



IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Relatório Final do Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Ana Carina Silva Cabecinhas

Leiria, março de 2025



IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Relatório Final do Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso: Fator conhecimento

Trabalho apresentado para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Ana Carina Silva Cabecinhas, Nº 5230767

Docente Orientadora: Professora Doutora Teresa Kraus

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II, com Relatório Final

Leiria, março de 2025

“As forças são inestimáveis recursos de poder e energia, que residem na pessoa, e podem ser evocadas para fazer face aos desafios da vida e desenvolver oportunidades.”

Laura Gottlieb (2016)

AGRADECIMENTOS

Este percurso foi bastante desafiador a nível pessoal, tal como uma montanha-russa, houve períodos altos de superação e momentos baixos de frustração. Ainda assim, houve sempre alguém que me ajudou a ir no sentido ascendente da montanha para que conseguisse ir ultrapassando os obstáculos que se foram atravessando ao longo do caminho.

Gostaria de expressar a minha gratidão à minha orientadora, Professora Doutora Teresa Kraus Barros, pela sua orientação, partilha e apoio incondicional ao longo deste processo.

Agradeço também à professora [REDACTED] pela sua ajuda fundamental para o desenvolvimento deste trabalho a nível da componente de investigação.

Ao Professor Doutor [REDACTED] pela sua disponibilidade e gentileza em partilhar o seu conhecimento e paixão pela Enfermagem Comunitária.

Às Enfermeiras Especialistas [REDACTED] e [REDACTED] pela sua boa disposição, orientação, partilha e disponibilidade que tanto contribuíram e enriqueceram este meu percurso pessoal e profissional.

Às minhas colegas mestrandas: à [REDACTED], pelas partilhas, espírito de equipa, entreajuda e apoio nas horas mais difíceis e, à [REDACTED], pelo seu espírito alegre, de companheirismo e pelos momentos de amizade.

Às minhas colegas de trabalho, pelo incentivo em abraçar este desafio e por me ajudarem em todos os ajustes de horário que foram necessários.

Um agradecimento especial à minha família, pelo apoio incondicional e peço perdão pelos momentos de ausência.

Mãe e pai, [REDACTED] e [REDACTED] por serem o meu porto seguro e estarem sempre lá para o que precisar.

Às minhas irmãs, [REDACTED] e [REDACTED], por existirem e saber que poderei sempre contar convosco.

E um agradecimento especial ao meu namorado, [REDACTED], pela paciência nos dias de maior frustração, apoio incondicional e encorajamento para a conclusão deste mestrado.

Por fim, agradeço a todos os participantes na pesquisa, idosos e colegas enfermeiros, cujas contribuições foram essenciais para a realização deste estudo. Sem a sua colaboração, este trabalho não teria sido possível.

Muito obrigada a todos!

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VII
ÍNDICE DE QUADROS	VII
ABSTRACT	X
INTRODUÇÃO	11
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA	14
1.1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO MÉDIO TEJO	16
1.2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE ██████████	17
2. MODELOS DE REFERÊNCIA PARA A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	20
2.1. MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	20
2.2. MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO	24
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	30
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	30
3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	30
3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	31
3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	32
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	34
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	36
3.2.1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.....	36
3.2.2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades	37
3.2.3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde	40
3.2.4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico	41
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	43
4.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	43
4.1.1. Envelhecimento.....	44
4.1.2. Doenças crónicas e polimedicação	45
4.1.3. Adesão ao regime medicamentoso.....	47

4.2. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA BASEADO NA METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	49
4.3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	51
4.3.1. Caracterização da população da área de abrangência da UCC [REDACTED] – [REDACTED] [REDACTED], [REDACTED] e [REDACTED]	51
4.3.2. População-alvo e amostra	56
4.3.3. Considerações éticas	57
4.3.4. Avaliação do Empoderamento Comunitário para a adesão ao regime medicamentoso	58
4.3.5. Instrumentos de colheita de dados	60
4.3.6. Análise dos dados	61
4.3.7. Diagnósticos de Enfermagem	64
4.4. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	66
4.5. FIXAÇÃO DOS OBJETIVOS	68
4.6. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	69
4.7. PREPARAÇÃO PARA A EXECUÇÃO DAS INTERVENÇÕES	72
4.8. EXECUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	77
4.9. AVALIAÇÃO DO PROJETO	79
5. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA	86
CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	
ANEXO I – Resumo da carteira de Serviços da Unidade de Saúde Pública do Médio Tejo de 2023	
ANEXO II – Documento utilizado durante sessão de Educação para a Saúde	
ANEXO III – Certificado das formações em serviço	
ANEXO IV – Certificado de participação no Congresso “Envelhecimento Protegido”	
ANEXO V – Certificados dos trabalhos de investigação realizados ao longo do estágio	
ANEXO VI – Autorização para utilização das escalas	
ANEXO VII – Parecer da comissão de ética	
ANEXO VIII – Apresentação utilizada para aplicação da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário	
ANEXO IX – Questionário de Avaliação do Processo Comunitário (aplicado aos profissionais)	
ANEXO X – Questionário de Avaliação do Processo Comunitário (aplicado aos idosos)	

APÊNDICES

APÊNDICE I – Apresentação sobre “Violência no Namoro” utilizada para alunos do 7º ano

APÊNDICE II – Questionário aplicado na apresentação sobre “Violência no Namoro” utilizada para alunos do 10º ano

APÊNDICE III – Apresentação sobre “Estratégias de Promoção da Saúde” utilizada para os Enfermeiros da UCC

APÊNDICE IV – Revisão da literatura: Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso

APÊNDICE V – Consentimentos informados entregues aos profissionais de saúde e aos idosos

APÊNDICE VI – Tratamento dos dados estatísticos obtidos nos Questionários de Diagnóstico do Processo Comunitário

APÊNDICE VII – Cronograma de Projeto

APÊNDICE VIII – Apresentação do Projeto à equipa

APÊNDICE IX – Sessão apresentada aos idosos “Conhecimentos e Estratégias de adesão ao regime medicamentoso”

APÊNDICE X – Cartaz de sensibilização

APÊNDICE XI – Guia orientador para Enfermeiros sobre “Adesão ao regime medicamentoso em idosos polimedicados”

APÊNDICE XII – Folheto para idosos sobre “Polimedicação segura”

APÊNDICE XIII – Material utilizado para avaliar a sessão com os idosos “Conhecimentos e Estratégias de adesão ao regime medicamentoso”

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Localização do Médio Tejo na região de Lisboa e Vale do Tejo.....	14
Figura 2 - Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC [REDACTED].....	15
Figura 3 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (revisto).....	22
Figura 4 - Exemplo do resultado da avaliação do nível de Empoderamento Comunitário	26
Figura 5 - Matriz de Decisão Clínica do MAIEC.....	28
Figura 6 - Esquematização do método de Planeamento em Saúde.....	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Resultado da aplicação da EAVEC.....	59
Gráfico 2 – Evolução do score da escala MAT antes e após o Projeto.....	79
Gráfico 3 – Avaliação da apresentação do Projeto/Empoderamento Comunitário.....	80
Gráfico 4 – Avaliação dos instrumentos realizados sobre a adesão ao regime medicamentoso.....	80
Gráfico 5 – Avaliação da sessão “Estratégias de Promoção da Saúde”.....	81

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Processo de Planeamento em Saúde de acordo com o MAIEC.....	29
Quadro 2 - Síntese da avaliação da comunidade com base no MAIEC.....	65
Quadro 3 – Diagnósticos de Enfermagem (CIPE) da comunidade de acordo com o MAIEC.....	66
Quadro 4 – Método de priorização CENDES-OPAS.....	67
Quadro 5 – Priorização dos Diagnósticos de Enfermagem do Projeto.....	67
Quadro 6 – Objetivos do Projeto.....	68
Quadro 7 – Mapa de conceitos utilizado na Revisão Integrativa da Literatura.....	69
Quadro 8 – Plano de ação do Projeto.....	73
Quadro 9 – Avaliação do Projeto.....	82

RESUMO

O presente relatório foi realizado com o objetivo de ser feita uma análise crítico-reflexiva sobre o percurso que desenvolvi para a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

Na primeira parte será realizada uma breve análise crítica e reflexiva sobre os ensinamentos clínicos que decorreram ao longo de todo o percurso académico, nomeadamente na Unidade de Saúde Pública do Médio Tejo e a Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED], onde adquiri e desenvolvi competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista. Numa segunda parte, irei descrever o Projeto de Intervenção Comunitária que desenvolvi, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, sendo abordadas as etapas: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, escolha das estratégias, elaboração e execução do Projeto e a respetiva avaliação.

O Projeto de Intervenção Comunitária designado “Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso” refere-se a uma População de 21 idosos do concelho de [REDACTED]. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre a temática de forma a sustentar a prática com uma base de evidência científica.

