumentais destacou-se o Índice para avaliação das formas como o Prestador de Cuidados enfrenta as dificuldades.

Uma descrição mais pormenorizada dos questionários consta no trabalho remetido para o Anexo X.

### **5.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS RELATIVAS AO STRESS DO CUIDADOR INFORMAL**

Cabe aos profissionais de saúde, mais concretamente a nós enquanto enfermeiros, proporcionar uma abordagem preventiva que perspetive e sustente a progressão do cuidador de uma condição de dificuldade, de insatisfação, de disfuncionalidade para uma situação de vitalidade, de funcionalidade, de satisfação. Torna-se deste modo fundamental, potenciar nos cuidadores informais, os mecanismos de coping e desenvolver as competências para o cuidar.

Os enfermeiros deverão por isso, ter um papel ativo no planeamento de programas de apoio e acompanhamento aos cuidadores, que assentem numa análise de necessidades de quem cuida e de quem é cuidado, devendo constituir-se como o elo de ligação entre o cuidador e os restantes elementos da equipa multidisciplinar, assumindo uma postura de disponibilidade e escuta ativa que lhes permita compreender os sentimentos, as dificuldades e os constrangimentos dos cuidadores.

## **6. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO DE ESTÁGIO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

O presente relatório foi estruturado com base na metodologia do Planejamento em Saúde. Deste modo, foi elaborado inicialmente o Diagnóstico de Saúde, a priorização das necessidades, elaboração dos Planos de Intervenção, execução e avaliação dos mesmos.

Inicialmente, todo este processo se mostrou bastante complicado, dado que, a experiência profissional adquirida até então, apenas passava pelos cuidados de saúde diferenciados. Ao mesmo tempo, e por esta mesma razão, revelou-se uma rica e constante aprendizagem.

No que ao Diagnóstico de Saúde diz respeito, a colheita de dados, foi realizada na população idosa pertencente à UCC de Campanhã, no tempo previsto e foi alcançada uma amostra significativa para o estudo. De um modo geral, os inquiridos mostraram-se bastante recetivos em responder ao formulário aplicado inicialmente.

Após a colheita de dados, foi necessário proceder ao tratamento dos dados, havendo necessidade de adquirir alguns conhecimentos na área de SPSS, na qual foi imprescindível a colaboração do Professor Orientador.

A priorização das necessidades foi relativamente simples, já que, não teve por base um método específico, dado que, as principais necessidades a intervir se englobavam em dois Diagnósticos major, sendo eles: a Adesão ao Regime Medicamentoso e a Gestão do Regime Medicamentoso.

Surgiu então assim, a necessidade de elaborar um plano de intervenção individualizado, ajustando-se assim, às necessidades da cada utente. A implementação dos planos de intervenção individualizados e a sua posterior avaliação, foram momentos que nos transmitiram satisfação tanto a nível pessoal como profissional. Foi possível estabelecer uma relação de empatia e confiança com os utentes, indo de encontro às necessidades por estes sentidas.

Durante todo o estágio foi possível a aquisição de competências no âmbito da especialidade em enfermagem comunitária (EEC).

Tendo em vista a EEC, é de extrema importância ter bem presente as competências do Enfermeiro Especialista, que ao nível da prestação de cuidados, executa funções de liderança nas mais diversas áreas e promove o empoderamento das pessoas e das comunidades.

O Enfermeiro Especialista é o profissional com a aquisição de habilitações, aprovação do curso académico de especialização em enfermagem e/ou curso de estudos superiores especializados. (Ordem dos Enfermeiros, 1998)

Num âmbito claro de promover autonomia, o grande objetivo das sessões individuais de educação para a saúde (SIES), era o de aumentar o conhecimento dos utentes acerca do Regime Terapêutico, fazer com que aderissem ao Regime Terapêutico, dotando-os das ferramentas necessárias para que fossem capazes de auto gerir o seu Regime Medicamentoso, com a consciência de que, seria indispensável um maior intervalo temporal, para observar e obter alterações de comportamento mais significativas.

Contudo, perante os objetivos traçados foram alcançados alguns triunfos, traduzindo-se estes, em ganhos em saúde. Relativamente a alguns dos diagnósticos de enfermagem identificados, obtiveram-se ganhos totais em saúde, ou seja, as suas dimensões diagnósticas foram atingidas na totalidade, outros por sua vez, apenas se conseguiram alcançar ganhos parciais, uma vez que apenas foi possível atingir algumas das dimensões diagnósticas.

Ao nível da UCSP, inicialmente estava previsto perceber a dinâmica da atribuição das famílias aos enfermeiros, saber as funções específicas do enfermeiro de família e auxiliar em todo este processo de organização, mas, como a estrutura física da Unidade se encontrava em reabilitação, acabou por não ser possível. Contudo, surgiram outras oportunidades, como a da visita domiciliária e do acompanhamento das consultas de enfermagem nas diversas fases do ciclo vital, mais concretamente, saúde do adulto, saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar e saúde do idoso.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar, é por excelência o elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde, especificamente aos de enfermagem, disponibilizando-os em tempo útil e sendo responsável pela avaliação familiar, bem como, pela implementação de intervenções capazes de promover uma mudança no funcionamento familiar. Assim sendo, os Enfermeiros de Família prestam cuidados de enfermagem a

todas as famílias pelas quais se encontram responsáveis, tendo em conta as transições que decorrem dos processos de saúde/doença, com base nas seguintes competências: Cuidar da família como unidade de cuidados e prestar cuidados específicos ao longo das diferentes fases do ciclo de vida. As atividades sinteticamente apresentadas, culminaram na aquisição de competências profissionais, através da elaboração de um Diagnóstico de Saúde a um grupo da comunidade, numa área geodemográfica definida, identificando necessidades e implementado planos de intervenção na comunidade, traduzindo-se na capacitação dos elementos envolvidos, e indo de encontro às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. O Enfermeiro Especialista estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integra a coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

A riqueza das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, permitem-lhe intervir em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguísticas e culturais. (Diário da República, 2011)

### ✓ **COMUNICAÇÃO**

Por comunicação entende-se um processo de interação no qual compartilhamos mensagens, ideias, sentimentos e emoções passíveis de influenciar o comportamento das pessoas. É uma necessidade humana básica e um processo contínuo que torna a existência do ser humano num ser social (Matos, Soares, Castro, Fialho, & Caetano, 2009).

Ao falarmos em Enfermagem Comunitária, temos obrigatoriamente de falar da importância que assume neste contexto a comunicação. É através dela, que se torna possível estabelecer uma relação de empatia e confiança com o utente/família e comunidade. Só através de uma comunicação eficaz é possível conhecer e perceber as

reais necessidades da população, podendo posteriormente intervir sobre elas e só assim conseguir alcançar ganhos em saúde.

Os resultados obtidos através do Diagnóstico de Situação e dos Planos de Intervenção Individualizados, possibilitaram ainda, a comunicação dos resultados à UCC de Campanhã (Anexos IV e V). Estes, foram obtidos através do estudo efetuado nos utentes referenciados com o diagnóstico de Gestão Ineficaz do Regime Medicamentoso. Como tal, e após esta exposição, foi possível responder a esta competência, emitindo um discurso pessoal fundamentado, acerca dos diagnósticos identificados com base em diferentes perspetivas e proporcionando também, um saudável debate entre a equipa multidisciplinar presente, acerca do regime medicamentoso dos utentes abrangidos pelos planos de intervenção.

### ✓ **GESTÃO**

As instituições de saúde defendem que a otimização da gestão dos serviços de saúde e nomeadamente dos cuidados de enfermagem, deve ir de encontro às expectativas do indivíduo, da família e de forma mais abrangente da comunidade (Mezomo, 2001).

Esta, é também uma competência que necessita de ser desenvolvida pelo EEC, pelo que, neste contexto, tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira coordenadora da UCC, que é também especialista em enfermagem comunitária, e à qual se encontram atribuídas estas funções. Foi-me dada então, oportunidade de participar ao nível da gestão dos cuidados, mais concretamente, na gestão dos materiais e dos recursos humanos. Esta revelou ser uma experiência bastante positiva, já que a realidade por mim percebida até então era bem distinta, estando a minha área de prestação de cuidados centrada no contexto hospitalar, fazendo também por isso, todo o sentido entender e cooperar nestas atividades.

Como atividades da enfermeira coordenadora destacam-se: atingir os objetivos organizacionais e profissionais para os cuidados e serviços ao cliente (indivíduo, família ou comunidade), assim como, obter resultados clínicos de excelência; delegar poder à equipa para desempenhar de forma efetiva e eficiente as suas responsabilidades e ainda, desenvolver novos serviços que permitam à organização de saúde responder às novas necessidades de saúde da comunidade.

Mediante isto, pode depreender-se que, é da responsabilidade da enfermeira coordenadora da UCC a organização e realização do horário da equipa de enfermagem, a gestão dos materiais e dos stocks. Contudo, esta última é também partilhada pelos restantes membros da equipa.

### ✓ INVESTIGAÇÃO

A procura de cuidados de saúde de qualidade e eficazes em termos de custos colocou a prática baseada na evidência e a investigação em lugar de destaque. A investigação em enfermagem é uma pesquisa sistemática que procura adicionar novos conhecimentos em enfermagem para o benefício dos doentes, famílias e comunidades. Abrange todos os aspetos de saúde que são de interesse para a enfermagem, incluindo a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado das pessoas de todas as idades durante a doença e a recuperação ou uma morte pacífica e digna. Os conhecimentos gerados através da investigação em enfermagem são utilizados para desenvolver a prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e maximizar os resultados de saúde e o custo-benefício das intervenções de enfermagem. (ICN, 1998)

A competência da Investigação pode dizer-se que foi atingida com a construção do Diagnóstico de Situação, já que, envolveu pesquisa acerca de metodologias de investigação que orientaram a construção do instrumento de colheita de dados, bem como, o Diagnóstico de Situação. Este, permitiu adquirir competências da EEC na área da formulação e análise de questões mais complexas relacionadas com a prestação de cuidados de enfermagem de forma autónoma, sistemática e crítica. A consecução dos Planos de Intervenção permitiu evidenciar a capacidade para a sua execução, aplicação e avaliação, bem como a competência na área da gestão dos recursos disponíveis, que possibilitaram o sucesso da sua aplicação.

Foi-me sugerido também, o desenvolvimento de um trabalho de pesquisa sobre o tema do Stress do Prestador de Cuidados (Anexo X). Este, revelou-se muito pertinente, já que, é a constatação de uma realidade presente nesta comunidade, em que se verifica a existência de um elevado número de cuidadores informais idosos que têm idosos a seu cargo, logo por si só, encontram-se sujeitos a maiores níveis de stress/exaustão, fazendo todo o sentido explorar esta temática. Como tal, foram elaborados alguns instrumentos de avaliação da sobrecarga do cuidador informal, avaliação da

vulnerabilidade ao stress e formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades, que ficaram arquivados na ECCI/UCC, na certeza porém, de que, serão uma importante ferramenta para avaliação futura de casos de exaustão/ stress do cuidador.

### ✓ **FORMAÇÃO**

A formação é uma das áreas em que o enfermeiro especialista em saúde comunitária deve investir, devendo por isso fazer parte das suas competências nesta área: responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados, elaborando (...) plano anual de atividades, bem como ser capaz de elaborar o relatório das atividades de formação em serviço e ainda colaborar nos projetos de formação realizados no estabelecimento ou serviço (Ministério da Saúde, 1991).

Por forma a colocar em prática a referida competência da EEC e dar visibilidade a todo o trabalho desenvolvido durante o estágio, foi realizada uma formação em serviço onde foram apresentados os resultados obtidos a toda a equipa multidisciplinar da UCC de Campanhã, para que tomassem conhecimento acerca de todo o trabalho desenvolvido até então, mais concretamente acerca do Diagnóstico de Situação de Saúde, dos planos de intervenção implementados nos utentes, a sua posterior avaliação e os ganhos em saúde obtidos.

### ✓ **CONHECIMENTO E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**

Com o aumento progressivo da população idosa e devido à insuficiência e inadequação de respostas às necessidades dos idosos dependentes, e por sua vez, às vantagens a nível da autonomia e da promoção da qualidade de vida e à constatação das potencialidades da família na prestação de cuidados, as políticas de saúde tendem assim cada vez mais a privilegiar o cuidado a este segmento da população no seu ambiente natural, ou seja, no domicílio.

Para tal, torna-se fundamental que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária aprofunde conhecimentos, e aperfeiçoe a sua perícia, sendo capaz de descodificar de forma intuitiva as situações que vão surgindo, assumindo deste modo uma postura especializada relativamente à prestação de cuidados (Benner, 2001).

Assim, no âmbito da especialização, pretende-se que o enfermeiro perceção a comunidade, bem como as suas famílias e indivíduos de forma holística e sabendo adequar a sua intervenção à complexidade das situações com as quais se pode ver deparado, partindo sempre do que é comprovado pela evidência científica.

Os cuidados de enfermagem devem ser desenvolvidos com o objetivo de prevenir a doença e promover a adaptação funcional ao longo de todo o ciclo vital de modo a colmatar as necessidades sentidas e a promover a independência e a autonomia nas AVD's.

Indo de encontro ao supracitado, tive a oportunidade de integrar duas realidades distintas, a ECCL de Campanhã e a UCSP de São Roque da Lameira. A equipa de cuidados continuados tem o objetivo de se dirigir, avaliar e prestar cuidados de saúde no domicílio, aos utentes que não podem deslocar-se ao centro de saúde. As situações mais frequentes pelas quais é solicitado o seu apoio, diz respeito a utentes acamados, com úlceras de pressão, úlceras de perna, sendo que, em alguns casos também se administra terapêutica intramuscular e subcutânea. É evidente a preocupação da equipa de enfermagem em tentarem que os cuidados prestados sejam realizados sempre pelo mesmo profissional, de forma a que este, possa fazer um acompanhamento mais personalizado, percebendo assim a evolução da situação, beneficiando aqui também do tempo de proximidade para estabelecer uma maior relação de proximidade com o utente.

O facto de o enfermeiro se deslocar ao domicílio, permite perceber *in loco*, quais as reais necessidades do utente/ família e saber se já foram mobilizados os recursos necessários para tentar supri-las. Caso não tenham sido realizadas quaisquer diligências neste sentido, o enfermeiro pode sugerir recursos existentes na comunidade e encaminhá-los, se necessário.

Neste contexto, foi possível conhecer de perto a realidade da visita domiciliária, acompanhando a equipa multidisciplinar, mais concretamente de enfermagem, na prestação de cuidados. Estes são maioritariamente prestados ao nível do tratamento de feridas, onde pude constatar que apesar da situação difícil que a economia atual atravessa, ainda há uma enorme variedade de materiais disponíveis para cada tipo de tratamento, o que se torna uma mais valia.

A visita domiciliária oferece assistência, tendo como principal função orientar, educar e fornecer meios para que o indivíduo, neste caso o idoso, a família e a

comunidade tenham acesso às condições necessárias que os levem a atingir a independência. A prestação de grande parte dos cuidados de promoção de saúde desta forma, tem vantagens que incluem: a conveniência para o idoso, o controlo que este tem sobre o ambiente, a capacidade para individualizar os serviços, um ambiente natural de menor tensão para a exposição de preocupações e necessidades e por último, mas de grande importância também, a visualização do contexto de vida do indivíduo/família/comunidade por parte do enfermeiro. (Resende, 2006)

### ✓ **SUPERVISÃO CLÍNICA**

A Supervisão Clínica é entendida como o processo em que uma pessoa experiente e bem informada, orienta o aluno no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática da prática, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação (Alarcão & Tavares, 2003).

A necessidade cada vez mais premente de as práticas serem alvo de reflexão, trouxe uma valorização qualitativa ao ensino da Enfermagem. Formar estudantes reflexivos, que pensem as suas ações, aumenta a médio e longo prazo, a qualidade dos cuidados prestados. Com o aumento da complexidade de cuidados, as exigências serão cada vez maiores e uma supervisão adequada terá, um papel fundamental para o estímulo dessa reflexão (Paiva, 2008).

Sendo também esta uma das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, procurou-se desenvolver esta área ao longo do percurso de estágio, mais concretamente, através da partilha com outros profissionais de saúde, com a enfermeira coordenadora de sugestões, reflexões e experiências que contribuíram para a consciencialização dos cuidados prestados, bem como para o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização. As orientações tutoriais realizadas com o professor orientador e a enfermeira coordenadora foram também um fator de relevo, pois estimularam a reflexão crítica pessoal acerca do percurso desenvolvido até então e acerca dos cuidados e das competências necessárias a adquirir.

Relativamente à colaboração e integração de novos profissionais de enfermagem não houve possibilidade de se concretizar, uma vez que não existiu durante todo o período de estágio integração de novos elementos na equipa.

Com o fim deste curso, espera-se ter adquirido as competências necessárias que possibilitem de futuro desempenhar as funções de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, atendendo a que, o processo de aprendizagem e de desenvolvimento de outras competências deve ser contínuo, procurando constantemente a busca pela prestação de mais e melhores cuidados ao utente/família/comunidade.



## **7. CONCLUSÃO**

Este relatório emerge da necessidade de adequar os conhecimentos teóricos adquiridos e a realidade vivida na prática, procurando enquadrar e dar sentido a esta experiência enriquecedora, tanto a nível pessoal como profissional.

Ao longo do mesmo, foram delineados diversos objetivos para cada módulo, que constituíram um pilar fundamental na aquisição e desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas na área da Saúde Comunitária.

Deve considerar-se como um dos principais papéis do enfermeiro especialista, o de desenvolver continuamente atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças, que podem ser possíveis, através da criação e implementação de planos de promoção e educação para a saúde. A tarefa pode tornar-se muito complexa, na medida em que, muitos dos fatores de risco existem devido a situações comportamentais, que nem sempre são fáceis de alterar, pois não é suficiente fornecer informação, é necessário criar estratégias e modificar hábitos de vida, promovendo assim e motivando os indivíduos à mudança.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, assume aqui um papel decisivo, na medida em que, como agente de educação para a saúde, deve agir no sentido a direcionar a sua intervenção cada vez mais para promoção da saúde e para uma abordagem global do indivíduo, tendo em conta o seu contexto de vida, a família, e a comunidade onde se encontra inserido.

Os contributos advindos desta experiência foram muito positivos, já que, permitiram o contacto com novas experiências e realidades, que conseqüentemente se traduziram em aquisição de conhecimentos, que serão certamente uma importante ferramenta de futuro.