O envelhecimento populacional é uma realidade a nível mundial, que aumenta a prevalência de doenças crónicas entre a população e, por sua vez, o recurso a múltiplos fármacos para o seu controlo. Este facto, aliado à progressiva e gradual deterioração da vertente física e cognitiva verificada nos idosos, colocam este grupo vulnerável. A segurança do doente, em geral, e a segurança na medicação em específico, originam um problema de saúde pública e cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública intervir nesta problemática.

Neste Projeto procedeu-se à avaliação do nível de Empoderamento Comunitário, através da aplicação do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário. Para avaliação da Gestão Comunitária foi aplicada a Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário e a escala Medida de Adesão aos Tratamentos. Os dados obtidos, juntamente com os resultados da revisão da literatura, permitiram a definição de diagnósticos de Enfermagem, desenvolver intervenções com a comunidade de idosos e melhorar a sua adesão ao regime medicamentoso. Numa fase posterior, perspetiva-se a expansão deste Projeto idealmente a toda a área de abrangência da Unidade Local de Saúde do Médio Tejo.

Palavras-chave: Enfermagem; Enfermagem em Saúde Comunitária; Saúde Pública; Polimedicção; Idoso; Empoderamento.

ABSTRACT

This report aims to provide a critical and reflective analysis of the journey undertaken to acquire the common and specific competencies of a Master's Degree Nurse specialising in Community Health and Public Health Nursing.

The first part will be a brief critical and reflective analysis of the clinical training that took place throughout my academic career, namely at the Médio Tejo Public Health Unit and the [REDACTED] Community Care Unit, where I acquired and developed a specialist nurse's common and specific competencies. In the second part, I will describe the Community Intervention Project developed by me, based on the Health Planning methodology, covering the following stages: diagnosis of the situation, definition of priorities, setting of objectives, choice of strategies, preparation and implementation of the project and its evaluation.

The Community Intervention Project entitled "Community Empowerment of polymedication elderly people to adhere to their medication regime" covered 21 elderly people from the municipality of [REDACTED]. An integrative review of the subject's literature was carried out to support the practice with a scientific evidence base.

An ageing population is a reality all over the world, leading to an increase in the existence of chronic diseases among the population and, in turn, the use of multiple drugs for its control. This, coupled with the gradual and progressive physical and cognitive decline experienced by the elderly, makes them a vulnerable group. Patient safety in general, and medication safety in particular, is a public health problem and it is up to the Nurse Specialising in Community and Public Health Nursing to intervene in this issue.

This project assessed the level of Community Empowerment by applying the Community Assessment, Intervention and Empowerment Model. The Community Empowerment Assessment Scale and the Treatment Adherence Measure scale were used to assess community management. The data obtained, together with the results of the literature review, allow the definition of nursing diagnoses, developing interventions with the elderly community and improve their adherence to the medication regime. At a later stage, the project is expected to be expanded, ideally to the entire area covered by the Médio Tejo Local Health Unit.

Keywords: Nursing; Community Health Nursing; Public Health; Polypharmacy; Aged; Empowerment.

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II com relatório final, inserida no 1º semestre do 2º ano do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, lecionada na Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), no ano letivo 2024/2025, foi proposta a elaboração do presente relatório, sob a orientação da docente Teresa Kraus.

O Relatório Final de Estágio é um instrumento essencial para a avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências, permitindo uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada de todo o trabalho elaborado e uma análise criteriosa e fundamentada do estágio realizado (OE, 2021).

O Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II ocorreu em duas unidades: Unidade de Saúde Pública do Médio Tejo (USPMT) no polo de [REDACTED] entre 2 de setembro de 2024 e 18 de outubro de 2024 (125 horas) e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED] entre 21 de outubro de 2024 e 3 de fevereiro de 2025 (250 horas). Estas horas, de contacto presencial em contexto de prática clínica, decorreram sob orientação de um Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e sob supervisão da Professora Teresa Kraus.

Este período de estágio constitui um ponto central no meu processo de transição de Enfermeira de cuidados gerais para Enfermeira Especialista. Neste relatório será apresentada uma síntese crítica da organização, estruturação e atividades que fizeram parte deste processo, sendo ainda integrada uma componente de investigação (OE, 2021).

Como objetivos gerais para este estágio pretende-se desenvolver competências de Enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e desenvolver competências específicas de Enfermagem especializada na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Kraus, 2024).

Como objetivos específicos pretende-se: executar processos de cuidados de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, evidenciando um conhecimento avançado dos referenciais teóricos da disciplina; utilizar em contexto prático os conhecimentos científicos, implementando programas e projetos de saúde de âmbito comunitário mediante o diagnóstico efetuado; refletir acerca das práticas e dos resultados obtidos resultantes da prática especializada de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; elaborar o presente relatório crítico-refletivo da prática que evidencie o diagnóstico efetuado, o Projeto de intervenção, a intervenção e os resultados obtidos dessa intervenção na comunidade (Kraus, 2024).

Por fim, como objetivos transversais pretende-se comunicar os resultados de intervenção com linguagem técnico-científica; gerir, adequadamente, o tempo e os recursos e gerir e conceber projetos (tomada de decisão) com vista à resolução de problemas (Kraus, 2024).

Este relatório contém, não só a descrição das atividades que permitiram o desenvolvimento das competências científicas, técnicas e relacionais do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP), como evidencia a operacionalização do Projeto de Intervenção Comunitária desenvolvido ao longo do estágio com recurso ao método do Planeamento em Saúde.

Existem diversos autores com diferentes abordagens para as fases do Planeamento em Saúde. Para o presente trabalho será utilizado o método referência de Imperatori & Giraldes (1982), que organiza este Planeamento em seis fases: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação. A fase da avaliação ocorre não apenas numa fase final, sendo um processo sistemático de pesquisa, questionamento e reflexão acerca das diversas fases e consistindo na escolha, planeamento e ainda reformulação, quando necessário (Rodrigues, 2021).

O EESCSP demonstra ser detentor de conhecimentos e competências clínicas especializadas e aprofundadas sobre uma determinada área de intervenção, nomeadamente, no Planeamento em Saúde, que carece de uma elevada capacidade apreciação clínica e tomada de decisão. Este profissional tem como foco a comunidade, intervindo em processos de vida e problemas de saúde de grupos ou comunidades e população, desenvolvendo programas/projetos de intervenção com o intuito de capacitar e empoderar para a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (Regulamento n.º 348/2015 de 19 de junho, 2015).

Importa clarificar a distinção entre Plano, Programa e Projeto. O Plano pretende dar resposta às necessidades da população e são medidas gerais, com uma orientação a longo prazo [como por exemplo o Plano Nacional de Saúde (PNS)]; um Programa pretende dar resposta a necessidades em saúde mais concretas de uma determinada população/comunidade, com objetivos gerais e uma perspetiva a médio prazo; o Projeto é planeado a curto prazo, definindo objetivos específicos e metas a alcançar que vão de encontro ao que está definido nos programas e, por sua vez, de acordo com o plano (Melo, 2020).

A temática selecionada para o Projeto de Intervenção Comunitária partiu do diagnóstico da situação de saúde da USPMT, sendo que a prevalência de doenças crónicas é um dos principais problemas locais de Saúde Pública identificados. Associado a esta problemática

surge a polimedicação e suas consequências (risco aumentado para as taxas de morbilidade, mortalidade e dificuldade na reconciliação terapêutica). Esta problemática foi também identificada pelos profissionais de saúde da UCC [REDACTED], como uma área prioritária de intervenção, agravada pelo elevado número de utentes sem médico de família na região.

A evidência tem demonstrado que a abordagem clínica centrada no idoso considera a sua capacidade de tomar decisões, tendo em conta as suas necessidades, preferências, valores e metas na prevenção e controlo dos riscos associados ao regime polimedicamentoso. Partindo desta abordagem, o Empoderamento Comunitário emerge como processo e como resultado, através de modelos de gestão de medicamentos interprofissionais, colaborativos e centrados no idoso sujeito a polimedicação (Melo, 2020).

Desta forma, foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de dar resposta à questão de investigação “Como aumentar a adesão dos idosos polimedicados ao regime medicamentoso através do Empoderamento Comunitário?” e aplicada a metodologia do Planeamento em Saúde para dar resposta a esta problemática.

Este relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos. Nos primeiros capítulos serão evidenciados os contextos da prática clínica dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública: no primeiro capítulo será feita uma breve caracterização dos contextos de prática clínica onde decorreu o estágio; no segundo capítulo serão abordados os referenciais teóricos que serviram de base para o Projeto de Intervenção Comunitária e no terceiro capítulo será realizada uma análise crítico-reflexiva relativamente à aquisição dos objetivos do estágio, baseado nas competências comuns e específicas do EESCSP desenvolvidas. O quarto capítulo refere-se à prática baseada na evidência e subdivide-se em nove capítulos, sendo realizado um enquadramento teórico da temática escolhida e feita referência às etapas do Planeamento em Saúde, nomeadamente o diagnóstico da situação de saúde, definição das prioridades, fixação dos objetivos, seleção das estratégias desenvolvidas, preparação para a execução das intervenções, execução das intervenções e avaliação do Projeto. Por fim, será feita uma reflexão sobre as implicações dos resultados deste estudo para a prática clínica. Em anexo e apêndice podem ser consultados diversos documentos que complementam o trabalho.