Foram muitos os benefícios retirados da realização do estágio para a aprendizagem pessoal, encontrando-nos nesta fase mais motivados para a importância do desenvolvimento do trabalho em equipa, para a promoção e participação na realização de diagnósticos de saúde, tendo em consideração a uniformização de procedimentos associados à relevância das intervenções autónomas e a promoção do trabalho em parceria com outras instituições da comunidade. A elaboração e utilização de

instrumentos de avaliação adequados para a identificação de riscos potenciais e reais, e posteriormente a análise de resultados obtidos, foi uma das atividades que mais esforço e pesquisa exigiu da nossa parte, na medida em que, não fazia parte do quotidiano até então.

No entanto, à luz do que é preconizado para o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, é um importante utensílio de trabalho, visto que, permite contribuir para a realização de trabalhos de investigação e ao mesmo tempo procura melhorar e evoluir ao nível da prestação de cuidados aos utentes/famílias/comunidades.

O facto de ter sido possível contactar com as pessoas enquadradas no seu meio ambiente, e que portanto, não se encontram em situação de tão grande vulnerabilidade, como acontece por vezes nas situações de hospitalização, faz com que, sintam um maior nível de confiança e de à vontade para formularem questões relacionadas com situações que as preocupam.

Relativamente ao percurso traçado ao longo do terceiro módulo, pode concluir-se que, a sua realização teve um grande impacto ao longo desta formação, uma vez que proporcionou observar e agir sob a perspetiva do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e ao mesmo tempo, perceber o nível de abrangência dos cuidados prestados pelo mesmo, na certeza porém, de que, cada vez mais, faz sentido estar próximo das nossas populações, e neste caso concreto, dos nossos idosos, que são um segmento da população em franco aumento, para o qual faz todo o sentido olhar e direccionar futuras intervenções.

Como mais-valia obtida no percurso traçado ao longo deste módulo, pode salientar-se a importância que foi, conseguir perceber uma realidade vivida no dia-a-dia de forma completamente distinta, ou seja, concluir que, não devem existir obstáculos entre hospitais e cuidados de saúde primários, devendo estes, trabalhar em parceria para um bem comum, a saúde dos indivíduos/famílias/comunidades.

Para finalizar e com o término deste relatório, considera-se que, foram atingidos os objetivos do mesmo. Procurou-se ao longo do mesmo expôr os objetivos, assim como, as atividades desenvolvidas para os concretizar de forma clara e fundamentada. Foi também, realizada a descrição dos contributos de cada Plano de Intervenção. Embora nos tenhamos deparado com algumas dificuldades no decorrer do estágio, os obstáculos foram ultrapassados a pouco e pouco e a realização deste relatório traduz as competências adquiridas na área da Enfermagem de Saúde Comunitária. Só através

de conhecimentos sólidos e fundamentados, podemos atuar de uma forma eficaz e eficiente. A certificação e a qualificação profissional contribuem para que tenhamos a responsabilidade de manter a necessidade de formação de um modo contínuo.

No seu conjunto, o estágio revelou-se uma experiência gratificante tanto em termos pessoais como formativos, e deixa sem dúvida a certeza que é na comunidade que reside a verdadeira essência do cuidado, é nela que se insere o indivíduo, e onde há ainda muito trabalho a desenvolver num futuro próximo.



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, S. (2012). (s.d.). *Visitação Domiciliária*. Ordem dos Enfermeiros.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. 2ª Edição. Coimbra: Almedina.
- Banning, M. (2007). *Medication management and the older person. In care of older people*. Oxford Blackwell Publishing Ltd.
- Bastos, F. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2 : Participação das esposas no plano educacional*. Porto: Universidade do Porto. Reitoria.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Lisboa: Editora Quarteto
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados familiares a idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A., & Sacadura, M. J. (2012). *O envelhecimento da população: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Ciências Humanas.
- Devi, J., & Almazán, I. (2002). Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo com demência. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*.
- Diário da República. (2008). Artigo 11º do Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro.
- Diário da República. (2011). *Census 2011. Regulamento n.º128/2011 de 18 de Fevereiro (2011) das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*.
- Fanhani, H., Takemura, O., Cuman, R., Seixas, F., & Andrade, O. (2007). *Consumo de medicamentos por idosos atendidos em um centro de convivência no noroeste do Paraná*. Rio de Janeiro - Brasil: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. França: Décarie Editeur.
- Fundação Porto Social. (2009). *Porto Solidário - Diagnóstico Social do Porto*. Porto: Fundação Porto Social.

- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M. A., Leitão, O., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa na tradução da “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 9-10.
- Henriques, M. A. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade*.
- ICN, I. C. (2002). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem - versão beta 2*. Genebra: 1ª edição
- ICN. (1998). *Classificação para a prática de enfermagem - Practical Guide for Nursing Research*: Edited by W.L. Holzemer. Genebra
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Edições de Saúde, obras avulsas.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: 3ª edição - Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *www.ine.pt*. Obtido de *www.ine.pt*
- International Council of Nurses. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Genebra (Suíça): International Council of Nurses.
- Konkle e Parker. (2001). *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners - Volume 13*.
- Lage, I. (2005). *Cuidados Familiares a Idosos*. In C. Paúl & A. Fonseca (orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lima, M. L., & Delgado, A. B. (2001). *Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos*. Lisboa: Departamento de Psicologia Social e das Organizações, ISCTE.
- Matos, R. E., Soares, E., Castro, M. E., Fialho, A. V., & Caetano, J. Á. (2009). *Dificuldades de Comunicação Verbal de Cliente Laringectomizado - Revista de Enfermagem UERJ*.
- Melchior, A., & Fernandez-Llimós, F. (2007). *Instrumentos específicos: Índice de complexidade medicamentosa*. Brasil: Cadernos da Saúde Pública.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão de Qualidade na Saúde - Princípios Básicos. 1ª Edição*. Brasil, Tamboré: Editora Manole Lda.

- Ministério da Saúde . (2008). Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, artigo 11º. Diário da República, I Série.
- Ministério da Saúde - Decreto-Lei nº 101/2006. (6 de 6 de 2006). Noção de dependência. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (1991). Carreira de Enfermagem. *Decreto de Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro de 1991*.
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). *Código Deontológico para Enfermeiros; Decreto-Lei n.º 104/98; artigo 80.º*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária*.
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Relatório 2003*. Genebra, Suíça: World Health Organization Publications.
- Paiva, L. A. (2008). *Supervisão do ensino clínico em enfermagem: o stress dos tutores e a influência no apoio percebido pelos estudantes*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro.
- Palma, C. M. (2012). O enfermeiro como gestor do regime medicamentoso do idoso. Beja: Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde de Beja.
- Pereira, M. G., & Silva, N. S. (1999). Escala de atitudes face aos medicamentos (347-351). Avaliação Psicológica: Formas e Contexto.
- Resende, M. (2006). *Cuidados Domiciliários, Uma Modalidade de Intervenção*. Nursing.
- Rezende, V., & al., e. (2005). Revisão Crítica de Instrumentos Utilizados para Avaliar aspectos Emocionais, Físicos e Sociais de Cuidador de Pacientes com Cancro na Fase Terminal da Doença. *Revista Brasileira de Cancerologia*.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Tanner, E. K. (2004). *Chronic illness demands for self-management in older adults*. . Geriatric Nursing.
- Tavares, A. B. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde (Caderno de Formação). Lisboa: Ministério da Saúde - Direcção dos Recursos Humanos.
- Wray, J., & Dobbels, F. (2009). *Nonadherence Consensus Conference Summary*. Tampa, Florida, E.U.A.: Wiley Periodical Inc.





## **ANEXO I - Projeto de Estágio**



**CATÓLICA**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE -**  
**CAMPANHÃ**

**PROJETO DE ESTÁGIO**

**Porto, 16 de Maio de 2014**

**Aluna:**  
**Helena Isabel Sousa Araújo**  
**Nº360505096**



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

### **ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA PROJETO DE ESTÁGIO**

## **Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanhã – Saúde do Idoso**

**Aluna:**

Helena Isabel Sousa Araújo

**Professor Orientador:**

Armando Almeida

**Enfermeira Tutora:**

Vitória Leal

**ABREVIATURAS:**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System

EEC – Especialização em Enfermagem Comunitária

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

**ÍNDICE:**

0. INTRODUÇÃO .....	6
1. ENQUADRAMENTO .....	7, 8
2. OBJETIVOS DO PLANO DE ESTUDOS .....	8
2.1 Objetivos Gerais .....	9
2.2 Objetivos Específicos .....	9, 10
3. OBJETIVOS PESSOAIS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER/ CRONOGRAMA .....	11 a 17
4. INDICADORES .....	18
4.1 Indicadores de Processo .....	19
4.2 Indicadores de Resultado .....	19
5. CONCLUSÃO .....	20
BIBLIOGRAFIA .....	21

## **0. INTRODUÇÃO**

A unidade curricular Estágio encontra-se integrada no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária, a qual será desenvolvida sob orientação do Enfermeiro Armando Almeida e da Enfermeira Vitória Leal.

Para a realização do mesmo, foi-me proposta a consecução do projeto de estágio, de modo a orientar o meu percurso. Assim sendo, o presente projeto encontrar-se-á sujeito a alterações, mediante as necessidades que forem surgindo ao longo do desenrolar da unidade curricular.

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

Do ponto de vista organizacional, o Estágio será tripartido (módulos I, II, III), e irá desenrolar-se ao longo de 540 horas de contacto, correspondendo a 30 ECTS. Será realizado de forma sequencial, permitindo-me enquanto enfermeira, adquirir, comunicar e integrar conhecimentos na área da especialidade de Enfermagem Comunitária, alcançando assim a formação como Enfermeira Especialista.

Com a realização deste projeto de estágio, pretende-se planear e estruturar o caminho a percorrer, sendo de particular importância, definir os objetivos a atingir, bem como, as actividades/estratégias para a sua consecução.

É espectável que se desenvolvam competências a nível instrumental, interpessoal, profissional e sistémico, que permitam atuar num contexto de proximidade com o Indivíduo, Família e Comunidade envolvente.

## I. ENQUADRAMENTO

O estágio será realizado na UCC de Campanhã, integrada no ACES Porto-Oriental, que é uma Unidade de Saúde protocolada com o ICS – UCP, ficando a orientação do mesmo, a cargo da Enfermeira Vitória Leal, Especialista em Enfermagem Comunitária.

No Módulo I, espera-se que sejamos capazes de elaborar um Diagnóstico de Saúde, por sua vez, no Módulo II, iremos procurar dar resposta às necessidades encontradas na comunidade, através de um Projeto de Intervenção. O Módulo III é de carácter opcional e será desenvolvido de acordo com o Projeto Profissional. O estágio irá decorrer entre 28 de Abril de 2014 e 21 de Janeiro de 2015.

Mediante a perceção das necessidades detetadas na comunidade pela UCC de Campanhã, iremos intervir na área da Saúde do Idoso, sendo que o foco da nossa atenção será a gestão do regime terapêutico.

Segundo o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro Artigo 11.º a Unidade de Cuidados na Comunidade “...*presta cuidados de saúde (...) de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.*”, Assim sendo, pode afirmar-se que, os enfermeiros especialistas em Saúde Comunitária são por excelência, os profissionais de saúde melhor colocados para promover a saúde e prevenir a doença num contexto de proximidade com a comunidade, procurando constantemente a obtenção de ganhos em saúde.

Conhecer o ser humano como um todo, um ser único e holístico, com todas as suas limitações, permite-nos enquanto enfermeiros, perceber quais os problemas com que o idoso se depara ao longo do seu processo vital. Neste contexto, é de suma importância observar, escutar e discutir com estas pessoas, o tipo de cuidados de enfermagem necessários, para que estes possam adquirir hábitos de vida saudáveis, aderir e gerir o regime terapêutico de forma eficaz, maximizar a sua autonomia e bem-estar, evitar o isolamento social e a solidão, adquirir atitudes que visem a sua integração na sociedade ou manutenção da mesma e reconhecer a saúde como fator preditivo de um envelhecimento positivo. (ESEP, 2011)

Segundo a CIPE®, (2006)

Gestão do Regime Terapêutico é um tipo de Comportamento de Adesão com as seguintes características específicas: executar as actividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrarem actividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária.

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

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

Com o objetivo de fazer face à crescente complexidade dos problemas de saúde, a Ordem dos Enfermeiros determina como competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária:

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

Com base nas competências acima referidas, foram delineados os seguintes objetivos gerais e específicos:

## **2.1 OBJETIVOS GERAIS:**

Os objetivos gerais inerentes ao Plano de Estudos são:

- ✓ Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária;
- ✓ Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- ✓ Ser capaz de comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

## **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ✓ Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada;
- ✓ Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
- ✓ Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- ✓ Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- ✓ Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparo;
- ✓ Comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- ✓ Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
- ✓ Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEC;

- ✓ Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
- ✓ Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
- ✓ Refletir na e sobre prática, de forma crítica;
- ✓ Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
- ✓ Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEC;
- ✓ Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- ✓ Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas pessoais;
- ✓ Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente/ família/ comunidade e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- ✓ Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- ✓ Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEC;
- ✓ Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEC;
- ✓ Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- ✓ Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da área da EEC, assim como outras evidências;
- ✓ Participar e promover a investigação em serviço na área da EEC;
- ✓ Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEC;
- ✓ Zelar pelos cuidados prestados na área de EEC;
- ✓ Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- ✓ Realizar a gestão dos cuidados na área da EEC;
- ✓ Identificar as necessidades formativas na área da EEC;
- ✓ Promover a formação em serviço na área de EEC;
- ✓ Colaborar na integração de novos profissionais.

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

As equipas de saúde assumem um papel ativo na gestão dos determinantes da saúde da comunidade, contribuindo por isso para a obtenção de ganhos em saúde.

A evolução da esperança média de vida constitui, pois, uma grande conquista no que diz respeito a ganhos em saúde, conduzindo a um significativo aumento da população na sociedade. As gerações mais velhas, ao viverem mais anos, estão sujeitas à ocorrência de situações incapacitantes relacionadas com o envelhecimento biológico e/ou associadas a problemas decorrentes de doenças crónicas. (ESEP, 2011)

Como consequência das rápidas alterações demográficas, a problemática do envelhecimento, associada ao aumento do número de idosos na nossa sociedade, bem como o consequente aumento do número de idosos que vivem sozinhos devido à redução dos agregados familiares e à restrição das redes sociais, tem vindo a revelar-se uma área de grande preocupação e sobre a qual se torna urgente intervir, de forma a proporcionar aos idosos uma condição de vida digna, assim como, torná-los um bem para a sociedade onde se encontram inseridos.

A gestão do regime terapêutico assume uma grande importância nos nossos dias, representando uma enorme preocupação para as políticas de saúde. O envelhecimento progressivo da população traduz-se num aumento exponencial dos gastos com a saúde. Não se pode falar em gestão, sem falar em adesão ao regime terapêutico, sendo estes, dois focos de atenção que se encontram intimamente ligados.

No âmbito da gestão do regime terapêutico, os ganhos em saúde resultam do contributo de todos os profissionais envolvidos, em que cada um deve dar o seu contributo particular. Todos os profissionais de saúde, deverão dispor de formação e treino, que lhes permitam, cada um na sua área definir e implementar intervenções para melhorar/aumentar a gestão ao regime terapêutico. (Pinto, 2012)

Atendendo ao foco de atenção, Gestão do Regime Terapêutico, e depois de enumerados os objetivos do Plano de Estudos, foram elaborados os seguintes objetivos pessoais para os Módulos I e II.

<b>Módulo I</b>		
<b>Objetivo Geral:</b> ✚ Planear/elaborar um Diagnóstico de Saúde da comunidade da UCC de Campanhã no foco gestão de regime terapêutico.		
<b>Objetivos Específicos/ Competências</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Cronograma</b>
Caraterizar a comunidade da UCC de Campanhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delimitar a população em estudo;</li> <li>- Conhecer limites, área, estrutura física e organizacional;</li> <li>- Contactar os líderes da comunidade;</li> <li>- Conhecer os elementos constituintes da comunidade;</li> <li>- Contactar organizações, associações, e grupos importantes para a comunidade.</li> </ul>	De 29 de Abril a 28 de Junho de 2014
Identificar os problemas existentes na comunidade pertencente à UCC de Campanhã, relativamente ao foco de atenção gestão do regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seleção das fontes de dados;</li> <li>- Elaboração de um instrumento de colheita de dados;</li> <li>- Validação do pré-teste;</li> <li>- Colheita de dados no âmbito da saúde do idoso;</li> <li>- Tratamento e análise dos dados colhidos;</li> <li>- Elaboração de relatório conclusivo;</li> <li>- Apresentação dos resultados à equipa de saúde.</li> </ul>	De 29 de Abril a 28 de Junho de 2014
Identificar os recursos existentes, disponíveis e potenciais da comunidade idosa pertencente à UCC de Campanhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar as funções e executar por cada elemento da comunidade;</li> <li>- Conhecer o material e equipamento disponível e grau de funcionalidade;</li> <li>- Determinar o tempo de que dispomos.</li> </ul>	De 29 de Abril a 28 de Junho de 2014

<b>Módulo II</b>		
<b>Objetivo Geral:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Planear um Projeto de Intervenção a implementar na comunidade pertencente à UCC de Campanhã no foco gestão do regime terapêutico;</li> <li>✚ Avaliar o Projeto de Intervenção implementado na comunidade pertencente à UCC de Campanhã no foco gestão do regime terapêutico.</li> </ul>		
<b>Objetivos Específicos/ Competências</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Cronograma</b>
Definir prioridades de intervenção dentro do foco gestão do regime terapêutico	Avaliar a dimensão de cada uma das áreas prioritárias na gestão do regime terapêutico; Aplicar critérios de seleção.	De 15 a 19 de Setembro de 2014
Identificar objetivos a alcançar com a implementação do Projeto de Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar a tendência da evolução natural do problema identificado;</li> <li>- Identificar as alterações que se pretendem implementar;</li> <li>- Traduzir os objetivos em objetivos operacionais realizáveis e mensuráveis;</li> <li>- Explicitar os objetivos em termos de espaço, tempo e destinatários.</li> </ul>	De 15 a 30 de Setembro de 2014
Elaborar estratégias que permitam alcançar os objetivos fixados e infletir a tendência da evolução natural do problema identificado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecer critérios de conceção das estratégias;</li> <li>- Esboçar estratégias potenciais (contemplar os fatores que influenciam a gestão do regime terapêutico);</li> <li>- Selecionar as estratégias que eventualmente melhor se apliquem, tendo em conta os objetivos fixados e os recursos disponíveis;</li> </ul>	De 15 a 30 de Setembro de 2014