Adicionalmente, foram tidas em consideração as regras de formatação presentes no Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESSLei na realização do presente trabalho (Instituto Politécnico de Leiria, 2018).

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

O estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública ocorreu na Unidade Local de Saúde do Médio Tejo (ULSMT), que integra a região de Lisboa e Vale do Tejo. Na Figura 1 pode ser consultado onde se localiza o Médio Tejo. A ULSMT intervém na área geodemográfica que inclui os municípios de Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Mação, Sardoal, Tomar, Torres Novas, Vila de Rei e Vila Nova da Barquinha (VNB). É constituída pelo Hospital Dr. Manoel Constâncio (Abrantes), pelo Hospital Nossa Senhora da Graça (Tomar), pelo Hospital Rainha Santa Isabel (Torres Novas) e por 35 Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários.

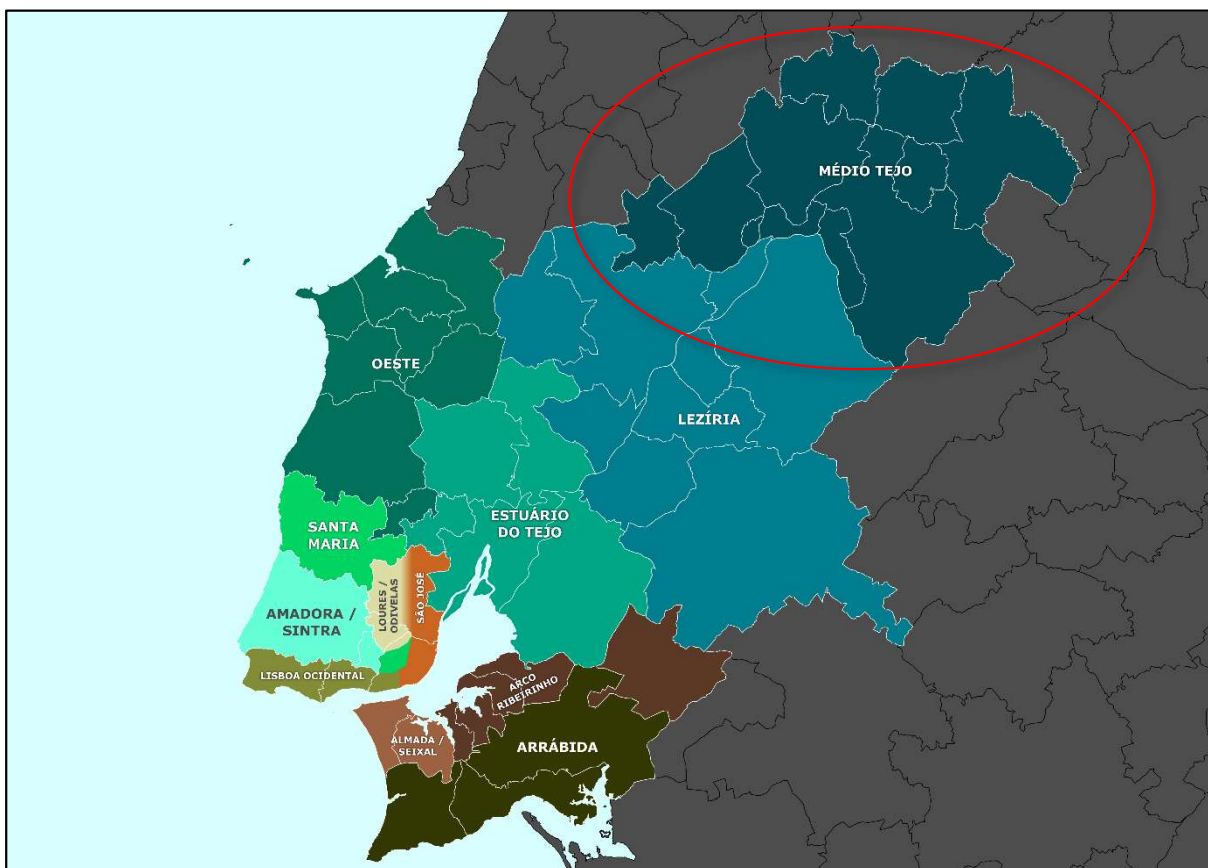


Figura 1 - Localização do [REDACTED] na região de Lisboa e Vale do Tejo

Fonte: SNS. (31 de janeiro de 2025). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido em 22 de fevereiro de 2025, de ARS Lisboa e Vale do Tejo: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/Pages/default.aspx>

O Estágio foi desenvolvido em duas unidades funcionais, sendo que o contexto de saúde pública decorreu na USPMT – no polo de [REDACTED] e o contexto de cuidados na comunidade decorreu na UCC [REDACTED] – que abrange os concelhos de [REDACTED], [REDACTED] e [REDACTED].

A região do Médio Tejo abrange uma área de 2.481km² e cerca de 210.533 habitantes contudo, com a recente reformulação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o município de [REDACTED] deixou de estar incluído (com 44.538 habitantes) na ULSMT e passou a integrar o

município de [REDACTED] com 3.279 habitantes, pelo que a região ficou com 41.259 habitantes a menos, ou seja, com um total de 169.274 utentes (USPMT, 2023). Em relação aos municípios da área de abrangência da UCC de [REDACTED]: [REDACTED] tem 49,5km², [REDACTED] 13,7 km² e [REDACTED] 80,4 km², perfazendo uma área total de 143,7km² com 4, 2 e 3 freguesias, respetivamente (USPMT, 2024).

Entre 2011 e 2021, verificou-se que, anualmente, a população residente na área geográfica da ULSMT tem vindo a reduzir, tendo ocorrido uma diminuição de 8,8% deste parâmetro. Este facto aplica-se à totalidade dos concelhos abrangidos (USPMT, 2024).

A UCC [REDACTED] abrange 31.224 utentes (7.488 em [REDACTED], 21.709 no [REDACTED] e 4.888 em [REDACTED]), sendo que o índice de dependência total é de 61,54%, distribuindo-se entre 38,53% o de idosos e 23,01% o de jovens (SNS, 2025). Seguidamente é apresentada a Figura 2, na qual consta a pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC [REDACTED].

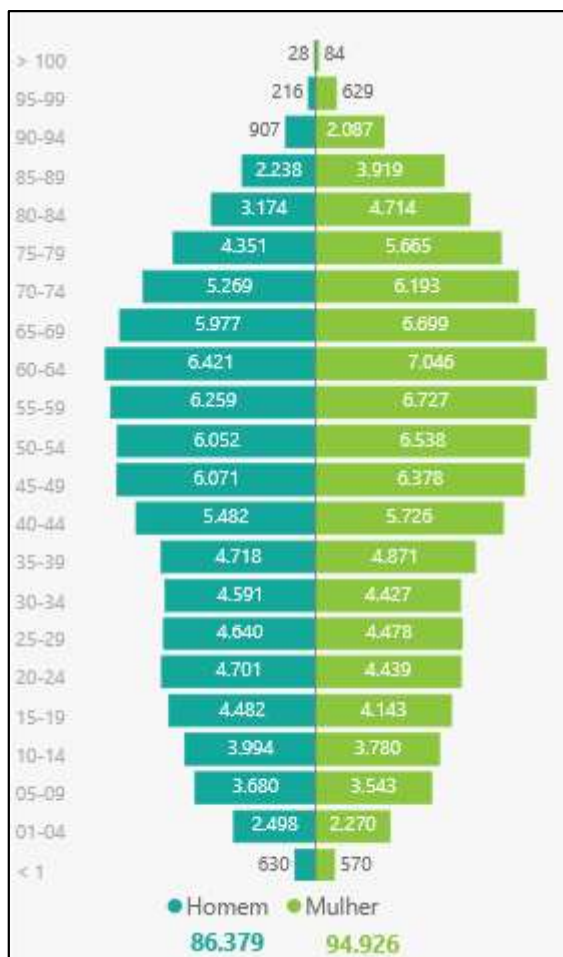


Figura 2 - Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC [REDACTED]

Fonte: SNS. (janeiro de 2025). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido em 22 de fevereiro de 2025, de UCC [REDACTED]: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/939/30041/Pages/default.aspx>

De acordo com o Diagnóstico da Situação de Saúde 2021-2023, em relação a cada um dos concelhos, verifica-se que em [REDACTED] houve uma diminuição da população nas faixas etárias dos 0 aos 54 anos e um aumento da população a partir dos 80 anos de idade (sobretudo mulheres). No [REDACTED] constata-se que ocorreu uma diminuição da população nas faixas etárias dos 0 aos 9 anos e dos 25 aos 49 anos e observa-se um aumento da população acima dos 50 anos. Em [REDACTED] constatou-se uma diminuição da população com maior significado nos mais jovens e um aumento da população a partir dos 50 anos de idade (USPMT, 2024). No subcapítulo sobre o Diagnóstico da situação de saúde, será feita uma análise mais aprofundada das características dos municípios abrangidos pela UCC.