	- Descrever detalhadamente as estratégias escolhidas;	
Selecionar os Indicadores de Processo e de Resultado mais adequados ao problema identificado como prioritário	- Identificar as relações entre situações específicas (resultados esperados) e população em risco; - Elaborar Indicadores de acordo com os objetivos fixados.	De 1 a 30 de Outubro de 2014
Prever os recursos necessários à implementação do Projeto de Intervenção	- Identificar os recursos disponíveis; - Identificar as fontes de financiamento.	De 1 a 30 de Outubro de 2014
Preparar e implementar o Projeto de Intervenção	- Especificar as atividades a desenvolver; - Mostrar inter-relação entre as atividades; - Visualizar entraves na execução das atividades; - Evitar sobreposição de atividades; - Identificar possíveis obstáculos à implementação do Projeto de Intervenção; - Elaborar o cronograma do Projeto.	De 1 a 30 de Outubro de 2014
Avaliar a efetividade do Projeto de Intervenção de acordo com os fatores que influenciam a gestão do regime terapêutico (fatores sociais, económicos e culturais)	- Verificar a relação entre os objetivos propostos e os resultados obtidos; - Determinar se o Projeto proposto vai de encontro às necessidades da comunidade; - Verificar as alterações no comportamento da comunidade, sujeita à implementação do Projeto de Intervenção.	De 15 de Setembro a 30 Outubro de 2014
Construir Indicadores de Saúde tendo por base a gestão do regime terapêutico	- Formular indicadores de processo relacionados com o regime terapêutico, com vista à monitorização da prestação de serviços/cuidados; - Formular indicadores de resultado	De 1 a 30 de Outubro de 2014

	relacionados com o regime terapêutico, a fim de monitorizar o estado de saúde da população abrangida pelo Projeto de Intervenção.	
Desenvolver competências relacionais e de comunicação com os utentes abrangidos pelo Projeto de Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicar de forma assertiva com os utentes;</li> <li>- Promover o estabelecimento de uma relação de empatia, confiança e parceria,</li> <li>- Comunicar com o utente de forma apropriada, tendo em conta o seu grau de literacia, cultura, crenças e contexto social.</li> </ul>	De 15 de Setembro a 8 de Novembro de 2014
Promover mudanças comportamentais sempre que esteja em causa a saúde/segurança dos utentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fazer a distinção do regime terapêutico dos casais de idosos que vivem sozinhos (idosos que cuidam de idosos);</li> <li>- Informar sobre a problemática das doenças crónicas;</li> <li>- Incentivar a comunicação expressiva das emoções, dúvidas e receios;</li> <li>- Adequar a linguagem à faixa etária e grau de literacia da população em estudo.</li> </ul>	De 15 de Setembro a 8 de Novembro de 2014
Aprofundar conhecimentos acerca dos determinantes que influenciam a gestão do regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de visitas domiciliárias;</li> <li>- Respeito pelas crenças e cultura dos utentes;</li> <li>- Realização de entrevistas guiadas;</li> <li>- Tratamento e análise dos dados obtidos;</li> <li>- Comunicação dos mesmos à equipa de saúde;</li> <li>- Promoção de uma eficaz gestão do regime terapêutico através da prática baseada na evidência.</li> </ul>	De 15 de Setembro a 15 de Outubro de 2014
Aumentar o número de utentes que faz uma gestão eficaz do regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitação dos utentes para os benefícios de uma eficaz gestão do regime terapêutico;</li> <li>- Ensinar e instruir a autogestão do regime terapêutico;</li> <li>- Supervisionar a gestão do regime terapêutico.</li> </ul>	De 15 de Setembro a 8 de Novembro de 2014

Ensinar e instruir a população alvo para a necessidade de ajustar o rendimento económico ao regime terapêutico instituído	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dar a conhecer a possibilidade de negociação relativamente ao acesso a recursos menos dispendiosos (terapêutica e equipamentos);</li><li>- Alertar para o risco de sobreposição de medicação.</li></ul>	De 20 a 30 de Setembro de 2014
Contribuir para o desenvolvimento de outros profissionais a nível pessoal e profissional	<ul style="list-style-type: none"><li>- Participação e implementação de projetos;</li><li>- Elaboração de documentos de apoio no âmbito da gestão do regime terapêutico;</li><li>- Elaboração de um diagnóstico de saúde.</li></ul>	De 29 de Abril a 8 de Novembro de 2014

#### **4. INDICADORES**

Os Indicadores representam um pilar fundamental na avaliação de um Projeto de Intervenção. Através deles, é possível obter ganhos em saúde decorrentes das atividades desenvolvidas.

Sem uma disciplina de medição e avaliação, suficientemente rigorosas, os Projetos de Intervenção, não produzem qualquer efeito de mudança na realidade.

Os Indicadores devem representar o melhor compromisso possível em termos de utilidade, acessibilidade, ética, robustez, representatividade e facilidade de compreensão.

Não é possível portanto, avaliar um Projeto sem a elaboração cuidada de indicadores, ou seja, um Projeto de Saúde só é realizável se for possível medir a relação entre os objetivos fixados e os resultados obtidos.

Assim sendo, os Ganhos em Saúde expressam a melhoria dos resultados e traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, diminuição da incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Por sua vez, os Ganhos Potenciais em Saúde são os que resultam da capacidade de intervenção sobre causas evitáveis, controláveis ou resolúveis.

#### **4.1 INDICADORES DE PROCESSO:**

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

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

#### **4.2 INDICADORES DE RESULTADO:**

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

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

## 5. CONCLUSÃO:

Em suma, posso afirmar que, inicialmente senti algumas dificuldades na construção do Projeto de Estágio, mas, ao mesmo tempo consciente de que, a sua elaboração contribuiu para a minha reflexão pessoal.

Penso ter atingido a totalidade dos objetivos a que inicialmente me propus. O presente Projeto teve como finalidade definir os objetivos a alcançar, bem como, as atividades a desenvolver no decorrer do Estágio, o que me permitiu organizar e estruturar o trajeto a seguir.

Este é o início de um caminho, que naturalmente irá sofrer alterações e aperfeiçoamentos, resultado do desenvolvimento e consolidação dos conhecimentos e competências adquiridos,

Sendo esta, uma etapa da minha formação profissional e pessoal, encaro-a com expectativa e na certeza porém, de que será um percurso trabalhoso, mas ao mesmo tempo, com muitos frutos a colher.

*“Ninguém é tão grande que não possa aprender,  
Nem tão pequeno que não possa ensinar.”*

**- Albert Einstein -**

**BIBLIOGRAFIA:**

**COMUNITÁRIA, Colégio da Especialidade de Enfermagem.** 2010. *Regulamento das Competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.* Ordem dos Enfermeiros, 2010.

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

**DURÁN, Hernán.** 2005. – *Planeamento da Saúde: Aspetos Concetuais e Operativos.* Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Lisboa, *Guide – Artes Gráficas,* Lda

**ESEP, Escola Superior de Enfermagem do Porto.** 2011. *Saúde e Qualidade de Vida: uma meta a atingir.* Porto : s.n., 2011.

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

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

**ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009.;** *Caderno Temático, MDP – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SCIECE);* 2009

**PINTO, Ana Paula Parreira Palmeirinha.** 2012. *Viver com Hipertensão Arterial e Adesão ao Regime Terapêutico.* Beja - Escola Superior de Saúde de Beja : s.n., 2012.

**QUARESMA; Maria de Lurdes, 2006.** - *Interrogar a Dependência. O Sentido das Idades da Vida: interrogar a solidão e a dependência.* Lisboa: Cesdet, 2006.

**TAVARES, António, 1992.** *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde;* Ministério da Saúde; 1992

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

## **ANEXO II - Diagnóstico de Situação de Saúde**



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO:**

### **UCC DE CAMPANHÃ**

Alunos:

Ana Luísa Sousa Araújo

Helena Isabel Sousa Araújo

Ricardo Augusto Ramos Maia

Professor Orientador: Armando Almeida

Enfermeira Tutora: Vitória Leal

Porto, Março de 2015





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO:**

### **UCC DE CAMPANHÃ**

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

Alunos:

Ana Luísa Sousa Araújo

Helena Isabel Sousa Araújo

Ricardo Augusto Ramos Maia

Professor Orientador: Armando Almeida

Enfermeira Tutora: Vitória Leal

Porto, Março de 2015



## ÍNDICE

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

9. CONCLUSÃO .....	69
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	71
ANEXO I - ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS .....	76
ANEXO II – Formulário (ANEXO III DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO) .....	80

## ÍNDICE DE FIGURAS

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

## ÍNDICE DE QUADROS

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

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

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

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

**SIGLAS:**

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



## 1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

O presente Diagnóstico de Situação define como objetivos específicos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. ÁREA PROGRAMÁTICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.2. O envelhecimento populacional e a dependência

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

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

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

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

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

### 2.3. Polimedicação nos idosos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

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

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

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

#### 3.1. Objetivo Geral

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

#### 3.2. Objetivos Específicos

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

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

## 4. CARATERIZAÇÃO DA COMUNIDADE

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

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

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



Figura 1 - Mapa do concelho do Porto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: ACSS 2010, Censos 2011 e CAOP 2012

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

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

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

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

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

Fonte: ACSS/2010 e INE (Censos 2011)

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

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

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

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

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

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

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

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

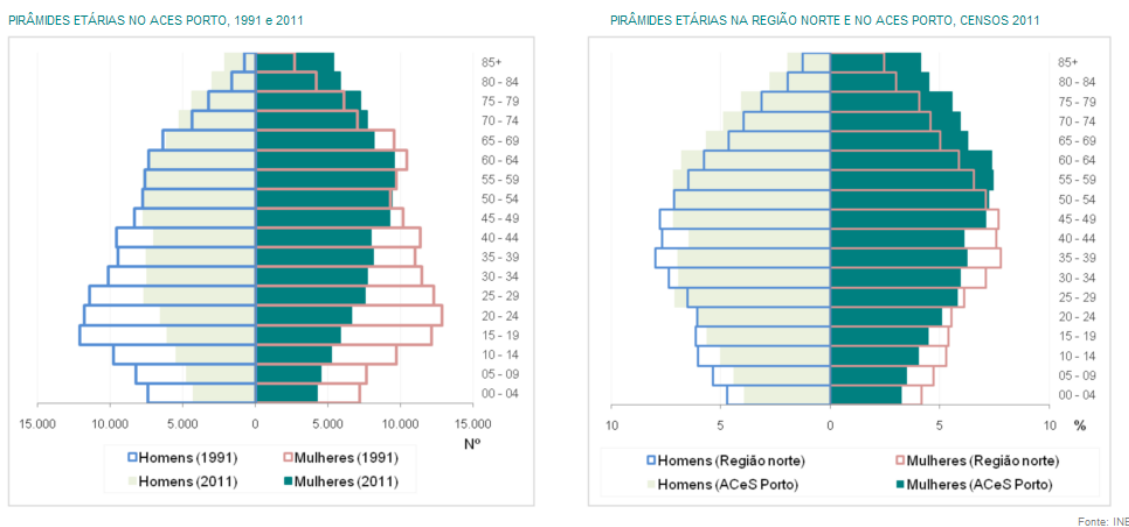


Figura 2 - Pirâmide Etária da população residente no ACES Porto Oriental e Região Norte, 2012

Fonte: Perfis /ARSN/2011

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

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



## 5. MORBILIDADE

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

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

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

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

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

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



## 6. PLANEAMENTO DO ESTÁGIO

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

### 6.1. Seleção das Variáveis

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

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

Destacam-se 6 grupos de variáveis:

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

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

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

## 6.2. Caracterização da Amostra

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 6.3. Seleção de Fontes de Informação

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

### 6.4 Elaboração do Instrumento de Colheita de Dados

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 6.4.1 Instrumentos de mensuração utilizados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O Índice de Complexidade Medicamentosa tem por base:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 6.5. Aplicação do Pré-Teste

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 6.7. Previsão dos Recursos

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

Seguidamente será então apresentada a previsão de recursos efetuada:

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

### 6.8. Considerações Éticas

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

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

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

### 6.9. Procedimento de Colheita de Dados

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

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

#### 6.10. Tratamento Estatístico

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

## 7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

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

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

### 7.1. Caracterização da Amostra

#### 7.1.1. Análise descritiva das variáveis

##### **Idade e Género:**

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

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

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

Gráfico 1 - Distribuição amostral por género

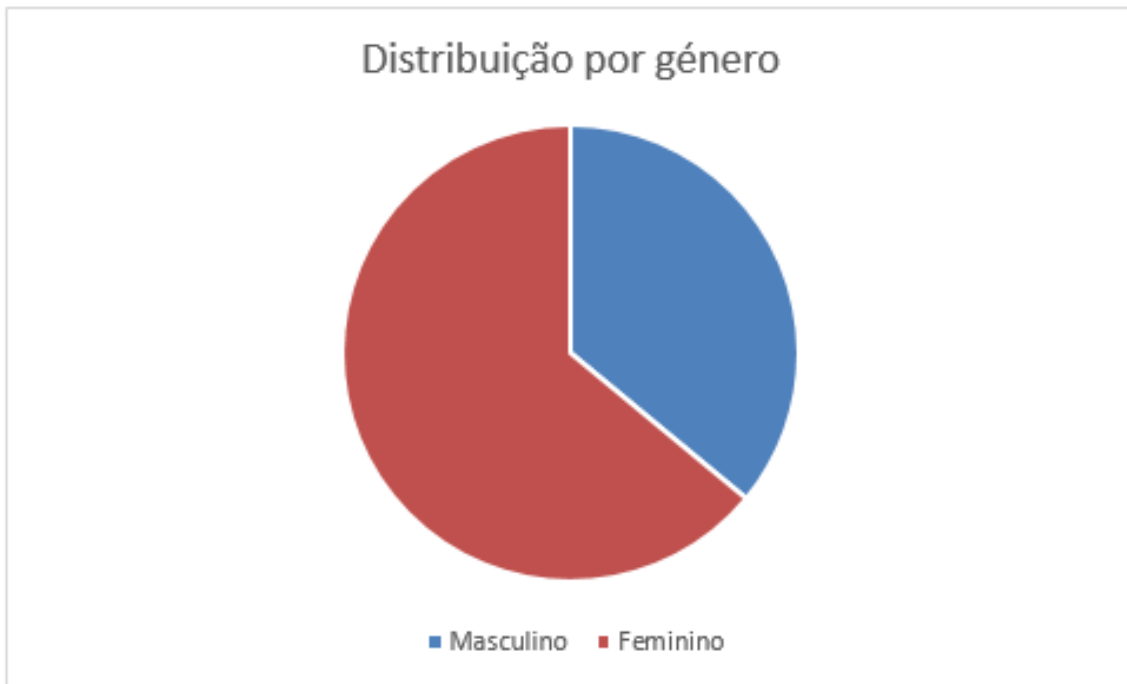
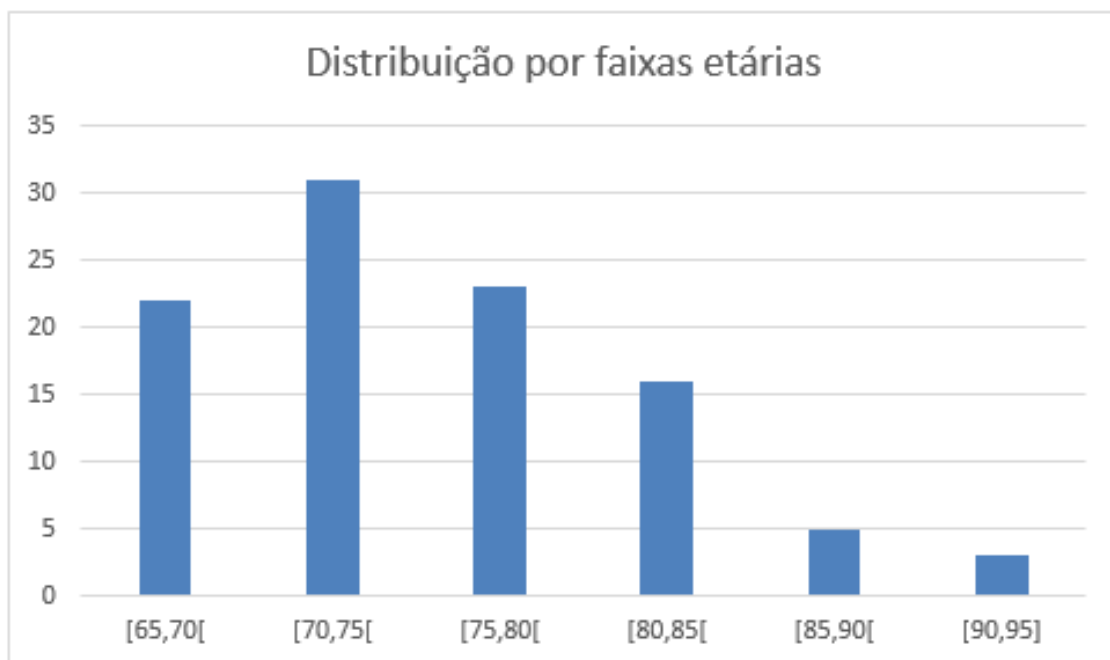


Gráfico 2 - Distribuição amostral por género



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

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

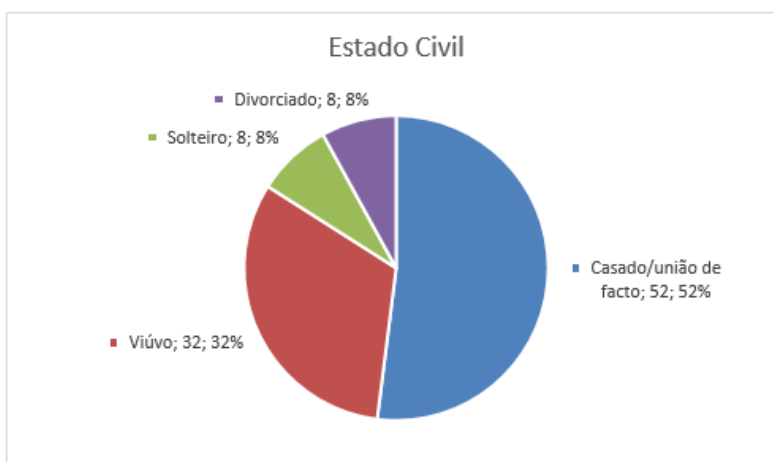
Os resultados referentes ao Estado Civil indicam que 52% dos inquiridos são casados ou vivem em união de facto, 32% são viúvos, ainda com 8% foram encontrados idosos solteiros e igualmente com 8% idosos divorciados (quadro 8). Não se observa uma diferença significativa na distribuição por género dos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