De seguida serão descritas sucintamente as duas unidades onde decorreram os estágios: USPMT e UCC [REDACTED].

1.1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO MÉDIO TEJO

A USPMT funciona como o observatório da saúde e tem como função “elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde” (Decreto-Lei nº 137/2013 de 7 de outubro, 2013, p. 6053).

Esta unidade tem como missão “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde (...) Deverá igualmente garantir, de forma célere e efetiva, a proteção da saúde das populações, sempre que a mesma esteja em causa.” (SNS, 2024).

A unidade é constituída por uma equipa técnica multidisciplinar: Enfermeiros especialistas, médicos de saúde pública, secretários clínicos, higienistas orais e técnicos de saúde ambiental. Estes elementos encontram-se distribuídos pelos diversos polos da região e articulam-se entre si. Através desta articulação, entre os diversos recursos humanos e físicos, é possível intervir com foco em grupos específicos mais vulneráveis e em diferentes contextos de saúde.

Como metodologia de trabalho é utilizado o Planeamento em Saúde, com base no Diagnóstico da Situação de Saúde 2021-2030, a unidade dispõe de uma carteira de serviços vasta, existindo um ou mais responsáveis por cada um dos programas/projetos. No ANEXO I pode ser consultada uma síntese desta carteira de serviços, estando sublinhados aqueles programas/projetos em que tive oportunidade de participar (USPMT, 2023).

As dotações seguras dos cuidados de Enfermagem encontram-se no Regulamento nº743/2019 e surgem para garantir a segurança e qualidade dos cuidados de saúde para a população e instituições. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros deve haver um EESCSP por cada 30.000 habitantes. O [REDACTED] (MT) abrange 169.274 habitantes, assim sendo, de acordo com o cálculo das dotações seguras da Ordem dos Enfermeiros, seriam necessários seis Enfermeiros especialistas (Decreto-Lei nº 184/2019 de 25 de setembro, 2019).

A nível local verifico que são cumpridas as dotações seguras no que diz respeito ao número de Enfermeiros (existem seis na unidade), mas não em relação à especialidade, pois um dos Enfermeiros não tem a especialidade em saúde comunitária e saúde pública, mas sim em saúde materna e obstétrica. Tornou-se favorável a saída do município de [REDACTED] da área de abrangência do MT para o cumprimento das dotações seguras, contudo, idealmente, todos os Enfermeiros deveriam ter a especialidade em saúde comunitária e saúde pública.

1.2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A UCC [REDACTED] abrange a população dos concelhos de [REDACTED], [REDACTED] e [REDACTED], abrangendo uma área geográfica total de 143,57km². De acordo com o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a unidade abrange 31.975 utentes de nove freguesias distintas, sendo o índice de dependência total de 67,76%, que se distribui em 23,55% para os jovens e 38,21% nos idosos (SNS, 2024).

Como missão, pretende contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área de abrangência, visando a obtenção de ganhos em saúde e, desta forma, contribuir para a missão da ULSMT, através da prestação de cuidados de saúde de proximidade em casa e na comunidade, no local de trabalho e nas escolas, a indivíduos, famílias e grupos vulneráveis (Decreto-Lei n.º 10143/2009 de 16 de abril, 2009).

A UCC [REDACTED] presta cuidados de saúde interdisciplinares e colaborativos em dois níveis de atuação: nível comunitário e prestação direta de cuidados de saúde. São desenvolvidas intervenções dirigidas a grupos, enquadradas nos diversos níveis de atuação dos Programas Nacionais prioritários, Plano Nacional e Local de Saúde. Através de equipas multidisciplinares são prestados cuidados de saúde a pessoas, famílias e grupos vulneráveis em risco, com dependência física e funcional ou doença que necessite de acompanhamento. A UCC atua ainda no desenvolvimento de parcerias e integração em redes de apoio à pessoa, família e comunidade (UCC [REDACTED], 2024).

Este serviço tem um modelo de gestão por objetivos, estando estes identificados, temporizados e quantificados no Plano de Atividades e Carta de Compromisso. Este plano é

realizado a cada três anos, com metas traçadas anualmente. Cada projeto tem um elemento responsável pela sua concretização, tendo em conta a sua formação, experiência e motivação (UCC ██████████, 2023).

A carteira de serviços da UCC ██████████ encontra-se dividida em três áreas (UCC ██████████, 2024):

- **Gestão da Saúde**, que inclui: promoção do aleitamento materno, preparação para o parto e parentalidade, recuperação no pós-parto e desafios da parentalidade;
- **Gestão da Doença**, abrangendo: cuidados continuados integrados, capacitação e apoio ao prestador de cuidados, reabilitação respiratória e gestão do doente crónico;
- **Intervenção Comunitária**, composta por: saúde escolar, necessidades de saúde especiais, ação de saúde para crianças e jovens em risco, prevenção da violência em adultos, intervenção precoce na infância, promoção da saúde na comunidade, ação e inserção social e rede social.

Esta unidade está organizada em Equipas de Intervenção e a cada Equipa é atribuída um elemento de referência, sendo este responsável pela dinamização do trabalho em equipa de forma a garantir o planeamento, realização e avaliação dos projetos e processos associados. Cada Equipa reúne periodicamente para planear e avaliar as atividades, discutir casos, articular a multidisciplinaridade, avaliar métodos de trabalho, discutir e resolver obstáculos. É ainda realizada uma reunião geral semanal em que participam todos os elementos da equipa presentes. É utilizada uma metodologia de melhoria contínua da qualidade, estando organizada por processos, sendo nomeado um gestor de caso a cada processo, a quem o utente pode recorrer (UCC ██████████, 2023).

As equipas de intervenção são as seguintes: Equipa de Cuidados Continuados Integrados, Equipa de Gestão do Doente Crónico, Equipa de Capacitação e Apoio ao Prestador de Cuidados, Equipa de Saúde Escolar, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Equipa de Prevenção da Violência no Adulto e Idoso e Equipa de Promoção da Saúde na Comunidade (UCC ██████████, 2023).

Esta unidade integra profissionais de diversas áreas, nomeadamente 13 Enfermeiros, duas assistentes técnicas e profissionais que colaboram a tempo parcial: um médico, duas assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga.

Em relação ao cálculo das dotações seguras dos cuidados de Enfermagem, a avaliação da dimensão da equipa da UCC deve ser feita anualmente, de forma a ajustar os recursos humanos à evolução das necessidades em cuidados de saúde da comunidade. Deverá haver

pelo menos um Enfermeiro até 5.000 habitantes e cada unidade deve integrar pelo menos um Enfermeiro especialista, preferencialmente em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Deve ainda haver articulação com Enfermeiros de outras especialidades, nomeadamente: Saúde Materna e Obstétrica (um por cada 200 nascimentos), Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde Mental e Psiquiátrica e em Reabilitação.

A nível local é cumprido o número de Enfermeiros por habitante, mas em relação às especialidades notam-se ainda algumas lacunas, estando estas em processo de reformulação com a integração de Enfermeiros da unidade a frequentar formação neste sentido (Regulamento nº743/2019 de 25 de setembro, 2019).

No próximo capítulo serão abordados os referenciais teóricos e operacionais que serviram de base para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção Comunitária desenvolvido.

2. MODELOS DE REFERÊNCIA PARA A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

O cuidado de Enfermagem não se limita a competências técnicas, nem ao cuidado em situação de doença ou à satisfação de necessidades. A evolução da disciplina de Enfermagem, através de modelos e teorias, tem permitido o desenvolvimento de conceitos metaparadigmáticos relativamente ao foco dos cuidados de Enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

Os modelos e teorias de Enfermagem permitem compreender a forma como os Enfermeiros olham para a Pessoa. A evolução do pensamento em Enfermagem, mostra que o foco dos cuidados começa na Pessoa individual, sendo as famílias e comunidade recursos de interação. Posteriormente, existe a integração do indivíduo na sua relação com o mundo e o foco dos cuidados foi-se orientando para a família, enquanto sistema dinâmico (onde se insere o indivíduo). Mais recentemente, surgiu a comunidade como unidade de cuidados de Enfermagem, sendo um sistema com identidade e dinâmica próprias, na qual os indivíduos e grupos comunitários interagem entre si e com o ambiente comunitário (Melo, 2020).

De seguida são descritos os dois modelos teóricos que conduziram a prática de cuidados de Enfermagem ao longo do estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, constituindo-se referenciais importantes na transição para EESCSP. O Modelo de Promoção da Saúde serviu como uma base teórica e o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário, apesar de teórico, serviu também como base para uma componente mais operacional do Projeto de Intervenção Comunitária desenvolvido.