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

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

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

Gráfico 3 - Distribuição amostral por estado civil



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

**Quadro 9: Vive com**

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

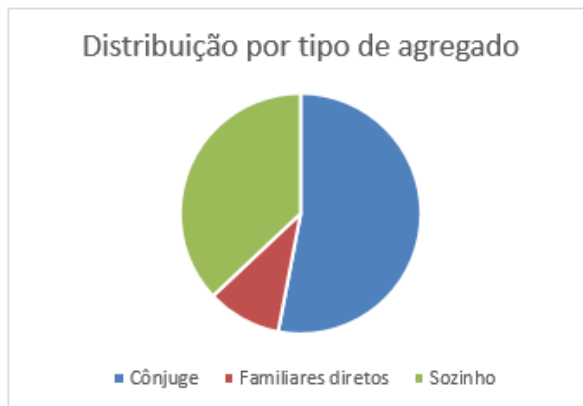
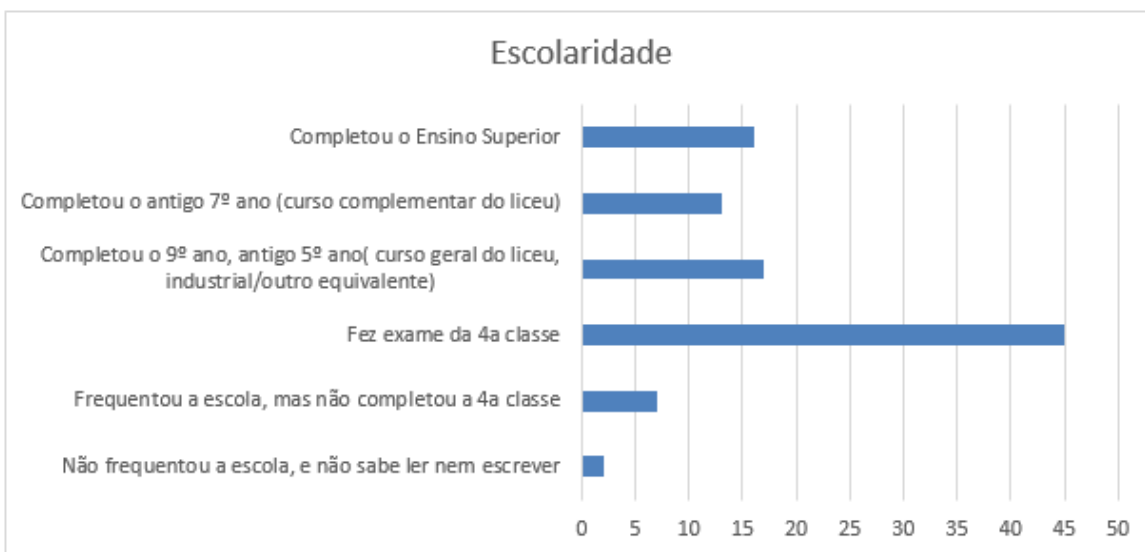


Gráfico 4- Distribuição por tipo de agregado

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

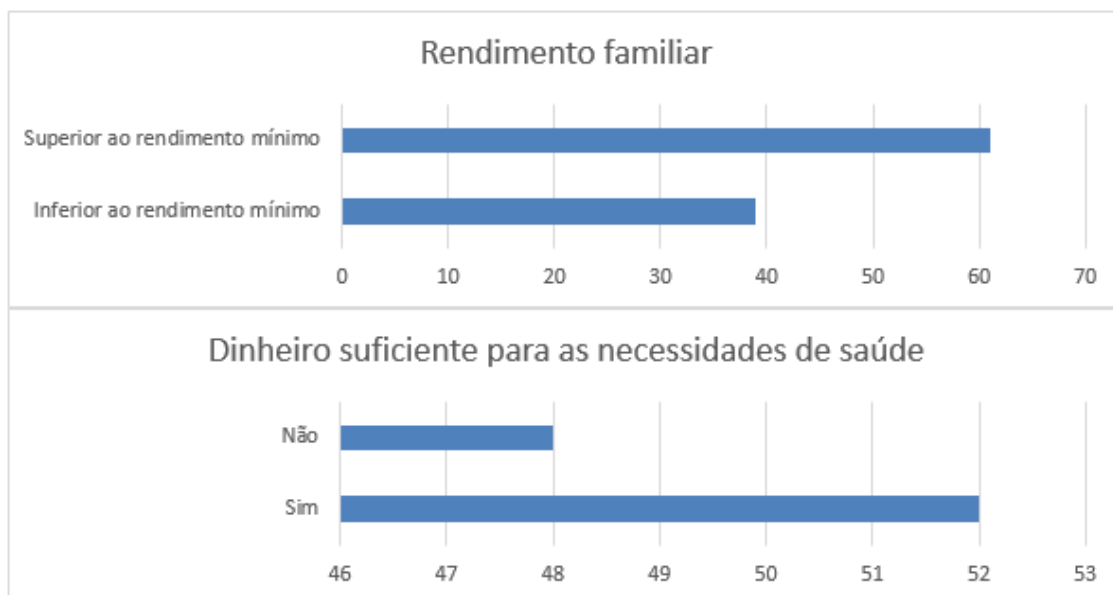
Gráfico 5 - Escolaridade dos indivíduos inquiridos



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

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

Gráfico 6 - Capacidade financeira de suprir os custos de saúde



**Nº de Fármacos:**

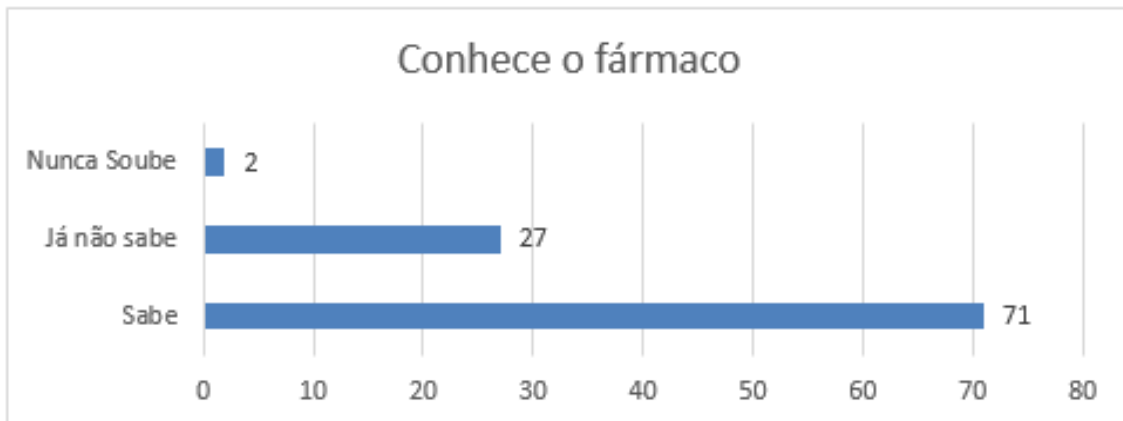
Quanto ao número de fármacos o valor mínimo encontrado foi de apenas 1 e o número máximo foi de 14 fármacos. A média de fármacos encontrada foi de  $5,7 \pm 2,8$ .

**Nº de prescritores:**

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

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

Gráfico 7- Conhece o fármaco



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

Gráfico 8- Existência de Suporte escrito



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

Gráfico 9- Quem prepara a medicação

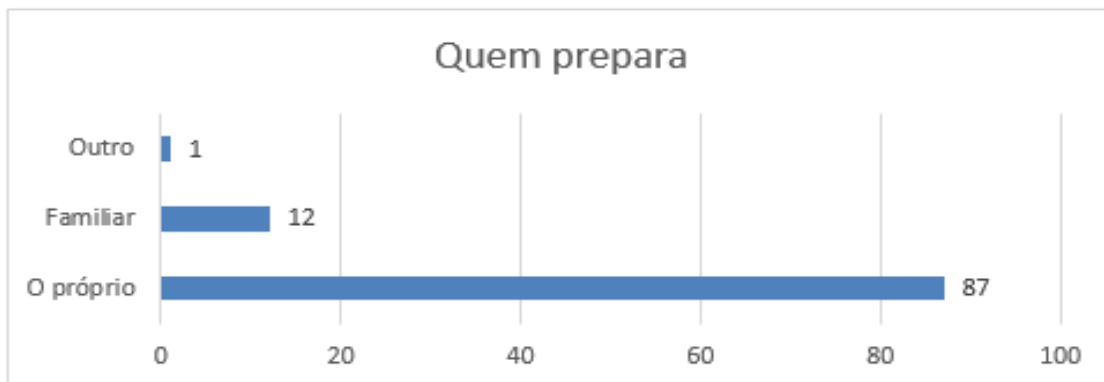
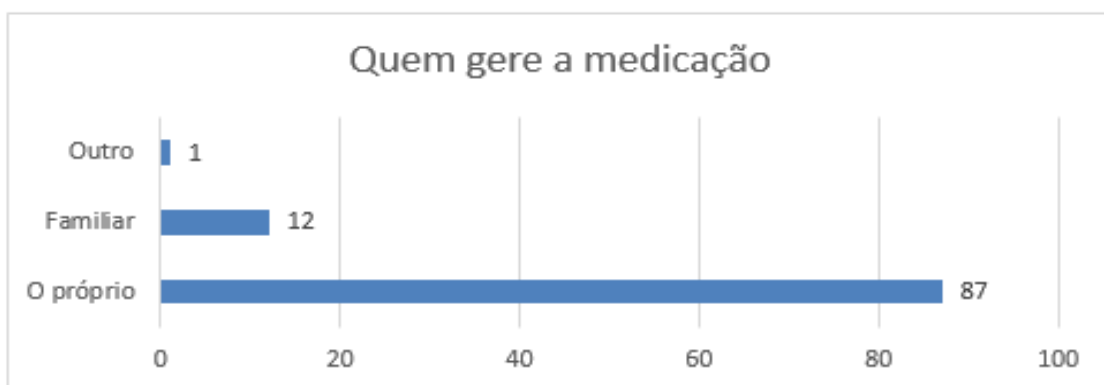


Gráfico 10- Quem gere a medicação



### Índice de Complexidade de Fármacos:

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

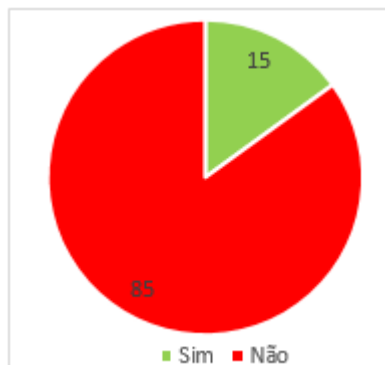
No que respeita à Dificuldade em abrir/fechar as embalagens, os valores encontrados revelam que apenas 10% da amostra sente dificuldades, enquanto os restantes 90% afirmam não possuir qualquer dificuldade.

Gráfico 11 - Dificuldade em abrir/fechar embalagem



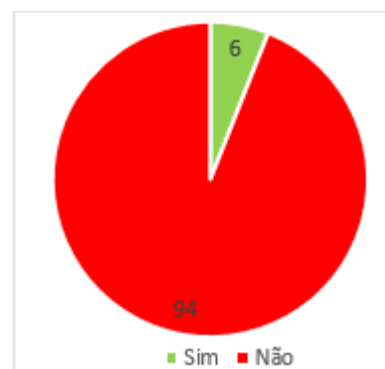
No que toca à Dificuldade em ler o que está escrito nas embalagens, 15% dos inquiridos revelam ter dificuldade e os restantes 85% dizem não ter qualquer dificuldade.

Gráfico 12 - Dificuldade em ler as embalagens



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

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



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

Gráfico 14 - Dificuldade em tomar o fármaco

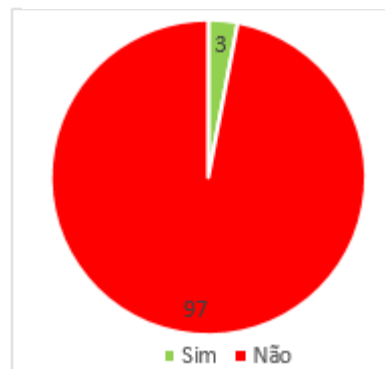


Gráfico 15 - Dificuldade em renovar a medicação a tempo

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



Gráfico 16 - Dificuldade em ir à farmácia

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

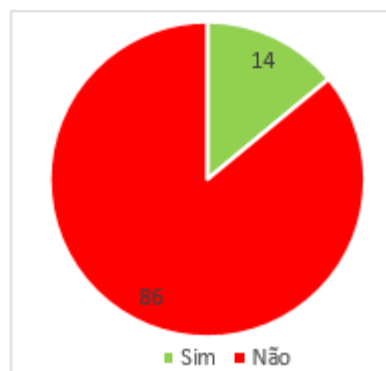
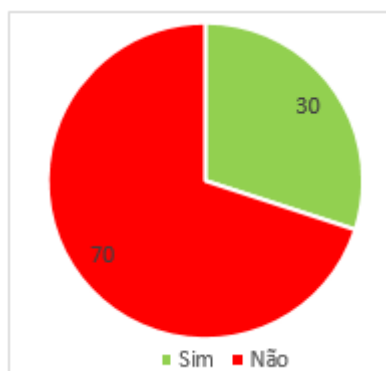


Gráfico 17 - Dificuldade em ter dinheiro para comprar a medicação

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



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

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



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

Gráfico 19 - Dificuldade em organizar tomas fora de casa



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

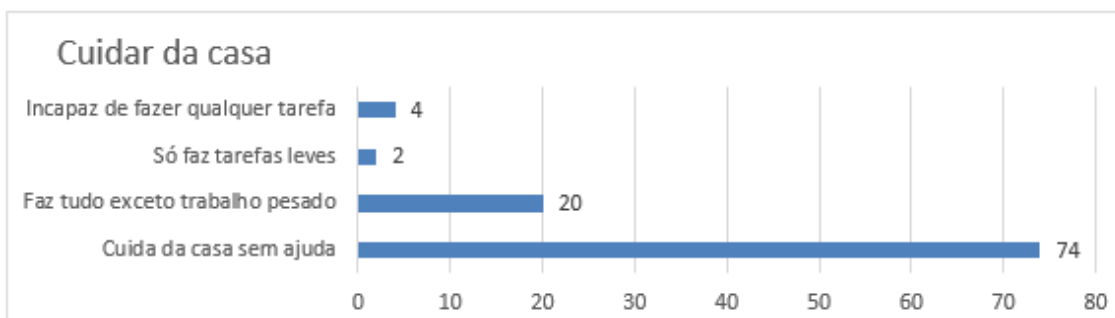
Ao avaliar As Crenças Acerca dos Medicamentos, o valor mínimo obtido foi de 16 pontos, enquanto o valor de 41 pontos foi obtido como pontuação máxima. A média situa-se nos  $27,9 \pm 5,6$  e o valor que mais vezes se repetiu foi de 30 pontos.

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

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

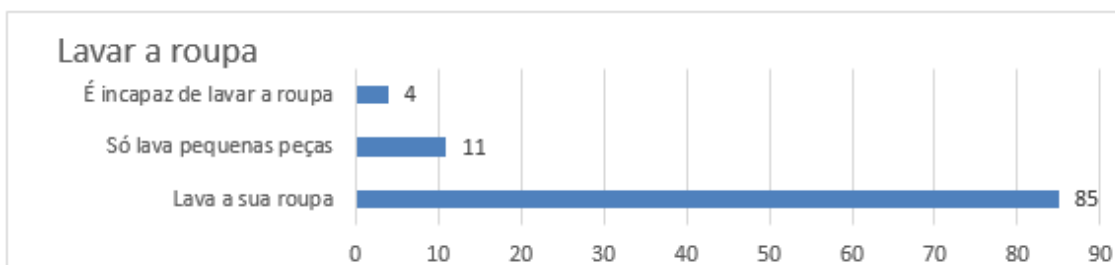
Ao avaliar a Capacidade funcional da amostra, para a variável cuidar da casa, verifica-se que 74% cuida da casa sem ajuda, 20% da amostra faz tudo exceto trabalho pesado e apenas 2% só realizam tarefas leves. Os restantes 4% da amostra revelam incapacidade de fazer qualquer tarefa.

Gráfico 20 - Capacidade funcional para cuidar da casa



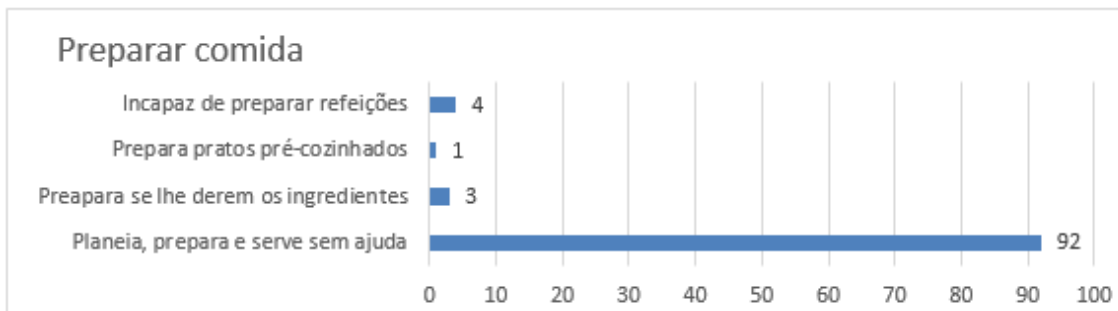
No que toca à variável Lavar a roupa, 85% refere ser responsável por esta tarefa, enquanto 11% admite lavar apenas pequenas peças, ao passo que, 4% da amostra refere ser incapaz de lavar a roupa.

Gráfico 21 - Capacidade funcional para lavar a roupa



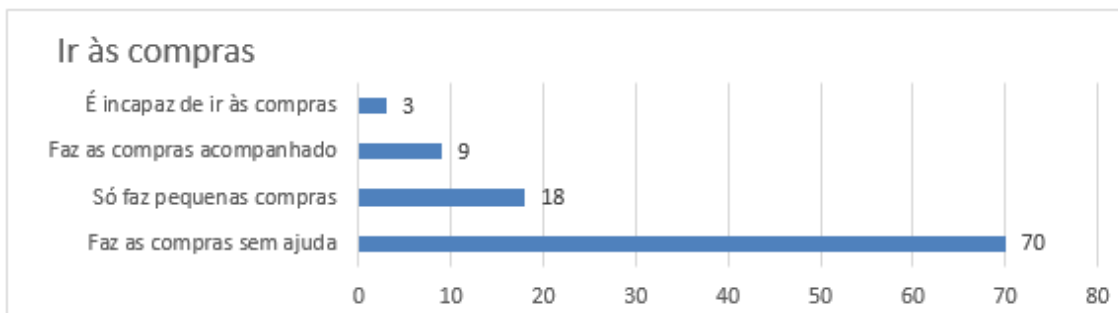
Quando avaliada a Preparação de comida, 92% da amostra prepara e serve sem ajuda, 3% prepara se lhe derem os ingredientes, e 1% apenas prepara pratos pré-cozinhados. Por fim, os restantes 4% referem incapacidade para preparar refeições.