2.1. MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

De acordo com a Carta de Ottawa, a Promoção da Saúde é definida como um processo de capacitação da comunidade, com vista a melhorar a sua qualidade de vida e obter ganhos em saúde, com uma maior participação dos indivíduos neste processo. Assim, este processo passa por desenvolver poder nas comunidades através de sistemas com vista à participação dos indivíduos em assuntos relacionados com a saúde. A promoção da saúde favorece o desenvolvimento pessoal e da sociedade através da divulgação de informação, educação para a saúde e aumento de estilos de vida saudáveis (OMS, 1986).

Como modelo teórico de referência para sustentar o Projeto de Intervenção Comunitária desenvolvido, foi utilizado o Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender. Torna-se cada vez mais pertinente abordar o termo Promoção da Saúde ao invés do modelo biomédico, que procura a cura para uma determinada doença.

De acordo com este Modelo, a promoção da saúde é uma competência de Enfermagem e fornece uma ferramenta teórico-prática para os Enfermeiros desenvolverem a promoção da saúde baseados em evidências científicas (Santi & Baldissera, 2023).

Os 5 principais conceitos do Modelo são:

- **Pessoa** - organismo biopsicossocial, parcialmente moldado pelo ambiente, capaz de resolver os seus problemas através do compromisso com o plano de ação, a tomada de decisão e a mudança de comportamentos de saúde (Tomey & Alligood, 2002);
- **Ambiente** - contexto social, cultural e físico e que pode ser facilitador de comportamentos mais saudáveis, através do acesso aos recursos de saúde, determinantes sociais e económicos e do contexto comunitário onde a pessoa se insere (Tomey & Alligood, 2002);
- **Enfermagem** - colabora com a comunidade, indivíduos e famílias para criar um ambiente que promova a saúde e o bem-estar, pela promoção da mudança de comportamentos e autocuidado, através do compromisso (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011);
- **Saúde** - comportamentos que envolvem o autocuidado, relacionamentos satisfatórios e atitudes que promovam um ambiente saudável e estruturado (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011);
- **Doença** - aguda ou crónica, que pode dificultar ou facilitar a adoção de atitudes saudáveis (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

A Promoção da Saúde inclui estilos de vida e comportamentos que permitem as pessoas maximizarem o seu potencial através de mudanças individuais, organizacionais e comunitárias. Para Pender, os indivíduos têm capacidade de mudança se detiverem autoconhecimento, autorregulação, tomada de decisão e resolução de problemas, assim, deve ser desenvolvido um plano de mudança efetiva motivado pelo desejo de proteger a saúde e evitar doenças ou com desejo de aumentar a saúde na presença ou ausência de doença (Santi & Baldissera, 2023).

O diagrama proposto por Nola Pender (Figura 3) é composto por três componentes centrais que direcionam o Enfermeiro a selecionar estratégias que promovem a saúde: características e experiências individuais, sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se deseja alcançar e resultado do comportamento (Santi & Baldissera, 2023).

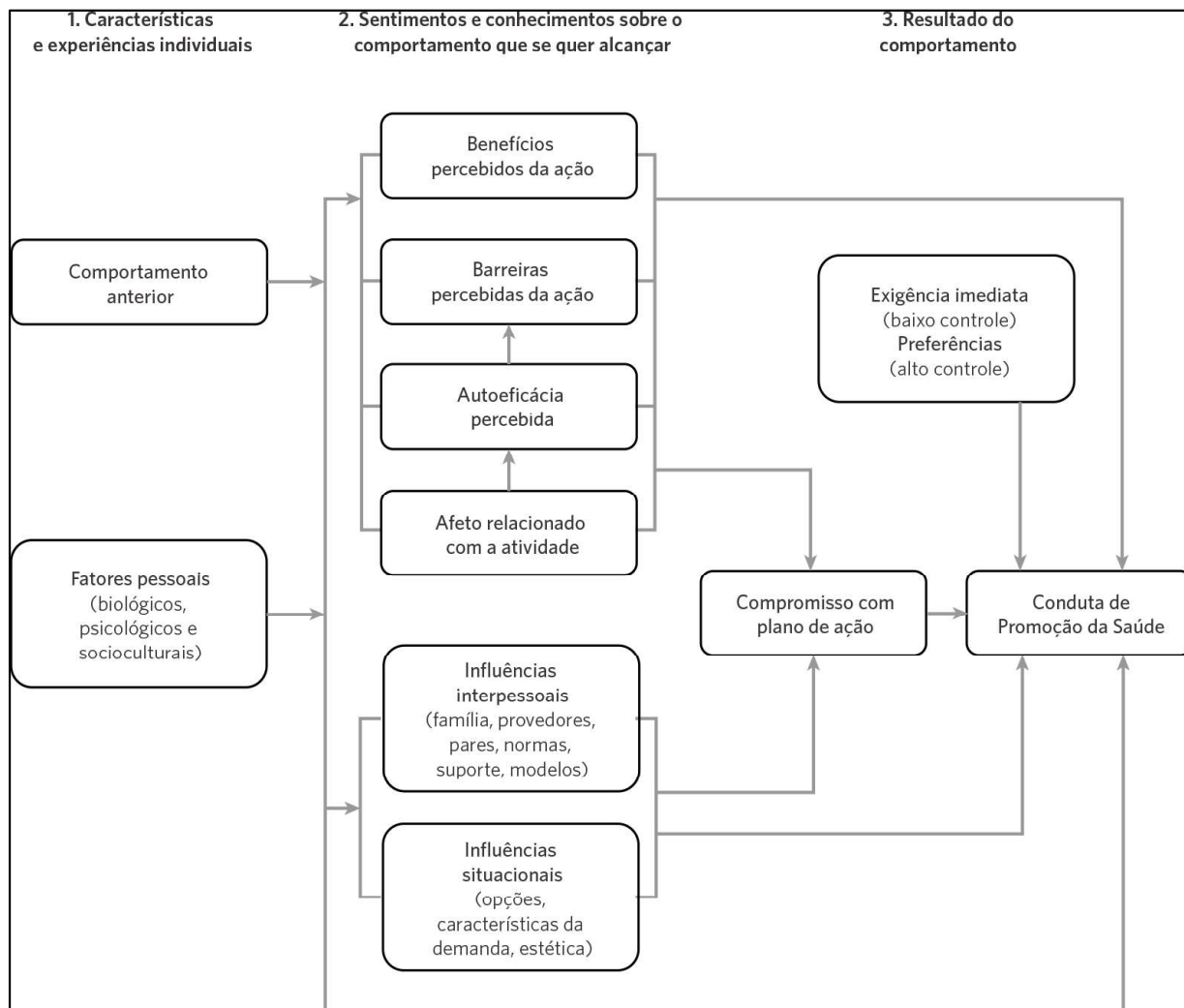


Figura 3 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (revisto)

Fonte: Santi, D. B., & Baldissera, V. D. (outubro-dezembro de 2023). Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. *Saúde em Debate*, 47(139), pp. 993-996. doi:10.1590/0103-1104202313919

A nível das características e experiências individuais é tido em conta que a perspetiva, vivências e interpretações dos indivíduos condicionam os seus comportamentos. O comportamento que deve ser mudado (comportamento anterior), relaciona-se com os hábitos e “fatores pessoais”, sendo estes biológicos (como sexo, idade, maturação sexual, índice de massa corporal, agilidade), psicológicos (por exemplo autoestima, motivação) e socioculturais (como educação e nível socioeconómico) (Santi & Baldissera, 2023)

O segundo componente diz respeito aos sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento específico que se deseja atingir, sendo este o foco principal de Enfermagem, pois estes podem ser alterados através de intervenções, permitem analisar os benefícios e barreiras para a ação, a autoeficácia da pessoa e os sentimentos associados ao comportamento, assim como as influências do meio externo (Santi & Baldissera, 2023).

Os “benefícios percebidos”, são interiorizados quando existe uma experiência positiva (direta ou indireta), sendo importante fazer um reforço positivo de tais condições. As “barreiras

percebidas” são perceções negativas de um comportamento (como dificuldades e custos pessoais), pelo que é fundamental o Enfermeiro referir benefícios/barreiras para maximizar os efeitos positivos no curto e no longo prazo do comportamento promotor de saúde (Santi & Baldissera, 2023).

A “autoeficácia” é o julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar as ações e é um forte preditor da mudança de comportamento. A autoeficácia relaciona-se com o “afeto relacionado com a atividade”, ou seja, as estratégias de promoção da saúde executadas pelos Enfermeiros devem ser no sentido do *feedback* positivo (Santi & Baldissera, 2023).

Quanto às “influências interpessoais”, dizem respeito à influência de outras pessoas, família, cônjuge ou por normas/modelos sociais, existindo uma maior suscetibilidade a este fator na fase de vida da adolescência (Santi & Baldissera, 2023).

As “influências situacionais” dizem respeito ao facto de o ambiente poder facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde, pelo que é importante ter conhecimento dessas influências de forma a ser favorecido um contexto ambiental propício ao comportamento promotor de saúde (Santi & Baldissera, 2023).

Finalmente, o terceiro componente reflete o compromisso da pessoa com o plano de intervenção, ou seja, são necessárias ações que possibilitem à pessoa manter-se motivada e comprometida com um comportamento de promoção de saúde. Exigências imediatas implicam pouco controlo da pessoa no seu comportamento, enquanto as preferências pessoais exercem um grande controlo sob as ações de mudança (Santi & Baldissera, 2023).

A promoção e Educação para a Saúde estão diretamente relacionadas com a motivação das pessoas para as mudanças de comportamentos. Assim, os profissionais de saúde devem conhecer as estratégias mais efetivas para promover a mudança e que motivem a pessoa a adotar os comportamentos que melhoram a sua saúde (Loureiro & Miranda, 2018).

Esta ideologia não é recente, seguindo a linha de pensamento da Carta de Otawa de 1986, pretende-se que o foco seja a aquisição de conhecimentos que sensibilizem para a importância da adoção de comportamentos que promovam a saúde e que, desta forma, sejam praticados comportamentos saudáveis.

De acordo com o modelo de Nola Pender, importa ter em conta que o ambiente (contexto sociocultural e físico) no qual a população se insere, pois este influencia os seus comportamentos. A Enfermagem colabora com os grupos/comunidades vulneráveis, no sentido de criar um ambiente promotor de um melhor estado de saúde e bem-estar, promovendo o autocuidado, relacionamentos satisfatórios e atitudes que promovam um ambiente saudável e estruturado (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

De acordo com o Regulamento nº428/2018 (2018), o EESCSP tem como competência específica a capacitação de grupos e comunidades, com vista à consecução de projetos de saúde coletivos, cabendo-lhe assim definir estratégias de promoção da capacitação de grupos e comunidades vulneráveis, de forma a estes serem capazes de promover a sua própria saúde. Com este Modelo, o EESCSP é capaz de realizar o diagnóstico de saúde de uma comunidade (identificando os comportamentos habituais e os fatores internos que o influenciam), executar e implementar um plano de intervenção baseado nos sentimentos que a comunidade tem em relação ao seu comportamento e de acordo com as influências externas. Desta forma, há um ambiente favorável e um compromisso que motiva a comunidade a adotar comportamentos com vista à melhoria do estado de saúde e bem-estar, através da promoção do autocuidado, relacionamentos satisfatórios e atitudes que promovam um ambiente saudável e estruturado (Santi & Baldissera, 2023).

2.2. MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

Recapitulando o raciocínio da Carta de Ottawa, a promoção da saúde ocorre através da capacitação de grupos e comunidades, sendo importante ter em conta uma abordagem sistémica da comunidade, pois esta é influenciada pela interação, partilha de informações e mecanismos de comunicação. Ao direcionar a comunidade como cliente, emergiu um processo de investigação que permite explicar e descrever o cuidado de Enfermagem especializada em Saúde Comunitária (Melo, 2020).

O Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) é a base teórica e prática que permite orientar os Enfermeiros na sua tomada de decisão quando a comunidade é a unidade dos cuidados de Enfermagem, objetivando a promoção do Empoderamento Comunitário (Melo, 2020) .

A capacitação pode ser vista como uma fase do Empoderamento Comunitário, com foco no desenvolvimento das capacidades individuais. Contudo, por si só, esta não permite empoderar, pois requer uma constante monitorização por parte do Enfermeiro para garantir que o agente capacitado (a comunidade) assume determinadas funções ou tarefas. Já o Empoderamento Comunitário diz respeito à delegação na comunidade para que esta tome decisões sobre a resolução dos seus próprios problemas (Melo, 2020).

O Empoderamento Comunitário pode ser considerado como um processo e um resultado dos cuidados de Enfermagem do EESCSP, na capacitação de grupos e comunidades (competência específica), que deve ser orientado por referenciais teóricos que promovam a tomada de decisão, como o caso do MAIEC (Melo, 2020).

Entende-se o Empoderamento Comunitário como um processo contínuo, onde estão enquadrados nove domínios (Melo, 2020):

- **Participação comunitária** - capacidade de os membros da comunidade, individual ou coletivamente, assumirem a responsabilidade de avaliar as suas necessidades e problemas;
- **Liderança local** - deve ser desenvolvido um estilo de liderança que permita a participação e responsabilização nos processos de tomada de decisão;
- **Estruturas organizacionais** - que estejam empoderadas, ou seja, estruturas que desenvolvam metas e objetivos comuns que as fortalecem, na procura de recursos e desenvolvimento de parcerias, voltando-se para o exterior;
- **Capacidade para avaliar os problemas** - este domínio requer uma transferência de poder nos membros da comunidade, a partir de pequenos grupos ou organizações comunitárias para a reflexão das suas necessidades/problemas e na gestão de resolução para os mesmos;
- **Capacidade para questionar/consciencialização crítica** - capacidade de refletir sobre a razão para o estado atual da comunidade e para a procura de soluções para o futuro através da discussão coletiva sobre os assuntos da comunidade;
- **Mobilização de recursos** - capacidade de a comunidade transformar, rentabilizar e ampliar o seu capital para responder aos seus problemas e necessidades, sendo para tal necessário haver um conhecimento sobre os recursos existentes e crenças facilitadoras do seu envolvimento;
- **Ligações a outros** - a articulação entre os diferentes recursos da comunidade permite criar redes, colaborações e parcerias comunitárias;
- **Relação com os agentes externos** - esta relação deve ser de igualdade entre o agente promotor de ligação e a comunidade, através do envolvimento de pequenos grupos comunitários ou organizações comunitárias no mesmo nível de responsabilidade;
- **Gestão do programa** - através da capacidade da comunidade para controlar a gestão do programa/projeto, sendo que habitualmente é difícil distanciar o agente externo do papel de gestor, tendo este agente de assumir um papel transformado de relações.

Estes domínios permitem avaliar e compreender a evolução da comunidade e do seu Empoderamento e integram uma escala designada por Glenn Laverack (em 2006) de *Empowerment Assessment Rating Scale*, e que foi traduzida e adaptada culturalmente para as comunidades portuguesas, designando-se de Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAveC) (Melo, 2020).

A avaliação destes domínios, através da aplicação da EAvEC, deve ser feita aplicando a técnica com grupos focais da comunidade, tendo em conta o tema do programa ou projeto em desenvolvimento. Para cada um dos nove domínios existem cinco depoimentos que são apresentados aleatoriamente, sem que os membros da comunidade os interpretem como níveis crescentes dentro de cada domínio. Após a análise dos depoimentos, os elementos presentes devem chegar a um consenso sobre qual o depoimento que melhor caracteriza a comunidade que estão a representar. Esta avaliação pode ser transformada num gráfico de radar, que permite observar o nível de Empoderamento Comunitário em cada um dos nove domínios relativamente a um determinado tema. Na Figura 4 é apresentado um exemplo de um gráfico de radar de uma comunidade que foi avaliada com a EAvEC (Melo, 2020).

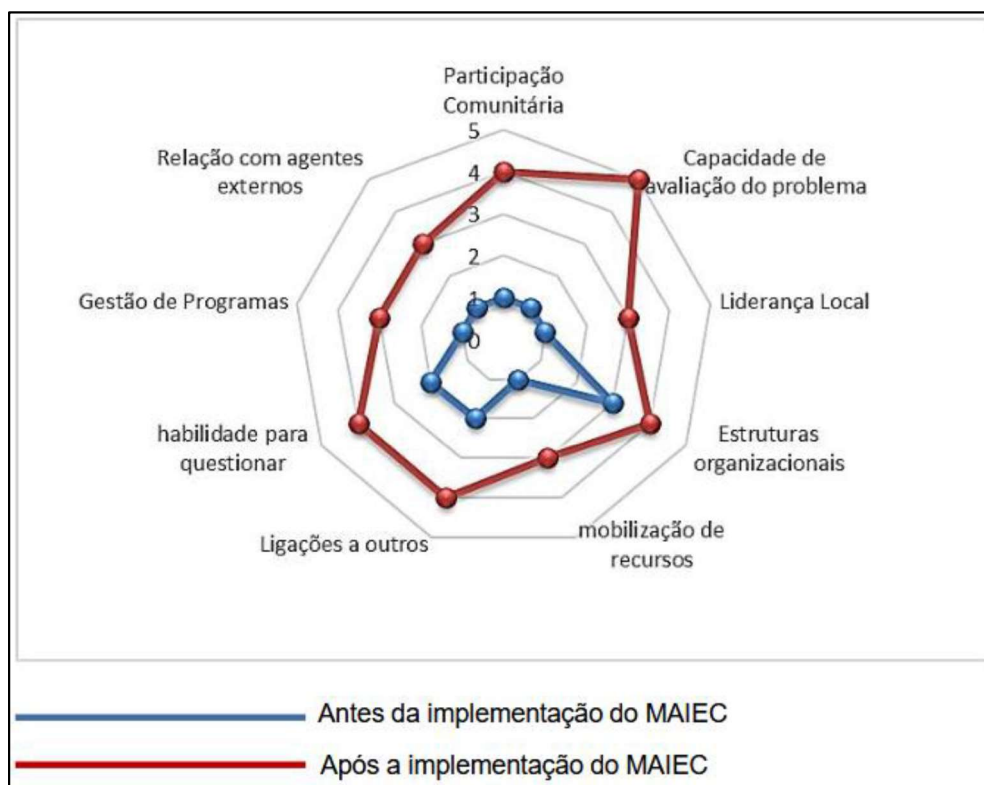


Figura 4 - Exemplo do resultado da avaliação do nível de Empoderamento Comunitário
Fonte: Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel.