Gráfico 22 - Capacidade funcional para preparar a comida



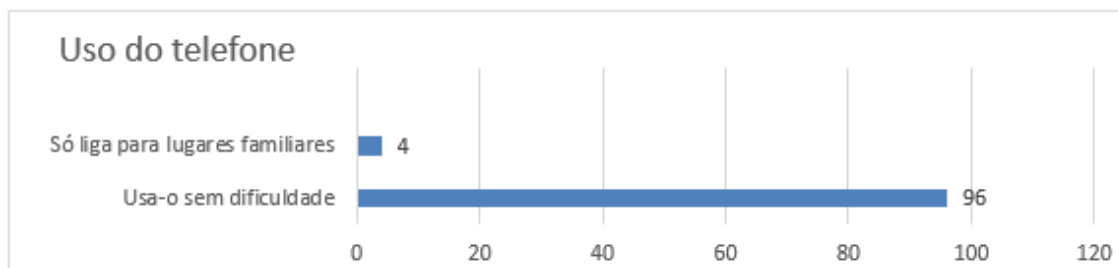
Ao avaliar a ida às Compras, 70% afirma fazer compras sem ajuda, enquanto 18% só faz pequenas compras, ao passo que, 9% faz compras acompanhado e apenas 3% da amostra se revela incapaz de ir às compras.

Gráfico 23 - Capacidade funcional para ir às compras



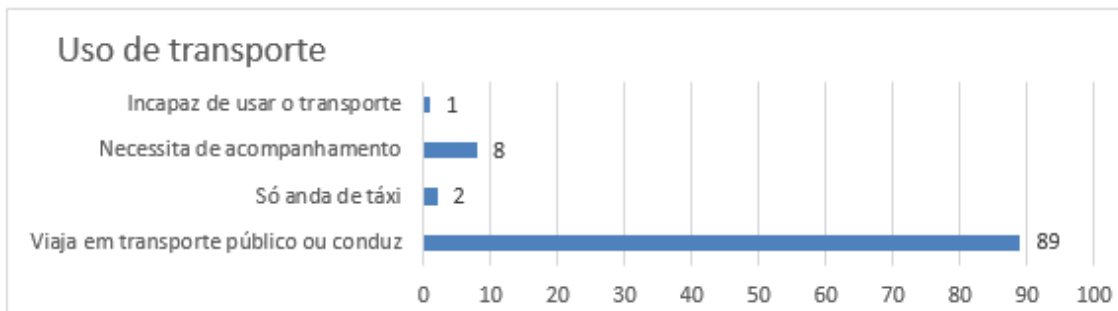
No Uso do telefone a mostra revela que 96% usa o telefone sem dificuldade e apenas 4% só liga para lugares familiares.

Gráfico 24 - Capacidade Funcional para o uso do telefone



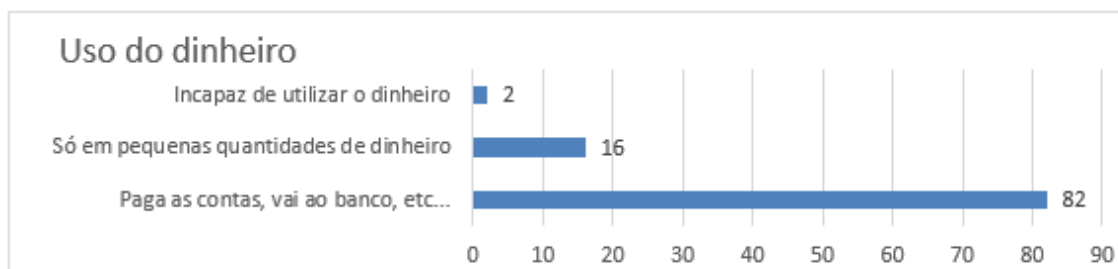
O Uso do Transporte revela que 89% da amostra utiliza transportes públicos ou conduz, 2% afirma só andar de táxi, 8% afirma necessitar de acompanhamento e apenas 1% revela ser incapaz de usar transporte.

Gráfico 25 - Capacidade Funcional para o uso do Transporte



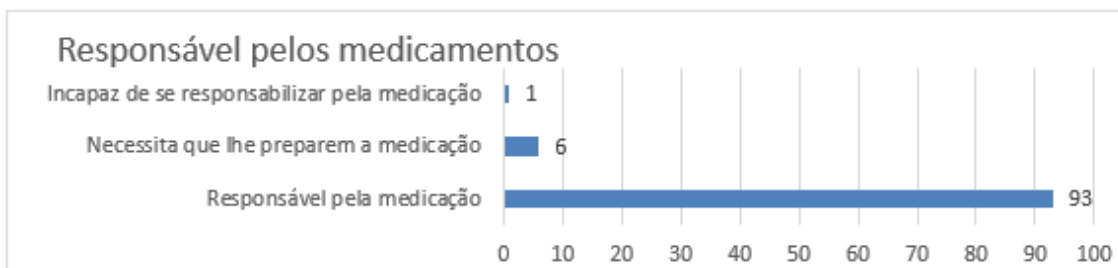
No que se refere ao uso do dinheiro, 82% da amostra (paga as contas, vai ao banco, etc...), 16% só utiliza pequenas quantidades de dinheiro e apenas 2% se revela incapaz de utilizar o dinheiro.

Gráfico 26 - Capacidade Funcional para o uso do dinheiro



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

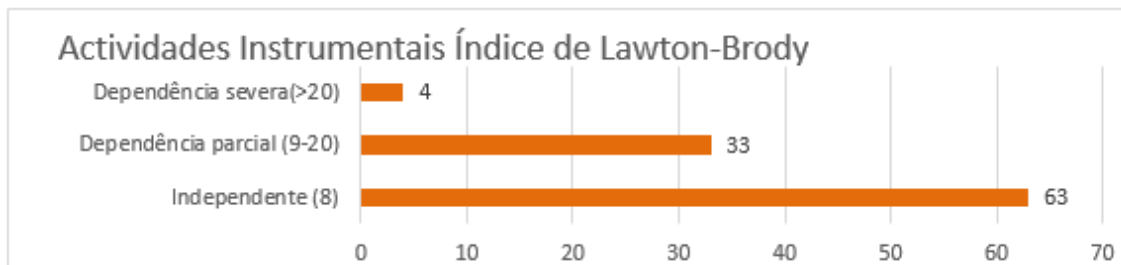
Gráfico 27 - Capacidade Funcional na Responsabilidade pela medicação



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

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

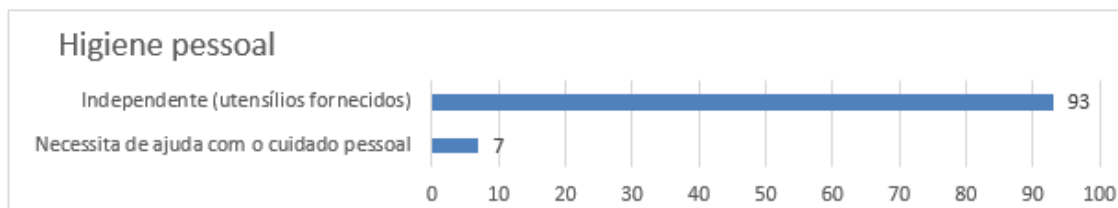
Gráfico 28 - Avaliação Funcional da amostra através do Índice de LAWTON-BRODY



Atividades de Vida Diária:

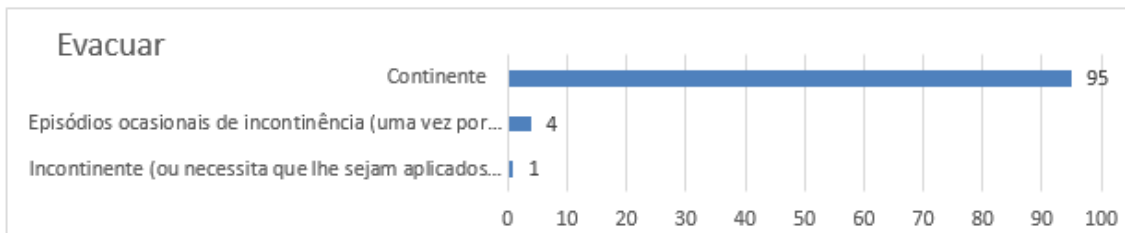
Relativamente às Atividades de Vida Diária, uma das variáveis foi a Higiene Pessoal e para esta variável obteve-se 93% da amostra independente (com utensílios fornecidos), e 7% necessita de ajuda com o cuidado pessoal.

Gráfico 29 - Higiene Pessoal



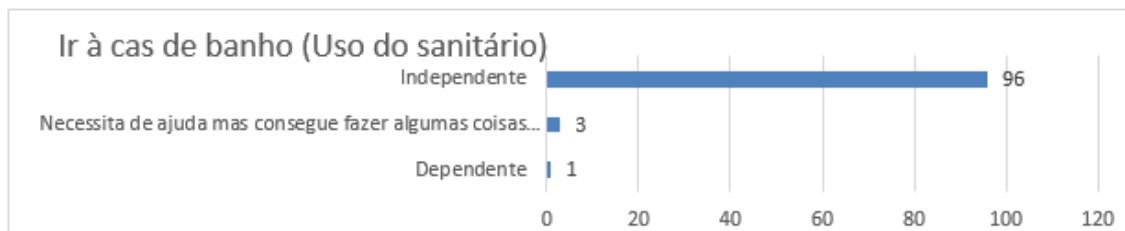
No que respeita ao Evacuar, 95% da amostra revela-se continente, 4% da amostra admite ter episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) e apenas 1% da amostra refere incontinência ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres. Por outro lado, ao avaliar a variável Urinar, a amostra apresenta-se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

Gráfico 30 - Evacuar



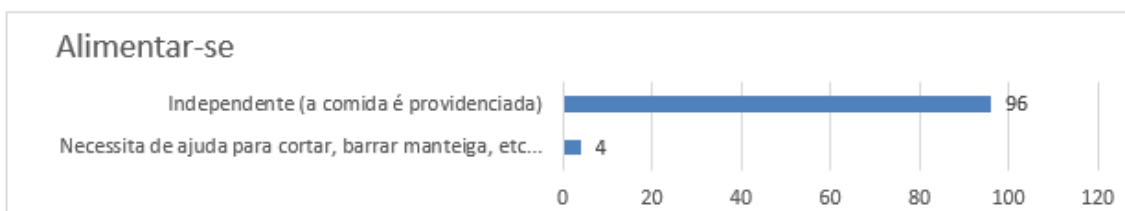
Já no Ir à casa de banho (Uso do sanitário), encontra-se 1% da amostra com dependência, 3% da amostra necessita de ajuda e os restantes 96% afirmam ser independentes para esta variável.

Gráfico 31 - Ir à casa de banho



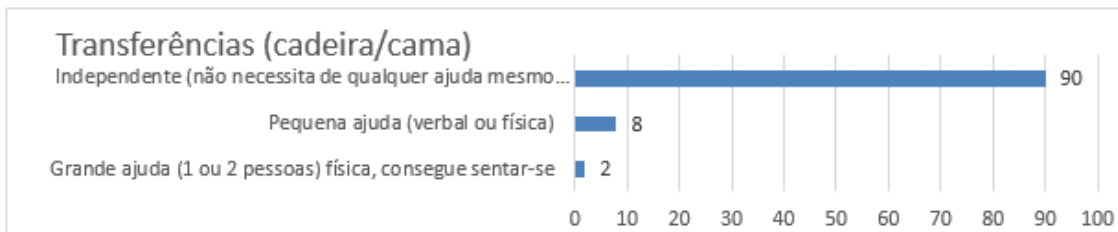
Na avaliação da variável Alimentar-se, 96% da amostra apresenta-se como independente, sendo que, 4% admite necessitar de ajuda, por exemplo para cortar, barrar manteiga, etc.

Gráfico 32 - Alimentar-se



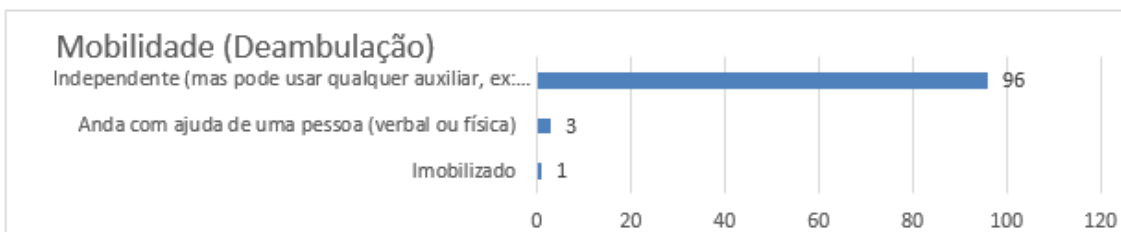
Para as transferências (cadeira/cama), a necessitar de grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se, encontra-se apenas 2% da amostra, enquanto com 8% encontram-se idosos a necessitar de pequena ajuda (verbal ou física), sendo que 90% da amostra diz ser independente.

Gráfico 33 - Transferências



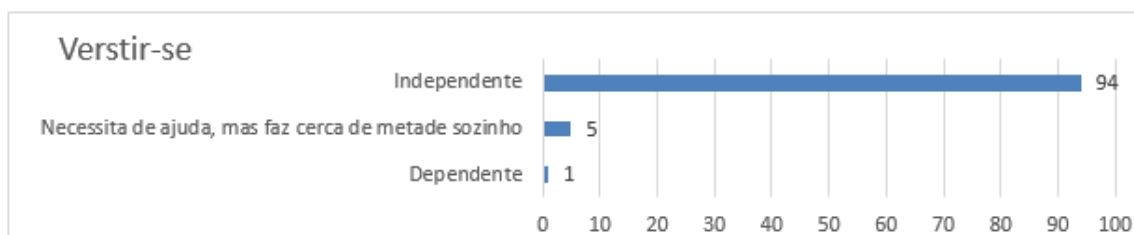
Relativamente à variável Mobilidade (Deambulação), a amostra encontra-se independente em 96% dos casos, mesmo que utilize qualquer auxiliar como por exemplo: bengala. A necessitar de pequena ajuda (verbal ou física) 3% da amostra, e apenas 1% se encontra imobilizado.

Gráfico 34 - Mobilidade



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

Gráfico 35 - Vestir-se



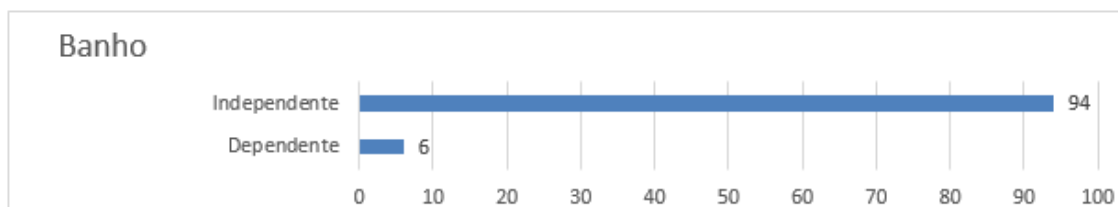
No Uso das escadas, 94% da amostra é independente podendo ter o uso de corrimão ou outro dispositivo, por exemplo moleta ou bengala. Com 5% da amostra encontram-se idosos a necessitar de ajuda (verbal ou física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão e apenas 1% da amostra se mostra incapaz.

Gráfico 36 - Uso das escadas



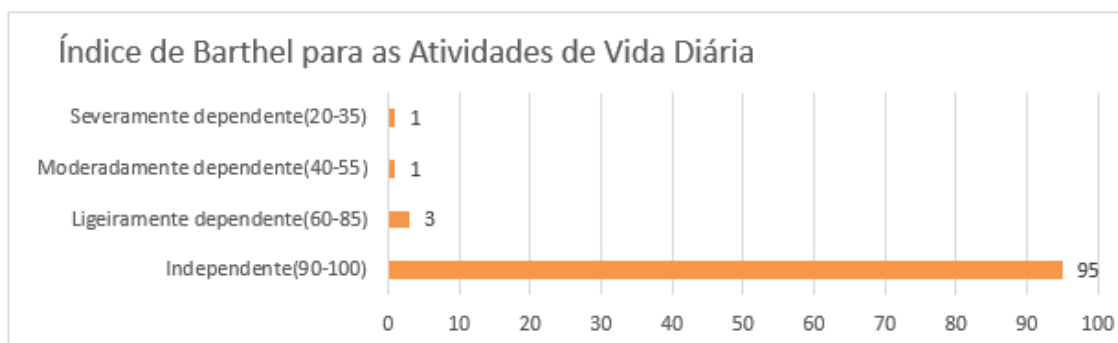
Por fim, no que se refere ao Banho, 6% da amostra é classificada como dependente, enquanto 94% é independente.

Gráfico 37 - Banho



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

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



## 7.1.2 Análise Inferencial das variáveis ordinais

### Testes Não Paramétricos - Correlação Rho Spearman

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AINDA COM BASE NOS TESTES, PODEMOS INFERIR QUE:

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

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

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

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

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

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

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

Segundo os dados obtidos:

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

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

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

## 8. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

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

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

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

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

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

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

## 9. CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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





## ANEXO I - ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS

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

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



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



## **ANEXO III - Instrumento de Colheita de Dados - Formulário**



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

**Código:** \_\_\_\_\_

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

**Dados pessoais:**

1- Idade:

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

2- Género:

1-Masculino

2-Feminino

3- Estado Civil:

1-Solteiro  2-Casado/União de facto  3-Divorciado  4-Viúvo

4- Escolaridade:

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

5- Vive com:

1-Cônjuge  2-Familiares diretos  3-Sozinho  4-Outros  \_\_\_\_\_

6- Qual o montante do rendimento familiar?