O MAIEC é baseado no Modelo Contínuo de Empoderamento Comunitário de Glenn Laverack e nos pressupostos e postulados do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Maria Henriqueta Figueiredo. Emerge assim um referencial teórico com foco na comunidade, constituído por conceitos, pressupostos, postulados e uma Matriz de Decisão Clínica que auxilia os Enfermeiros na tomada de decisão centrada na comunidade como unidade de cuidados (Melo, 2020).

Os conceitos deste modelo estão relacionados com os conceitos metaparadigmáticos da Enfermagem, sendo eles: Comunidade, Ambiente Comunitário, Saúde Comunitária e Cuidados de Enfermagem à Comunidade (Melo, 2020).

A **Comunidade** é definida como um conjunto de indivíduos que estão integrados num contexto geográfico definido, com funções identificadas e que partilham objetivos comuns. É um sistema relacional aberto, onde interagem pessoas, grupos e organizações comunitárias. Existem vários tipos de comunidades que podem ser alvo de intervenção dos Enfermeiros, como são exemplo as seguintes comunidades: residencial, escolar, empresarial, hospitalar, cuidados de saúde primários, prisional, residencial para pessoas idosas e centro de dia (Melo, 2020).

O **Ambiente Comunitário** inclui os indivíduos da comunidade e elementos externos que mantêm uma interação com a comunidade, os elementos físicos, recursos económicos e financeiros e as políticas comunitárias (Melo, 2020).

A **Saúde Comunitária** consiste no processo dinâmico em que a participação, processo e liderança comunitários, em conjunto, levam à capacidade de identificar e resolver os problemas de saúde, através do processo de Empoderamento Comunitário, elementos físicos, recursos económicos e financeiros e políticas comunitárias (Melo, 2020).

Por fim, os **Cuidados de Enfermagem à Comunidade** dizem respeito a uma intervenção colaborativa e potenciadora da comunidade a nível da gestão comunitária, que leva a ganhos em saúde comunitários sensíveis aos cuidados de Enfermagem (Melo, 2020).

A utilização do MAIEC como referencial teórico prevê que o Enfermeiro (enquanto agente externo promotor do Empoderamento Comunitário) trabalhe em parceira com os membros e líderes da comunidade, potenciando os recursos existentes na comunidade em que se intervém (Melo, 2020).

A avaliação das necessidades e problemas da comunidade deve ser feita através da metodologia do Planeamento em Saúde, nomeadamente com a priorização dos problemas e seleção das intervenções mais ajustadas, de forma a promover o Empoderamento Comunitário (Melo, 2020).

A Matriz de Decisão Clínica do MAIEC (Figura 5) incorpora um processo prescritivo de decisão clínica e inclui as áreas de atenção, diagnósticos e as intervenções de Enfermagem centrados na comunidade, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Melo, 2020).

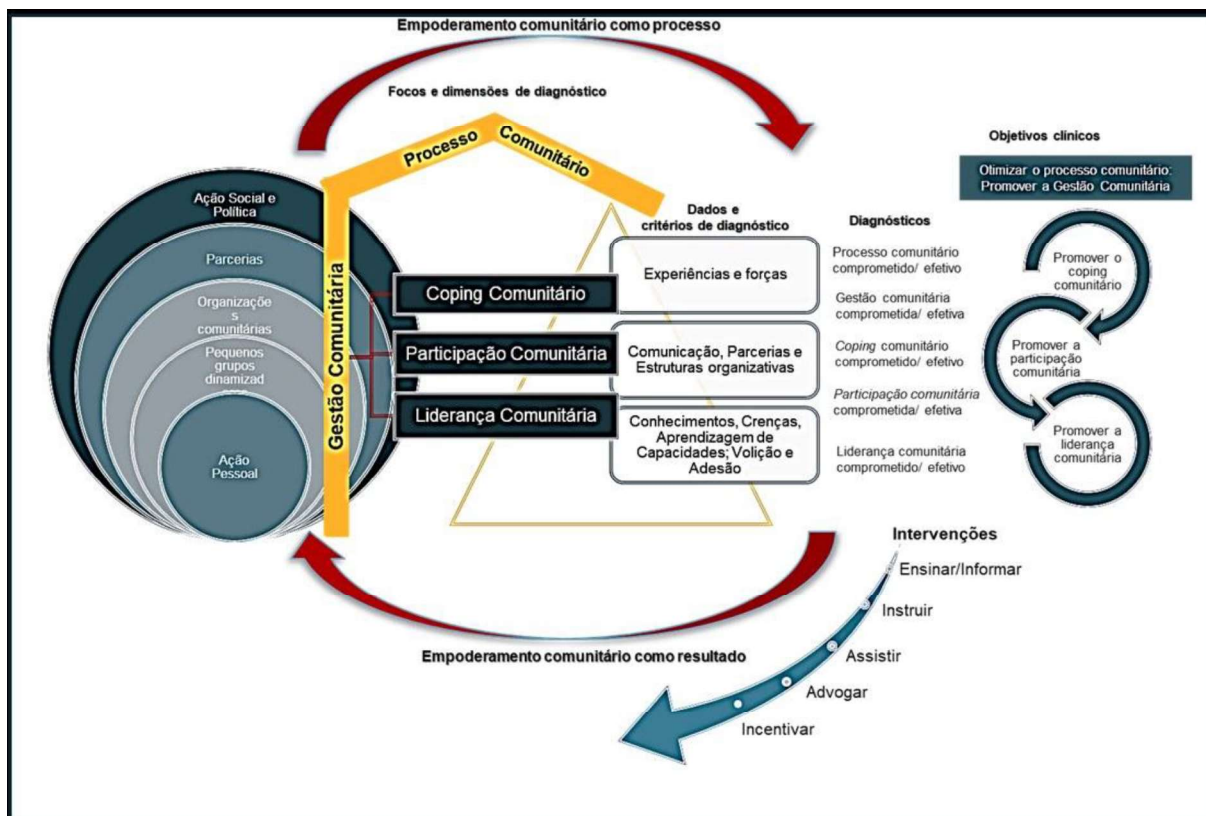


Figura 5 - Matriz de Decisão Clínica do MAIEC

Fonte: Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel.

A gestão comunitária é o foco de atenção central do Enfermeiro e, dentro deste foco, são identificados três diagnósticos: *Coping Comunitário*, *Participação Comunitária* e *Liderança Comunitária*. Estes três diagnósticos dividem-se ainda em subdiagnósticos (Melo, 2020).

A gestão comunitária é definida como a capacidade de a comunidade mobilizar recursos para identificar e resolver os seus problemas, no contexto dos processos intencionais e dos processos de interação com o ambiente comunitário (Melo, 2020).

O *Coping Comunitário* está relacionado com as experiências anteriores da comunidade (face às problemáticas em estudo) e confere-lhe estratégias adaptativas para lhes dar resposta, constituindo-se como estratégias de *coping* comunitário. A *Participação Comunitária* remete para os processos de interação da comunidade, através de parcerias comunitárias, mecanismos de comunicação e desenvolvimento de organizações comunitárias. A *Liderança Comunitária* está relacionada com os processos intencionais da comunidade e com a ação pessoal, sendo influenciada pela dimensão cognitiva e atitudinal, como os conhecimentos, as crenças ou a volição (Melo, 2020).

Ao avaliar estes subdiagnósticos, considera-se que a gestão comunitária está comprometida caso uma destas dimensões de diagnóstico esteja alterada. A Matriz de Decisão Clínica do MAIEC inclui também as intervenções do Enfermeiro que dão resposta a cada um dos diagnósticos comprometidos e que objetivam melhorar a gestão comunitária: melhorar o

coping comunitário, promover a participação comunitária e promover a liderança comunitária (Melo, 2020).

De seguida, é apresentado o Quadro 1 com as fases que devem ser seguidas para a aplicação do MAIEC como referencial teórico e operativo, tendo em conta as etapas do Planeamento em Saúde (Melo, 2020).