1-Inferior ao rendimento mínimo  2-Superior ao rendimento mínimo

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

1-Sim  2-Não



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



**Regime Medicamentoso**

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



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

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

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



**Capacidade Funcional**

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

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

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

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

## **ANEXO IV - Plano de Sessão da Apresentação de Resultados à UCC de Campanhã**

PLANO DE SESSÃO				
UCC de Campanhã		Formadores: Ana Luísa Araújo Helena Araújo Ricardo Maia		
Titulo: Diagnóstico e Intervenção Comunitária - Gestão do Regime Terapêutico na população idosa da UCC de Campanhã				
Destinatários: UCC de Campanhã				
Data: 7/11/2014				
Duração: 60 minutos				
Objectivo geral: Apresentar os resultados do Diagnóstico de situação e Intervenção na Gestão do Regime Terapêutico na UCC de Campanhã				
Objectivo específico: Dar resposta a uma necessidade sentida pela UCC de Campanhã- “Saúde do Idoso” Participar e promover a investigação em serviço na área da Especialização em Enfermagem Comunitária				
Tempo	Fases	Conteúdos	Métodos e técnicas	Meios a utilizar
5 min	Introdução	Definição de gestão de regime medicamentoso/adesão ao regime	Apresentação em PowerPoint segundo o método expositivo	Computador e projetor
45 min	Desenvolvimento	Apresentação dos resultados da fase de Diagnóstico de Saúde  Apresentação dos problemas identificados  Apresentação dos indicadores de resultado e resultados obtidos após a intervenção	Apresentação em PowerPoint segundo o método expositivo	Computador e projetor
10 min	Conclusão	Síntese e debate das principais ideias	Apresentação em PowerPoint segundo o método expositivo	Computador e projetor
Avaliação:				

## **ANEXO V** - Resultados da Intervenção apresentados à UCC de Campanhã



**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

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

## Introdução

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

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

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

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



## Objetivos

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

## Objetivos

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



## Definição da área programática



GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

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



CATÓLICA PORTO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



## Definição da área programática

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

### FATORES

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

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



CATÓLICA PORTO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

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

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

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

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

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

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



CATÓLICA PORTO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO



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

4. Fonte: CPE, 2006, p.81

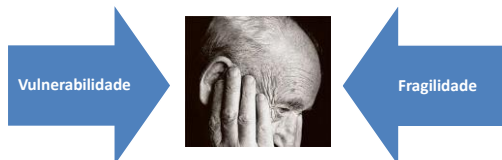


CATÓLICA PORTO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



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

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



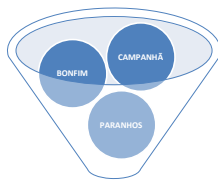
A Gestão do Regime Medicamentoso torna-se assim uma tarefa complexa...

## Diagnóstico de Saúde

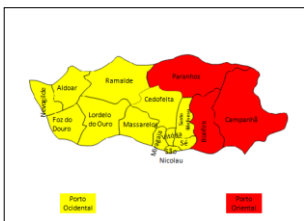
### Gestão do Regime Medicamentoso na população idosa da UCC de Campanhã



## Caraterização da comunidade



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



População inscrita no ACES:  
 ✓ 54 726 Homens  
 ✓ 66 151 Mulheres  
 Total da população 120 877 utentes

## Seleção da amostra

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

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

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

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

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

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

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

## Seleção das variáveis

O Formulário construído foi subdividido em cinco partes.

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

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

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

A quarta retrata a Adesão ao Regime Medicamentoso

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

## Tratamento dos dados

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

## Formulário



## Diagnóstico de Saúde



## Resultados

### Idade

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

### Género

A maior percentagem encontrada é feminina com 64%.

### Estado Civil

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

### Escolaridade

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

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



## Resultados

### Vive com

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

### Dinheiro suficiente para as necessidades de saúde

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

### Rendimento familiar

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

### Nº de fármacos

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

### Conhece o fármaco

29% da amostra afirma não conhecer o fármaco

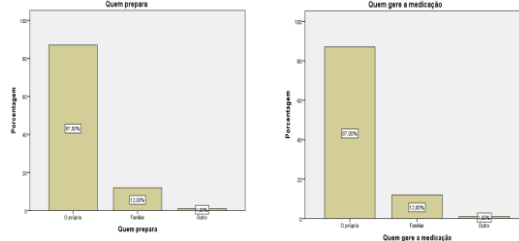
### Suporte escrito

76% da amostra afirma não possuir suporte escrito

## Resultados

### Quem prepara a medicação

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



### Quem gere a medicação

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



## Resultados

### Relativamente às dificuldades:

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

### Em síntese

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

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

## Resultados

### Em síntese

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

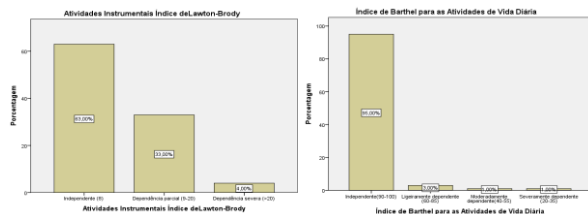
15% da amostra que revela dificuldade em ler as embalagens;  
 11% da amostra que revela dificuldade em lembrar quando chega a hora;  
 7% da amostra que revela dificuldade em organizar para tomar fora de casa;  
 6% da amostra que revela dificuldade em perceber qual e como deve tomar o fármaco.  
 No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

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

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



## Resultados



Em síntese

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

## Resultados

Em síntese

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

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

Fonte: 6. Montezuma, Camila Araújo; Freitas, Maria Célia; Monteiro, Ana Ruth. - A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. Revista eletrônica de enfermagem (2008)

Fonte: 7. Bosworth et al, 2004; Jaarsma et al, 2000; GESICA, 2005; Huang et al, 2004; Kim e Oh, 2003

## Resultados

Em síntese

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

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

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

## Resultados

Em síntese

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

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

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

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

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

## Definição de prioridades

- Adesão ao Regime Medicamentoso
- Gestão do Regime Medicamentoso



## Intervenção



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

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

Assim sendo apresentamos individualmente os resultados que obtivemos:

## Conclusão



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

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

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

Antoine de Saint-Exupéry



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

## Bibliografia

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

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

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

- CIPE, 2006, p.81

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

## Bibliografia

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

Muito obrigado!!!



## **ANEXO VI - Plano de Intervenção do utente A**

## Utente A:

- 68 anos; Sexo Masculino; Casado; Vive com a esposa e com um neto de 14 anos; independente nas Atividades de Vida Diárias (score 100) segundo a aplicação do Índice de Barthel e independente também nas Atividades Instrumentais de Vida Diárias (score 9) segundo a aplicação do Índice de Lawton-Brody. Dos 9 fármacos prescritos apenas conhece 5. Quem gere e prepara a medicação é o neto de 14 anos, que tem conhecimento acerca do regime medicamentoso. Tem antecedentes de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), fazendo bipap noturno. No período diurno sem necessidade de oxigenoterapia. Apresenta também, Diabetes tipo II sob anti-diabéticos orais e é fumador (fuma cerca de 10 cigarros por dia). Chegou a deixar de fumar durante cerca de 1 ano, mas refere ter aumentado de peso 21 Kg em 10 meses. Refere ainda, ter recomeçado a fumar porque tinha dois amigos em situação muito semelhante à sua que deixaram de fumar e pouco tempo depois faleceram.

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensão Diagnóstica	Intervenções	Indicadores de processo	Resultados esperados
Uso de tabaco	➤ <b>Crença Errónea</b>	- Desmistificar as crenças presentes acerca do benefício do consumo de tabaco;	- Número de vezes que foram realizadas sessões de educação para a saúde individuais sobre o uso do tabaco;	- Ausência de crença sobre o consumo de tabaco;
	➤ <b>Uso de tabaco</b>	- Alertar para as complicações do uso continuado do tabaco relacionado com a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC); - Reforçar o impacto positivo que a redução do uso do tabaco implicará na sua qualidade de vida;	- Número de visitas domiciliárias; - Número de vezes que foi realizada entrevista telefónica.	- Aumento do conhecimento acerca do uso do tabaco; - Redução do consumo de tabaco de 10 para 8 cigarros por dia

## UTENTE A – INDICADORES DE RESULTADO E RESULTADOS OBTIDOS

$$\text{USO DE TABACO} = \frac{\text{Número de dimensões do Diagnóstico resolvidas}}{\text{Número total de dimensões do Diagnóstico}} \times 100 = \frac{2}{2} = 100\%$$

$$\text{USO DE TABACO} = \frac{\text{Número de cigarros que deixou de fumar após a intervenção}}{\text{Número total de cigarros fumados habitualmente}} \times 100 = \frac{2}{10} \times 100 = 20\%$$

**CRENÇA ERRÓNEA** = Ausência de crença sobre o consumo de tabaco

## **ANEXO VII - Plano de Intervenção do utente B**

## Utente B:

- 86 anos; Sexo Feminino; Viúva; vive sozinha; apresenta dependência parcial nas Atividades Instrumentais de Vida Diárias (score 14) segundo a aplicação do Índice de Lawton-Brody e ligeiramente dependente nas Atividades de Vida Diárias (score 85) segundo a aplicação do Índice de Barthel. Apresenta Diabetes tipo II sob anti-diabéticos orais. Dos 5 fármacos prescritos a utente apenas não conhece 1 (Pioglitazona). Quem gere e prepara a medicação é a própria. A utente apresenta acuidade visual diminuída, devido à presença de cataratas bilateral (mas ainda consegue ver/ ler). Tem consulta pré-operatória marcada. No entanto, a utente não demonstra vontade em ser intervencionada. “Já tenho poucos anos de vida”(sic). Em relação à alimentação, faz apenas 3 a 4 refeições por dia. Muitas vezes antes de se deitar não se alimenta e por vezes de manhã apenas toma o pequeno-almoço depois do banho, sendo que, já se sentiu mal uma vez de manhã no chuveiro, chegando mesmo a desmaiar. Em relação à vigilância da glicemia capilar, afirma não a fazer porque tem medo de picar o dedo. Apenas a faz quando se sente mal, e é o filho que realiza a pesquisa de glicemia capilar.

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensão Diagnóstica	Intervenções	Indicadores de Processo	Resultados esperados
Gestão ineficaz do Regime Terapêutico (Diabetes)	➤ Défice de conhecimentos acerca do regime medicamentoso	- Ensinar sobre os principais efeitos acerca do fármaco Pioglitazona.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de vezes que foi aplicado formulário;</li> <li>- Número de vezes que foram realizadas sessões de educação para a saúde individuais sobre a gestão do regime terapêutico;</li> <li>- Número de visitas domiciliares;</li> <li>- Número de vezes que foi realizada entrevista telefónica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento do conhecimento acerca do fármaco Pioglitazona;</li> <li>- Gestão eficaz do regime alimentar;</li> <li>- Adesão ao teste diagnóstico;</li> <li>- Volição para se submeter à intervenção cirúrgica às cataratas.</li> </ul>
	➤ Gestão ineficaz do regime alimentar por défice de conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforçar a importância de fazer pelo menos 5 refeições por dia, nomeadamente, antes de se deitar;</li> <li>- Incentivar a levar para o quarto durante a noite uma peça de fruta e 4 bolachas de água e sal para poder comer antes de adormecer;</li> <li>- Incentivar a tomar o pequeno-almoço logo após o levantar;</li> <li>- Aconselhar a comer sempre que se sinta com tonturas, suores, falta de força, sensação de desmaio (hipoglicemia);</li> <li>- Incentivar a planear as refeições fora de casa, levando um pequeno lanche nas alturas que tiver de sair.</li> </ul>		
	➤ Não adesão ao teste diagnóstico (pesquisa de glicemia capilar)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre a importância do teste;</li> <li>- Negociar a realização da pesquisa diária.</li> </ul>		
	➤ Falta de volição (intervenção cirúrgica às cataratas)	- Consciencializar para os benefícios da realização da cirurgia.		

## UTENTE B – INDICADORES DE RESULTADO E RESULTADOS OBTIDOS

$$\text{GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO} = \frac{\text{Número de dimensões do diagnóstico resolvidas}}{\text{Número total de dimensões do diagnóstico}} \times 100 = \frac{2}{4} \times 100 = \mathbf{50\%}$$

$$\text{DÉFICE DE CONHECIMENTO ACERCA DO REGIME MEDICAMENTOSO} = \frac{\text{Número de fármacos que conhece no final da intervenção}}{\text{Número total de fármacos no final da intervenção}} \times 100 = \frac{5}{5} \times 100 = \mathbf{100\%}$$

$$\text{GESTÃO DO REGIME ALIMENTAR} = \frac{\text{Número de refeições efetivas nos últimos 15 dias}}{\text{Número total de refeições previstas nos últimos 15 dias}} \times 100 = \frac{4 \times 15}{5 \times 15} = \frac{60}{75} = \mathbf{80\%}$$

$$\text{ADESÃO AO TESTE DIAGNÓSTICO} = \frac{\text{Número de pesquisas de glicemia capilar efetivas nos últimos 15 dias}}{\text{Número de pesquisas de glicemia capilar previstas nos últimos 15 dias}} \times 100 = \frac{0}{15} = \mathbf{0\%}$$

**VOLIÇÃO PARA A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA** = Ausência de volição para realizar a intervenção cirúrgica

## **ANEXO VIII - Plano de Intervenção do utente C**

## Utente C:

- 65 anos; Sexo Feminino; Casada; independente nas Atividades de Vida Diárias (score 100) segundo a aplicação do Índice de Barthel e independente nas Atividades Instrumentais de Vida Diárias (score 8) segundo aplicação do Índice de Lawton-Brody. Apresenta Diabetes Mellitus tipo II insulino-tratada. Tem conhecimento acerca do seu regime medicamentoso (7 fármacos), mas no que diz respeito à administração de insulina, (35 U.I de manhã, 25 ao almoço e 35 à noite), é feita sem antes verificar os níveis de glicemia capilar. Quando faz as pesquisas de glicemia capilar os valores variam entre os 200-300mg/dl. Apresenta valores de 10,3 de HbA1c (resultados de 20/08/2014) em consulta de endocrinologia. Faz algumas refeições à base de fritos. Apenas faz caminhadas quando precisa de ir às compras ou sair por algum motivo específico (consultas).

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensão Diagnóstica	Intervenções	Indicadores de Processo	Resultados esperados
Gestão ineficaz do Regime Terapêutico	➤ <b>Gestão ineficaz do regime alimentar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reforçar a importância de fazer 6 refeições ligeiras várias vezes ao dia;</li><li>- Incentivar a planear as refeições fora de casa, levando um pequeno lanche nas alturas que tiver de sair;</li><li>- Privilegiar o consumo dos alimentos cozidos e grelhados em detrimento dos fritos;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Número de vezes que foi aplicado formulário;</li><li>- Número de vezes que foram realizadas sessões de educação para a saúde individuais sobre a gestão do regime terapêutico;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Gestão eficaz do regime alimentar;</li><li>- Aumento do conhecimento acerca do regime de exercício;</li><li>- Adesão ao teste diagnóstico.</li></ul>
	➤ <b>Regime de exercício comprometido</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Explicar a importância da prática de exercício físico associado à hiperglicemia;</li><li>- Incentivar a prática de exercício físico fazendo uma caminhada de pelo menos 30 minutos por dia;</li><li>- Aconselhar a aumentar a prática de exercício físico sempre que se verificarem valores hiperglicémicos na pesquisa de glicemia capilar.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Número de visitas domiciliárias;</li><li>- Número de vezes que foi realizada entrevista telefónica</li></ul>	
	➤ <b>Não adesão ao teste diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Informar sobre a importância do teste;</li><li>- Negociar a realização da pesquisa diária.</li></ul>		

## UTENTE C – INDICADORES DE RESULTADO E RESULTADOS OBTIDOS

$$\text{GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO} = \frac{\text{Número de dimensões do Diagnóstico resolvidas}}{\text{Número total de dimensões do Diagnóstico}} \times 100 = \frac{2}{3} \times 100 = 67\%$$

$$\text{GESTÃO DO REGIME ALIMENTAR} = \frac{\text{Número de refeições efetivas nos últimos 15 dias}}{\text{Número total de refeições previstas nos últimos 15 dias}} \times 100 = \frac{90}{90} \times 100 = 100\%$$

$$\text{REGIME DE EXERCÍCIO} = \frac{\text{Número de caminhadas diárias efetivas nos últimos 15 dias}}{\text{Número total de caminhadas previstas nos últimos 15 dias}} \times 100 = \frac{7,5}{15} = 50\%$$

$$\text{ADESÃO AO TESTE DIAGNÓSTICO} = \frac{\text{Número de pesquisas de glicemia capilar efetivas nos últimos 15 dias}}{\text{Número de pesquisas de glicemia capilar previstas nos últimos 15 dias}} \times 100 = \frac{15}{15} = 100\%$$

## **ANEXO IX - Plano de Intervenção do utente D**

## Utente D:

- 67 anos; Sexo Feminino; Casada; Vive com o marido e um neto de 14 anos; independente nas Atividades de Vida Diárias (score 100) segundo a aplicação do Índice de Barthel e dependência parcial nas Atividades Instrumentais de Vida Diárias (score 11) segundo a aplicação do Índice de Lawton-Brody. Dos 6 fármacos prescritos apenas não conhece 1 (Gabapentina), sendo que estava a tomar 2 quando apenas estava prescrito 1, isto porque tinha comprado o genérico de 2 laboratórios diferentes. Quem gere e prepara a medicação é a própria. Apresenta Diabetes Mellitus tipo II sob anti-diabéticos orais inicialmente (Gliclazida), que por se manterem controlados os valores de glicemia, foi suspensa a medicação, controlando agora apenas com dieta e exercício físico (faz caminhadas diariamente).

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensão Diagnóstica	Intervenções	Indicadores de processo	Resultados esperados
<b>Gestão do Regime Medicamentoso não demonstrado</b>	➤ <b>Défice de conhecimento acerca do regime medicamentoso</b>  (acerca do fármaco Gabapentina, prescrito para as parestesias nos pés)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ensinar sobre os principais efeitos acerca do fármaco Gabapentina;</li><li>- Informar acerca da possibilidade de contactar a farmácia no caso de dúvidas relacionadas com a medicação;</li><li>- Falar com o farmacêutico da farmácia onde habitualmente a utente compra a medicação para que o genérico dispensado seja sempre o mesmo;</li><li>- Informar o farmacêutico que a utente estava a fazer 2 comprimidos, quando estava prescrito 1 porque as caixas do genérico eram de laboratórios diferentes;</li><li>- Sugerir ao farmacêutico que na impossibilidade de dispensar o mesmo genérico, seja explicado à utente que apesar de a caixa não ser igual o fármaco é o mesmo e que deve apenas tomar 1 (conforme prescrição);</li><li>- Fornecer documento com recortes de toda a medicação instituída para poder apresentar na farmácia para que seja sempre dispensado o mesmo fármaco;</li><li>- Alertar para a necessidade de a utente solicitar ao farmacêutico que verifique a lista da medicamentos e a atualize sempre que necessário.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Número de vezes que foi aplicado formulário;</li><li>- Número de vezes que foram realizadas sessões de educação para a saúde individuais sobre a gestão do regime medicamentoso;</li><li>- Número de visitas domiciliárias;</li><li>- Número de vezes que foi realizada entrevista telefónica;</li><li>- Número de suportes de medicação fornecidos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aumento do conhecimento acerca do fármaco Gabapentina;</li></ul>

## UTENTE D – INDICADORES DE RESULTADO E RESULTADOS OBTIDOS

$$\text{GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO} = \frac{\text{Número de dimensões do Diagnóstico resolvidas}}{\text{Número total de dimensões do Diagnóstico}} \times 100 = \frac{1}{1} \times 100 = 100\%$$

$$\text{DÉFICE DE CONHECIMENTO ACERCA DO REGIME MEDICAMENTOSO} = \frac{\text{Número de fármacos que conhece no final da intervenção}}{\text{Número total de fármacos que conhece no final da intervenção}} \times 100 = \frac{1}{1} = 100\%$$

## **ANEXO X - Stress do Prestador de Cuidados**



**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE -  
CAMPANHÃ**

**MÓDULO III**

**Aluna:**

Helena Isabel Sousa Araújo

**Porto, 12 de Dezembro de 2014**



**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanhã –  
Stress do Prestador de Cuidados**

**MÓDULO III**

**Aluna:**

Helena Isabel Sousa Araújo

**Professor Orientador:**

Paulo Alves

**Porto, 12 de Dezembro de 2014**

## Índice

0. Introdução.....	5
1. O Cuidador Informal .....	6
2. Redes de Apoio Formais.....	9
3. Fatores e Sinais de Stress do Cuidador Informal.....	12
4. Instrumentos de Avaliação do Cuidador Informal.....	17
5. Conclusão.....	19
6. Bibliografia.....	20

## ANEXOS

ANEXO I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO CUIDADOR INFORMAL

ANEXO II - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL – QASCI)

ANEXO III - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA VULNERABILIDADE AO STRESS – 23 QVS

ANEXO IV - ÍNDICE PARA AVALIAÇÃO DAS MANEIRAS COMO O PRESTADOR DE CUIDADOS ENFRENTA AS DIFICULDADES - CAMI

## **Siglas e Abreviaturas**

ABVD's – Atividades básicas de vida diárias

AVD's – Atividades de vida diária

AIVD's – Atividades instrumentais de vida diária

ICN – International Council of Nurses

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

QASCI – Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao Stress

CAMI- Índice de Avaliação das Maneiras como o Prestador de Cuidados enfrenta as Dificuldades

## 0. Introdução

O *stress* do cuidador informal tem sido um tema emergente na nossa atualidade, consequência do presente contexto sociodemográfico. A par do aumento progressivo do número de idosos, aumentam também as doenças crónicas assim como a dependência de terceiros. A resposta institucional torna-se assim escassa para tal número, aumentando assim o número de idosos dependentes no domicílio, e com eles, os cuidadores informais em *stress* num contexto socioeconómico e laboral que dificulta a prestação de cuidados (Barros, 2008).

O bem-estar dos cuidadores informais e a sua promoção, assim como a prevenção de situações extremas, requer por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, uma vez que deles dependem os doentes e a sua permanência na comunidade.

Um dos modelos mais influentes de *stress* partiu de Lazarus e Folkman, que abordaram o *stress* como sendo um processo resultante da combinação de fatores fisiológicos e psicológicos, com repercussões ao nível comportamental, fisiológico e psicológico. São diferenciados três tipos de *stress* psicológico segundo Pacheco, 2002:

- ✓ Perda ou dano, relacionado com o prejuízo ou perda que já se produziu;
- ✓ Ameaça, relacionado com o dano ou perda que se prevê num futuro próximo;
- ✓ Desafio, relacionado com a sensibilidade de que as dificuldades podem ser superadas com entusiasmo.

Complementando, Lazarus e Folkman descrevem que o *stress* é constituído por um acontecimento ambiental cujo significado é avaliado pelo indivíduo, podendo daí advir duas situações: a presença ou a ausência de perceção de dano. Quando o acontecimento não produz qualquer potencial ameaçador não é conduzida nenhuma elaboração cognitiva em termos de stresse. Quando pelo contrário o acontecimento é gerador de danos, o indivíduo vai avaliar se tem ou não os recursos necessários para lidar com o agente causador de *stress*. Quando há perceção da existência de recursos para lidar com a ameaça, a resposta de stresse não é ativada. Quando pelo contrário o acontecimento exige mais do sujeito que os recursos que ele dispõe para o enfrentar, dá-se então início a um processo de *stress* que engloba a experiência afetiva de *stress* manifestada pelos sentimentos de ansiedade e angústia (Petronilho, 2006).

## 1. O Cuidador Informal

Por Cuidador Informal entende-se como sendo todo aquele que presta cuidados a pessoas dependentes, e que não é recompensado economicamente pelo auxílio que proporciona, podendo existir laços familiares, de amizade, de vizinhança ou outros, para com a pessoa cuidada (Lage, 2005). Aos cuidados prestados em contexto domiciliário, nomeadamente a pessoas com dependência, pode estar inerente a presença de um ou mais cuidadores informais.

O ato de cuidar representa a superação constante de vários desafios, muitas vezes associados a longos períodos de tempo dispendidos, desgaste físico e emocional, custos financeiros, sobrecarga física e emocional e ainda riscos mentais e físicos (Rezende et al., 2005).

Geralmente é esquecida a sobrecarga física e mental vivida pelos cuidadores, que constituem a pedra basilar do processo do cuidar e assumem toda a responsabilidade, algumas vezes de forma súbita e inesperada, sem qualquer preparação prévia, para assumir tão importante papel. Ao assumirem tal responsabilidade, tendem a valorizar primeiramente as necessidades da pessoa que têm a seu cargo, deixando para segundo plano as suas próprias necessidades, e acabando também por deixar de ter tempo para si próprio (Silva, 2006).

Uma característica essencial dos cuidados prestados pelos cuidadores informais é a diversidade, na medida em que, as atividades desenvolvidas visam assegurar a satisfação de um conjunto de necessidades que contribuem para o bem-estar das pessoas dependentes, sendo elas, suporte psicológico, emocional, financeiro e assistência nas atividades instrumentais (AIVD's) e básicas da vida diária (ABVD's). A duração, assim como, a intensidade e frequência do cuidado encontram-se interligadas às exigências objetivas do mesmo, nomeadamente as perturbações comportamentais, a deterioração cognitiva e a dependência funcional para as atividades da vida diária (AVD's). (Martín, 2002).

A complexidade que envolve muitas vezes a seleção do cuidador informal está longe de ser um processo natural. A designação ou escolha do cuidador é um processo dinâmico, onde combinam e convergem um conjunto de fatores, sendo eles: imperativos demográficos, tal como, ser filho único, obrigações normativas de reciprocidade e fatores situacionais, como por

exemplo, compromissos assumidos entre pais e filhos, ter poucas obrigações familiares e profissionais, encontrar-se geograficamente mais próximo, ser economicamente mais desfavorecido, entre outros fatores.

De acordo com (Martín, 2005), existem dois tipos de cuidadores informais, mediante o tipo de cuidado que prestam, são eles:

- ✓ Cuidadores primários ou principais
- ✓ Cuidadores secundários

Como cuidador principal, enquadra-se todo aquele que realiza mais de metade das tarefas inerentes ao processo de cuidar.

O processo de cuidar assenta numa interação entre quem cuida e quem é cuidado, implicando que uma pessoa assuma a responsabilidade de prestação dos cuidados enquanto a outra se “limita” a recebê-los. Os cuidados de saúde dividem-se em dois sistemas distintos, o sistema formal, constituído pelas instituições, pelos serviços de saúde e pelos profissionais de saúde e, o sistema informal, composto essencialmente pelos membros da família. Numa perspetiva global, os cuidados informais merecem uma abordagem detalhada e consistente (Martín et al., 2000).

Ao cuidador informal cabe assim o dever do ato de cuidar, que segundo afirma Collière (1989) *“cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é primeiro que tudo, um ato de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita e atividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar a reproduzir-se”* (p.27). A necessidade de ser cuidado, sendo transversal a qualquer ser humano ao longo do seu ciclo vital, apresenta um dos seus maiores expoentes na faixa etária das crianças e dos idosos, já que estes, apresentam maiores necessidades de auxílio na realização das suas atividades de vida diárias (AVD's).

Imaginário (2008, citado por Fernandes 2009 p. 46) refere que:

*“ A tarefa de cuidar (... ) pode produzir uma sobrecarga intensa que acaba por comprometer a saúde, a vida social, a relação com os outros membros da família, o lazer, a disponibilidade financeira, a rotina doméstica, o desempenho profissional e inúmeros outros aspetos da vida familiar e pessoal. Assim os cuidadores principais realizam tarefas muito variadas que vão desde a vigilância e acompanhamento até à administração da medicação e prestação direta de cuidados (...) Num horário ininterrupto, sem limite de tempo.”*

A mesma autora refere ainda que “ (...) os cuidadores (...) manifestam o abandono do seu auto cuidado, falta de descanso e conforto”.

Ao assumir o papel de cuidador principal de um familiar, ficando responsável pela gestão da doença, administração da terapêutica, apoio em todas as AVD's, o cuidador principal vai a curto prazo sofrer um considerável desgaste a nível físico e emocional, pois normalmente não se encontra preparado para assumir tão grande responsabilidade.

No que diz respeito ao perfil do cuidador informal constata-se que, apesar das alterações ocorridas nos últimos anos ao nível da função e da estrutura familiar, continuam a ser, na maioria dos casos, os familiares diretos, mais concretamente as mulheres a apoiar estes doentes, desempenhando assim o papel de cuidadores informais (Martins, Ribeiro e Garret, 2003).

O predomínio das mulheres, associada ao cuidado informal, acarreta em muitos casos uma sobrecarga física e emocional, já que, estas atualmente são parte ativa no mundo laboral, contrariamente ao que acontecia no passado. Para além disto, verifica-se ainda que, muitas das tarefas relacionadas com a organização doméstica e educação dos filhos, continuam a estar muito a seu cargo, tornando-as deste modo mais vulneráveis a situações de fadiga e stress. Quando surge uma doença, o doente e a família sentem necessidade de se reorganizarem, nomeadamente no que diz respeito à definição das relações, obrigações e capacidades. Segundo Martins, Ribeiro & Garret (2003) *“qualquer doença, é sempre uma situação de crise, um acontecimento stressor, que produz efeitos no doente e na família”* (p. 132). Assim, quando o cuidador se sente incapaz de responder às exigências do processo de cuidar, fica exposto a uma situação de stress que terá repercussões nele próprio e naquele que é cuidado.

Com o aumento do número de idosos aumenta o número de pessoas envolvidas no papel de prestador de cuidados (Savage & Bailey, 2004), o que reflete um aumento de cuidados prestados em contexto familiar/domiciliário.

## **2. Redes de Apoio Formais**

São várias as respostas sociais direcionadas para o idoso com dependência e com o objetivo também de servir de apoio às suas famílias, tais como:

- ✓ Centros de Dia: que consistem na prestação de serviços que permitem a permanência do idoso no meio socio familiar. Este tipo de resposta, segundo Santos (2008) visa prevenir e atrasar os efeitos do envelhecimento, combater o isolamento e a solidão, conservar a autonomia e melhorar a qualidade de vida.
  
- ✓ Centros de Convívio: que são uma resposta social de apoio nas atividades sócio recreativas e culturais organizadas e dinamizadas pelos idosos. Tem como objetivos evitar o isolamento social, desenvolver atividades de natureza recreativa, cultural e artística, manter ou desenvolver as capacidades individuais, permitindo a promoção da autonomia (Santos, 2008).
  
- ✓ Serviço de Apoio Domiciliário: que é também uma resposta social que consta na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a idosos ou famílias, quando por motivo de doença, deficiência ou outros impedimentos, estas não podem assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou atividades da vida diária. Tem como principal objetivo assegurar, de forma personalizada, a satisfação das necessidades do indivíduo apoiado, contribuir para a manutenção do idoso no meio natural, diminuir ou retardar a colocação em instituição/lar e colaborar na prestação de cuidados de saúde.

Relativamente ao leque de serviços a prestar, estes são planeados tendo em conta as necessidades do indivíduo, as suas potencialidades, os recursos da comunidade (família, vizinhos etc.) e as condições habitacionais. Estes serviços correspondem ao fornecimento de refeições, à preparação de refeições no domicílio, à higiene pessoal, à higiene da habitação, ao tratamento de roupas, ao acompanhamento em casa e no exterior, a diligências várias no exterior e ao transporte.

- ✓ Lar: é uma outra resposta social desenvolvida em equipamentos de alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situações de maior risco de perda de independência e/ou autonomização. Apresenta como principais objetivos: proporcionar serviços permanentes e adequados à situação biopsicossocial dos utentes, garantir condições que contribuam para a estabilização ou retardamento das problemáticas associadas ao processo de envelhecimento, e relacionar-se com as famílias dos utentes, mantendo-as informadas e incentivando a manutenção das relações familiares.

Esta resposta pode ter uma outra vertente, a de residência temporária, onde a colocação em Lar pode ser temporária – 1 a 3 meses para férias familiares, para convalescença ou para melhoria das condições de habitabilidade para o regresso do idoso.

- ✓ Acolhimento Familiar: é uma outra resposta que consiste na integração, temporária ou permanente, em famílias consideradas idóneas, de pessoas idosas com deficiência (Decreto Lei n.º 391/91, de 10 de Outubro).

Os objetivos passam por diversificar a rede de respostas destinadas a idosos, proporcionar uma alternativa ao meio familiar e evitar ou retardar o mais possível o recurso à resposta institucional.

- ✓ Centro de Férias: proporciona atividades lúdicas/ recreativas em acolhimento parcial ou temporário.

- ✓ Rede Nacional de Cuidados Continuados: definem-se como um sistema organizado para a satisfação do utente/família, composto por serviços e mecanismos integrados. Estes cuidam dos utentes/famílias ao longo do tempo, através de um conjunto articulado de saúde e serviços sociais, cobrindo todos os níveis de intensidade de cuidados, organizados no sentido da promoção de saúde e melhoria da efetividade dos cuidados. Em 2006, através do Decreto-Lei 101/2006, foi criada a chamada Rede Nacional de Cuidados Integrados que tem como objetivo geral “ (...) *a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência* ” (Decreto lei 101/2006, capítulo I, art.º 4.º). A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é a resposta do Estado que tem por objetivo assegurar aos cidadãos um modelo de intervenção e articulação da Saúde e da Segurança Social para os cuidados continuados e paliativos. Envolve a participação e colaboração de diversos parceiros (públicos, privados e sociais), a sociedade civil e o Estado, como principal incentivador.

### 3. Fatores e Sinais de Stress do Cuidador Informal

O ICN (1999, p.51) na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão β2, define Stress do Prestador de Cuidados como:

*“ um tipo de coping com as características específicas: disposições que se tomam para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados que cuida de um membro da família ou pessoa significativa durante longos períodos de tempo; diminuição da capacidade de resolução de problemas em resposta às exigências da prestação de cuidados.”*

Se considerarmos que, o *stress* depende da percepção que cada pessoa tem da circunstância a que está sujeita, torna-se imprescindível determinar qual o grau de vulnerabilidade ao *stress* que cada pessoa apresenta. Desta forma, Serra (2000, p. 261), afirma que:

*“... se um indivíduo se sente ou não em stress é ditado pelo grau de vulnerabilidade ou de auto confiança que a pessoa desenvolve em relação a determinada circunstância considerada importante para si e que lhe cria exigências específicas.”*

Para este mesmo autor, a reação que o indivíduo desenvolve perante acontecimentos perturbadores depende muito mais das predisposições pessoais, dos recursos psicológicos que o indivíduo possui ou a que tem acesso e ainda do significado que ele próprio atribui ao acontecimento, e não tanto do acontecimento em si. Se o indivíduo desenvolve a percepção de não ter controlo sobre determinada situação passa a sentir-se vulnerável em relação a essa circunstância.

Segundo Pereira (2007), o elemento da família que se encontra mais envolvido no cuidar do doente é o que está exposto a uma maior exaustão e *stress*. Estes, relacionam-se com o cuidar direto ao doente e com as tarefas diárias (comportamentais, emocionais e físicas) relacionadas com esse processo e com o impacto da doença na sua própria vida familiar, conjugal, social, profissional e lúdica.

São óbvios os benefícios da existência de um cuidador informal para o doente, mas cada vez mais surge a preocupação com o desgaste que o cuidador sofre, sendo estes frequentemente apontados como as segundas vítimas da doença.

Apesar da experiência de cuidar poder ser emocionalmente gratificante, a literatura tem-na descrito como sendo uma tarefa potencialmente geradora de stress, uma vez que, o impacto do processo de cuidar implica a adaptação do cuidador primário e secundário a vários níveis sendo eles: físico, social, cognitivo e emocional. Os cuidadores que se encontram sob stress apresentam maiores índices de sintomas depressivos, ansiedade, uso de psicotrópicos, sintomas relacionados com o stress psicológico, pior avaliação subjetiva da sua saúde e menor satisfação com a vida (Pearlin et al., 1990)

A evidência científica tem vindo a demonstrar que as pessoas que prestam cuidados a familiares idosos dependentes frequentemente sofrem de alterações adversas na vida familiar e social, problemas económicos e laborais, cansaço e desgaste prolongados, a nível físico e psíquico (Fadden et al., 1987; Cook et al., 1996; Goodman et al., 1997, citado por Brito 2002).

Relativamente à sobrecarga física, os cuidadores informais estão sujeitos a um elevado nível de *stress*. Apresentam problemas de saúde aumentados, tomam mais medicação e têm comportamentos de risco relacionados com a sua própria saúde. A sobrecarga emocional é referida como a dimensão mais afetada, tornando-se constante a presença de sentimentos de hostilidade, raiva, culpa, medo, revolta, solidão e pessimismo, podendo até desencadear sintomatologia psiquiátrica no decorrer da prestação de cuidados (Loureiro, 2008).

No que diz respeito à sobrecarga social, também esta é considerada uma dimensão geradora de *stress*, uma vez que a vida social do cuidador informal também é afetada, nomeadamente, pela falta de tempo disponível para si próprio, para tirar férias, passear, para visitar amigos ou familiares (Paúl, 1997).

O cuidador informal constitui portanto um elemento de extrema importância na atualidade, com responsabilidades acrescidas no futuro, na assistência ao idoso dependente. O cuidador pode assim, apresentar elevados níveis de ansiedade, derivado à sobrecarga, bem como por constatar que a sua estrutura familiar é afetada pela alteração dos papéis sociais. Ele é posto à prova constantemente pela capacidade de discernimento e adaptação à nova realidade, que exige além de dedicação, responsabilidade e paciência. Aceita o desafio de cuidar de outra pessoa, sem ter qualquer garantia de retribuição, ao mesmo tempo que é invadido pela carga emocional, podendo esta, gerar sentimentos ambivalentes em relação ao idoso. Diversos estudos têm demonstrado que sentimentos de *stress* ou sobrecarga no cuidador familiar são influenciados, mas não somente determinados, pelo tipo de doença ou grau de incapacidade da pessoa idosa (Figueiredo, 2007).

É principalmente na área da saúde mental que os efeitos da prestação de cuidados a familiares mais se fazem sentir, com níveis de depressão e ansiedade superiores aos da população em geral. (Moris et al., 1988; Nolan e Grant, 1989; Nolan 1990; Huckle, 1994; Paúl, 1997; Wagner et al., 1997; Brodaty, 1999, citado por Brito 2002).

Segundo Devi & Almazán (2002), os cuidadores informais identificam como fatores de *stress*, os seguintes:

- ✓ Cuidados diretos, contínuos, intensos e necessidade de constante vigilância;
- ✓ Falta de conhecimento ou de informação para desempenhar os cuidados;
- ✓ Sobrecarga de trabalho;
- ✓ Conflitos familiares relacionados com a falta de ajuda;
- ✓ Não reconhecimento do seu esforço;
- ✓ Dificuldade em adaptar as exigências do cuidar aos recursos disponíveis.

É comum escutar-se da parte dos cuidadores informais que se encontram numa tarefa solitária, onde a presença de amigos e familiares se torna cada vez menor à medida que o cuidar se prolonga no tempo. Assim sendo, de modo a dar resposta adequada a esta situação de crise, quer ao nível da prestação de cuidados ao utente, quer ao nível da adaptação da vida do cuidador a esta nova função, emerge como necessidade a aquisição e desenvolvimento de competências que contribuam para uma vivência positiva do ato de cuidar.

A enfermagem de saúde comunitária é deste modo convidada a intervir junto deste grupo alvo, que são os cuidadores informais, valorizando-os e empoderando-os numa relação de parceria no cuidar de pessoas com dependência, uma vez que durante o processo de cuidar se deparam com necessidades que têm de ser atendidas.

Segundo Pearlin et al. (1990), o *stress* sofrido pelos prestadores de cuidados é consequência de um processo que engloba uma série de condições interligadas, incluindo as características socioeconómicas e recursos dos prestadores de cuidados, bem como fatores de *stress* primários e secundários aos quais estão expostos. Os fatores de *stress* primários relacionam-se com funções de cuidar, que envolvem o apoio às atividades diárias (dimensão objetiva), as reações emocionais e os sentimentos face ao cuidar do familiar (dimensão subjetiva). Os fatores de *stress* secundários podem dividir-se em duas categorias: pressões relativas aos diferentes papéis sociais e actividades não relacionadas com a prestação de cuidados de saúde e pressões intrapsíquicas.

De referir que, Lage (2007, p. 416) considera importante:

- ✓ Reconhecer a sobrecarga do prestador de cuidados como uma área emergente de intervenção para os enfermeiros que, tendo nas famílias os seus parceiros de cuidados, devem levar a cabo intervenções precoces, individuais e terapêuticas que evitem situações de risco;
- ✓ Reconhecer que em virtude dos constrangimentos no atual sistema de cuidados de saúde, as famílias precisam mais do que nunca de suporte e informação, pois, quanto mais insuficientes e inadequados são os recursos, mais intensos são os cuidados a longo prazo prestados no domicílio;
- ✓ Criar redes de suporte que proporcionem conhecimentos, equipamentos e serviços/recursos às famílias envolvidas na prestação de cuidados a longo prazo;
- ✓ Proporcionar intervenções de suporte que aliviem o *stress*, particularmente quando as relações são difíceis, uma vez que os cuidadores precisam estar conscientes das intervenções alternativas que podem proporcionar ajuda social e a oportunidade de poderem continuar a ter as suas atividades;
- ✓ Proporcionar treino nas áreas mais problemáticas dos cuidados, dado os resultados de investigação mostrarem que a competência dos cuidadores pode fazer a diferença na diminuição do risco. Enfatizar o suporte emocional e informacional e não centrar apenas a atenção nos aspetos práticos/instrumentais do cuidado.

Nicholas (1993) referido por Fonseca (2005) afirma que o *stress* se verifica quando há um desequilíbrio entre as exigências ambientais e as capacidades de resposta do organismo, acrescentando que o *stress* traduz esse desequilíbrio variando com o estado psicológico da pessoa, com as condições ambientais físicas, com a avaliação que a pessoa faz das situações e com as percepções individuais que cada um tem acerca das situações. O presente autor refere ainda que os principais sinais de *stress* são:

- ✓ Sinais emocionais (tensão, irritabilidade, desassossego, agitação, alterações de humor, sentimentos negativos, fragilidade emotiva, ressentimento, episódios de ansiedade ou depressão);
- ✓ Sinais físicos (incapacidade de relaxar, dores de cabeça, dores de costas, dores cervicais, tremores, sensação de rutura física, fadiga, excesso de sono, maior incidência de pequenas doenças, más digestões, perda ou ganho de peso, problemas de pele e alterações menstruais);
- ✓ Sinais comportamentais (pressa constante, negligência consigo próprio em refeições ou descanso, auto sedação, ineficácia crescente, sensação de afastamento, pesadelos e perda ou excesso de apetite);
- ✓ Sinais cognitivos (fraca concentração, esquecimento, distrações frequentes, pensamentos negativos, sentimentos de desânimo, injustiça e ideias obsessivas);
- ✓ Sinais relacionais (perda de capacidade para lidar com as necessidades e exigências de outras pessoas, impaciência, intolerância, evitamento de companhia, controlo excessivo em relação a outros, desagradável nas relações sociais e familiares).

## 4. Instrumentos de Avaliação do Cuidador Informal

### 4.1. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal - QASCI

O Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) foi desenvolvido, em Portugal, por Martins et al. (2003) com a finalidade de avaliar as consequências a nível físico, psicológico e social do cuidador informal de pessoas funcionalmente dependentes.

O QASCI é composto na sua totalidade por 32 itens, avaliados por uma escala ordinal de frequência que varia entre 1 a 5. Integra 7 dimensões:

- ✓ Implicações na Vida Pessoal do cuidador (11 itens);
- ✓ Satisfação com o Papel e com o Familiar (5 itens);
- ✓ Reações a Exigências (5 itens);
- ✓ Sobrecarga Emocional relativa ao familiar (4 itens);
- ✓ Suporte Familiar (2 itens);
- ✓ Sobrecarga Financeira (2 itens);
- ✓ Perceção de Mecanismos de Eficácia e de Controlo (3 itens).

Neste instrumento, em três das subescalas que preconiza, as pontuações são invertidas para que valores mais altos correspondam a situações com maior peso ou sobrecarga. O presente instrumento permite avaliar de uma forma pormenorizada e abrangente os diferentes aspetos relacionados com a sobrecarga física, emocional e social do Cuidador Informal. Foi construído com base na identificação de fatores suscetíveis de conduzir a situações de sobrecarga e stress em Cuidadores Informais. Este instrumento foi submetido a um painel de juízes e posteriormente, a versão conseguida foi discutida com um grupo de especialistas, tendo sido encontrada uma versão por consenso (Martins et al., 2003).

#### **4.2. Questionário de Avaliação da Vulnerabilidade ao Stress – 23 QVS**

Este instrumento de avaliação tem como objetivo fundamental avaliar a vulnerabilidade psicológica que dado indivíduo apresenta perante uma situação indutora de *stress*. É uma escala unidimensional concebida de forma a que, quanto mais elevada for a nota global, mais previsível se torna que um indivíduo reaja de forma desadaptativa a um acontecimento indutor de stress. São avaliados 23 itens respondidos através de uma escala de Likert.

Estão em causa fatores como:

- ✓ Perfeccionismo e intolerância à frustração;
- ✓ Inibição e dependência funcional;
- ✓ Carência de apoio social;
- ✓ Condições de vida adversas;
- ✓ Dramatização da existência;
- ✓ Subjugação;
- ✓ Privação de afeto e rejeição.

#### **4.3. Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades - CAMI**

O índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI), como o próprio nome indica, apresenta as principais estratégias que o cuidador utiliza para superar as suas dificuldades na prestação de cuidados ao idoso.

## 5. Conclusão

Cabe aos profissionais de saúde, mais concretamente a nós enquanto enfermeiros, a mudança de uma abordagem baseada na patologia para uma abordagem baseada na prevenção. Assim, uma abordagem mais preventiva permitir-nos-á perspetivar a progressão do cuidador de uma condição de dificuldade, de insatisfação, de disfuncionalidade para uma situação de vitalidade, de funcionalidade, de satisfação, ou seja, este pode progredir de um ponto de menor saúde para um ponto de maior saúde. Torna-se deste modo fundamental, potenciar nos cuidadores informais, os mecanismos de *coping* e desenvolver as competências para o cuidar, resultando em benefícios terapêuticos mais do que os que se baseiam em modelos patológicos, que visam a diminuição da sobrecarga.

Os enfermeiros deverão por isso, ter um papel ativo no planeamento de programas de apoio e acompanhamento aos cuidadores, que assentem numa análise de necessidades de quem cuida e de quem é cuidado, devendo constituir-se como o elo de ligação entre o cuidador e os restantes elementos da equipa multidisciplinar, assumindo uma postura de disponibilidade e escuta ativa que lhes permita compreender os sentimentos, as dificuldades e os constrangimentos dos cuidadores.

Em suma, os enfermeiros podem e devem proporcionar à família apoio e contentamento, para que estas se sintam valorizadas. Deste modo, os cuidadores informais podem perceber que não são meros cuidadores vivendo no anonimato, num domicílio qualquer, mas que existem várias pessoas envolvidas neste processo, dispostas, capazes e prontas a ajudá-los.

## 6. Bibliografia:

- Barros, J. (2008), *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*, Porto, LivPsic.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados familiares a idosos*. Coimbra: Quarteto Editora
- Collière, M. (1989). *Promover a vida: Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. 2ª Tiragem. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Devi, J., & Almazán, I. (2002). Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo com demência. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*.
- Fernandes, J. J. (2009) *Cuidar no domicílio: a sobrecarga do cuidador família*. IV Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e desenvolvimento*, Lisboa: Climepsi editores.
- CIPE (1999) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão β2*, Lusodidacta.
- Lage, I. (2005). *Cuidados Familiares a Idosos*. In C. Paúl & A. Fonseca (orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Loureiro, N. V. (2008) – *A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência*. Porto: Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Dissertação de Mestrado.
- Martín, I.; Paúl, C. & Roncon, J. (2000). *Estudo de Adaptação e Validação da Escala de Avaliação de Cuidado Informal*. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol. 1.
- Martín, I. (2002). *Psicologia da doença de Machado-Joseph: estudo sobre doentes e seus cuidadores*. Dissertação para obtenção de grau de Doutor apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Martín, I. (2005). *O Cuidado Informal no Âmbito Social*. In C. Paúl. & A. Fonseca (orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Martins, T., Ribeiro, J., & Garret, C. (2003). *Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais*. *Psicologia, Saúde & Doenças*.

- Martins, T.; Ribeiro, J.L.P. & Garrett, C. (2004). Questionário de Avaliação do Cuidador Informal (QASCI) - Reavaliação das Propriedades Psicométricas. Referência. Vol. 11.
- Pacheco, J. (2002). Stress e coping nos estudantes do Ensino Básico. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Escola Superior de Educação, Faro: Universidade do Algarve.
- Paúl, C. (1997). Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente. Coimbra: Almedina.
- Pearlin, L.; Mullan, J. & Skaff, M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures, *The Gerontologist*.
- Pereira, M. (2007). Família, Saúde e Doença: Teoria, Prática e Investigação. In, Teixeira, J. (ed.). *Psicologia da Saúde – Contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi.
- Petronilho, F. (2006). Preparação do regresso a casa. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto: Universidade do Porto.
- Rezende, V., et al. (2005). Revisão Crítica de Instrumentos Utilizados para Avaliar aspectos Emocionais, Físicos e Sociais de Cuidador de Pacientes com Cancro na Fase Terminal da Doença. *Revista Brasileira de Cancerologia*.
- Savage, S. & Bailey, S. (2004). The impact of caring on caregivers' mental health: a review of the literature. *Australian Health Review*.
- Silva, J. F., (2006). Quando a vida chega ao fim. Expectativas do idoso hospitalizado e família. *Lusociência*.
- Vaz-Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: A 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*.

# **ANEXOS**

# **ANEXO I**

**(DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO CUIDADOR INFORMAL)**

## DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO CUIDADOR INFORMAL

Assinale apenas uma opção com uma cruz "X" nos quadrados ou preencha os espaços:

1 – Idade:

< 20 anos  20 a 34 anos  35 a 49 anos  50 a 64 anos  65 a 79 anos  ≥ 80 anos

2 – Género: M  F

3 – Estado Civil:

Casado (a)  União de facto  Solteiro (a)  Divorciado (a)/ Separado (a)  Viúvo(a)

4 – Escolaridade: \_\_\_\_\_

5 – Rendimento agregado familiar:

Até 300 €  300 € – 600 €  600 € – 1000 €  Mais de 1000 €

6 – Reside em:

Zona Rural  Zona Urbana

7 – Há quanto tempo cuida do(a) idoso(a):

< 2 meses  2 a 6 meses  6 a 12 meses  1 a 2 anos  2 a 5 anos  > 5 anos

8 – Tem a ajuda de familiares/amigos/vizinhos:

Não  Sim

9 – Tem ajuda de empregado(a) particular:

Não  Sim  Quantas Horas por dia? \_\_\_\_\_ Quantos dias na semana? \_\_\_\_\_

10 – Tem ajuda do Sistema Nacional de Saúde (Centro de Saúde ou Hospital):

Não  Sim  Quantas Vezes por dia? \_\_\_\_\_ Quantos dias na semana? \_\_\_\_\_

11 – Tem ajuda de Instituições Particulares (IPSS ou outras):

Não  Sim  Quantas Vezes por dia? \_\_\_\_\_ Quantos dias na semana? \_\_\_\_\_

12 – Na sua vida já experienciou situações semelhantes?

Não  Sim

## **ANEXO II**

**(QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR  
INFORMAL – QASCI)**

# QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR

## INFORMAL - QASCI

(Martins, T; Ribeiro, J.L.P; Garrett, C; 2003)

### Avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal

No quadro seguinte apresenta-se uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor indique referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

Nas últimas 4 semanas:

	Não/ Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
<b>Sobrecarga Emocional</b>					
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Implicações na vida pessoal</b>					
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?	1	2	3	4	5
11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Sobrecarga Financeira</b>					
16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Reações a exigências</b>					
18. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Mecanismo de eficácia de controlo</b>					
23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Suporte Familiar</b>					
26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Satisfação com o papel e com o familiar</b>					
27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto estima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

## **ANEXO III**

**(QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA VULNERABILIDADE AO STRESS –  
23 QVS)**

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA VULNERABILIDADE AO STRESS –

**23 QVS** (Vaz Serra, A; 2000)

	Discordo em absoluto	Discordo bastante	Nem concordo nem discordo	Concordo bastante	Concordo em absoluto
1. Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas.					
2. Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas					
3. Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes.					
4. Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais					
5. Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia.					
6. Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar.					
7. Dou e recebo afeto com regularidade					
8. É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem					
9. Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver.					
10. Sou um indivíduo que se enerva com facilidade.					
11. Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim.					
12. Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado					

<b>13</b> As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito					
<b>14.</b> <i>Dedico mais tempo às solicitações das outras</i> pessoas do que às minhas próprias necessidades					
<b>15.</b> Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão					
<b>16.</b> Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem Quanto esperava a realizar as minhas tarefas.					
<b>17.</b> Há em mim aspetos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas.					
<b>18.</b> Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto.					
<b>19.</b> Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero.					
<b>20.</b> Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem.					
<b>21.</b> O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais.					
<b>22.</b> Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar.					
<b>23.</b> Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço.					

Há mais algum problema que o incomoda e não tenha sido mencionado?

---



---



---

Obrigada pela sua colaboração!

## **ANEXO IV**

**(Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades - CAMI)**

## Formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades

(Brito, 2002; Sequeira 2007; 2010)

Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI). O CAMI é uma lista de 38 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando uma cruz (X) no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:	Faço assim e acho que:			
	Não procedo desta forma	Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bastante resultado
1. Estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri-lo				
2. Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante				
3. Falar dos meus problemas com alguém em quem confio				
4. Reservar algum tempo livre para mim próprio				
5. Planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer				
6. Ver o lado cómico da situação				
7. Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu				
8. Cerrar os dentes e continuar				
9. Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido				
10. Procurar obter toda a informação possível acerca do problema				
11. Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está				
12. Viver um dia de cada vez				
13. Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder				
14. Manter a pessoa de quem cuido tão ativa quanto possível				
15. Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível				
16. Pensar que a situação está agora melhor do que antes				
17. Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
18. Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução				
19. Chorar um bocado				
20. Aceitar a situação tal como ela é				

<b>21.</b> Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante				
<b>22.</b> Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe				
<b>23.</b> Tomar medidas para evitar que os problemas surjam				
<b>24.</b> Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas				
<b>25.</b> Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação				
<b>26.</b> Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento				
<b>27.</b> Manter dominados os meus sentimentos e emoções				
<b>28.</b> Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género				
<b>29.</b> Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido				
<b>30.</b> Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte				
<b>31.</b> Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes				
<b>32.</b> Procurar ver o que há de positivo em cada situação				
<b>33.</b> Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela				
<b>34.</b> Pensar que ninguém tem culpa da situação				
<b>35.</b> Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico				
<b>36.</b> Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes				
<b>37.</b> Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras				
<b>38.</b> Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa				

Se tiver outras maneiras de enfrentar os problemas, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida lhe parece que dão resultado.

Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:	Faço assim e penso que:		
	Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bastante resultado