Quadro 1 - Processo de Planeamento em Saúde de acordo com o MAIEC

Elaboração do Plano	<u>Preparação do diagnóstico:</u> - Revisão da literatura; - Análise dos Diagnósticos Locais de Saúde; - Discussão do projeto com o Enfermeiro da Unidade de Saúde Pública; - Preparação dos instrumentos de colheita de dados
Execução	<u>Diagnóstico:</u> - Grupo focal para aplicação da EAvEC; - Preparação dos instrumentos de colheita de dados; - Aplicação dos instrumentos de colheita de dados; - Apresentação dos diagnósticos e avaliação da gestão comunitária. <u>Intervenção:</u> - Aplicação das intervenções com pequenos grupos (estudantes, professores, encarregados de educação); - Aplicação das intervenções da matriz de decisão clínica do MAIEC.
Avaliação	<u>Avaliação:</u> - Grupo focal para aplicação da EAvEC; - Reaplicação dos instrumentos de colheita de dados direcionados para as questões intervencionadas.

Fonte: Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel.

Para avaliação da eficácia da intervenção na promoção do Empoderamento Comunitário, é necessário reaplicar a EAvEC. Desta forma, é possível perceber se houve ou não uma melhoria no Empoderamento da comunidade face à problemática em que se interveio. Não existe evidência consistente sobre o espaço temporal em que se deve reavaliar o Empoderamento Comunitário, pois este é um processo contínuo e dinâmico. Contudo, de acordo com Laverack e Wallerstein (2001), podem ser necessários sete ou mais anos para se atingir o nível pleno de Empoderamento Comunitário. Nos Projetos o MAIEC tem sido aplicado e a prática tem sido a reavaliação da EAvEC um ano após a intervenção comunitária (Melo, 2020).

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os cuidados de saúde têm progredido no sentido de uma evolução constante a nível técnico e científico, sendo que a diferenciação e especialidade são cada vez mais uma realidade nas diversas classes profissionais, incluindo a Enfermagem (Decreto-Lei n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

O Enfermeiro especialista tem competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de Enfermagem na sua área de especialidade. A atribuição do título de especialista pressupõe não só as competências específicas de cada uma das especialidades, como também um conjunto de competências comuns, aplicáveis a qualquer contexto de prestação de cuidados de saúde (Decreto-Lei n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Neste capítulo serão abordadas as competências desenvolvidas, fazendo referência às dificuldades e estratégias utilizadas para as ultrapassar.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do Enfermeiro especialista abrangem 4 domínios, sendo estes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Decreto-Lei n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Ao longo deste estágio pude identificar a hierarquia e organograma dos serviços, bem como a metodologia de trabalho adotada. Além da Enfermagem, pude ainda compreender o papel dos restantes profissionais de saúde nas unidades e apreender melhor a dinâmica, funcionamento e articulação entre os vários elementos das equipas.

A aplicação deste domínio é algo presente na minha prática profissional, sendo diária a existência da responsabilidade profissional, ética e legal, com base em princípios e valores descritos no Código Deontológico do Enfermeiro, bem como de acordo com o enquadramento jurídico. Foi algo que realizei ao longo deste estágio, respeitando questões como o assegurar o acesso à informação, a confidencialidade e segurança da informação escrita e oral que adquiri, assim como o respeito pela privacidade, escolha e autodeterminação e valores, costumes e crenças espirituais.

Ao longo deste período tive ainda a possibilidade de realizar o pedido de parecer à comissão de ética para desenvolvimento do Projeto de Intervenção Comunitária, que se revelou em

processo bastante complexo e moroso, o que retardou do início de desenvolvimento do Projeto.

Ao longo do estágio compreendi o motivo de desenvolvimento dos programas e projetos desenvolvidos nesta região e de que forma estes respondem às necessidades da comunidade, não só através da análise do Diagnóstico de Saúde da região, como também pelo conhecimento mais aprofundado da comunidade.

3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Realizei auditorias de controlo da qualidade na área da segurança e proteção de dados, que apliquei aos vários polos da USPMT. Este processo foi realizado em conjunto com um técnico de saúde ambiental e através de uma *check-list* foi verificado se os parâmetros eram cumpridos e, quando aplicável, alertado o profissional para melhores práticas.

Com base nos resultados obtidos nas auditorias, é possível partilhar os resultados e identificar oportunidades de melhoria através da seleção de prioridades e estratégias com vista à melhoria da qualidade. Verifiquei que onde havia maiores lacunas era na existência de informação clínica dos utentes sem estar devidamente acondicionada, algo que vou transportar para a minha prática profissional, o cuidado pela confidencialidade da informação clínica.

Tanto na USPMT como na UCC, tive oportunidade de participar em reuniões de serviço com os diversos profissionais onde foram discutidos os projetos e programas que se encontram a ser desenvolvidos e, através da envolvimento de toda a equipa, foram identificadas oportunidades de melhoria.

Neste estágio procurei dar resposta aos enunciados descritos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Estes direcionam e servem de referência para a prática profissional do enfermeiro especialista, de seguida serão descritos e é feita uma correlação entre estes enunciados e as atividades desenvolvidas ao longo do estágio (OE, 2017).

A nível da Satisfação do Cliente, este enunciado foi garantido através do desenvolvimento de intervenções com respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos, pela empatia nas interações com os utentes/comunidade e pelo envolvimento destes no processo de cuidados. A nível do Projeto de Intervenção Comunitária desenvolvido, isto ficou espelhado através do envolvimento dos idosos na fase diagnóstica e de definição das intervenções (OE, 2017).

Este Projeto permitiu-me liderar, integrar e avaliar processos comunitários, com vista à capacitação do grupo de idosos polimedicados, através da identificação da situação de saúde

da população e os recursos existentes, levando à promoção de estilos de vida saudáveis. Dando assim resposta ao enunciado de Promoção da Saúde, com o desenvolvimento de intervenções de Enfermagem no sentido de ajudar os idosos polimedicados a alcançarem o seu potencial máximo de saúde (OE, 2017).

Na procura permanente da excelência profissional, são também definidos os enunciados de Prevenção de Complicações e o Bem-estar e Autocuidado, no sentido de prevenir complicações para a saúde dos grupos/comunidades, maximização do seu bem-estar e suporte nas atividades em que possam ser dependentes. Isto foi garantido não só pelo desenvolvimento do Projeto com vista à adesão ao regime medicamentoso (com maior autonomia, responsabilização social, promoção da saúde e de prevenção de complicações associadas à polimedicação), como também pela participação nos diversos programas e projetos desenvolvidos na USPMT e UCC (OE, 2017).

O enunciado da Readaptação Funcional tem em conta que o EESCSP deve, em conjunto com o grupo/comunidade, desenvolver processos de adaptação eficazes aos problemas de saúde. Isto foi assegurado através da potencialização dos recursos da comunidade, através: da discussão em grupo sobre a temática (na aplicação da EAvEC) e desenvolvimento de instrumentos de apoio como o Cartaz de sensibilização (APÊNDICE X) sobre a temática do Projeto, o Guia orientador para Enfermeiros sobre “Adesão ao regime medicamentoso em idosos polimedicado” (APÊNDICE XI) e o folheto para idosos sobre “Polimedicação segura” (APÊNDICE XII) e (OE, 2017).

Para a garantia do enunciado da Organização dos Cuidados de Enfermagem, foi utilizada a taxonomia CIPE tanto nos registos realizados em *SClínico* nos contextos práticos como nos diagnósticos identificados no Projeto de Intervenção Comunitária.

Por fim, o enunciado de Planeamento em Saúde e Vigilância foi garantido através do desenvolvimento do Projeto com base na metodologia do Planeamento em Saúde e pela participação no Projeto “Vigilância Epidemiológica – Doenças de Notificação Obrigatória”, desenvolvido na USPMT.

3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Nas unidades funcionais, a responsabilidade pelo desenvolvimento dos diversos programas/projetos é distribuída pelos elementos da equipa. Tive oportunidade de acompanhar a gestão e colaborar no desenvolvimento de alguns destes projetos, tendo ficado a compreender melhor o enquadramento destes relativamente às necessidades identificadas e importância de intervenção. Portanto, foi importante conhecer os projetos, metas, indicadores a atingir e as estratégias adotadas para o desenvolvimento de cada um.

Na USP, um dos Projeto que acompanhei mais de perto foi o “PROSEGURO“, desenvolvido no âmbito da prevenção de acidentes rodoviários. Neste, tive oportunidade de participar numa sessão de sensibilização para comportamentos de risco nos jovens a frequentar o 9º ano. Uma das grandes dificuldades encontradas deveu-se à conciliação desta sessão com o horário escolar dos estudantes, numa das visitas houve necessidade de adiamento e numa outra visita o professor e alunos não estavam previamente informados desta sessão e houve alguns constrangimentos iniciais com o início da sessão, nomeadamente com dificuldades informáticas. Este facto reforçou a dificuldade em, por vezes, conseguirmos cumprir metas muito ambiciosas, pois muito rapidamente surgem imprevistos fora do nosso alcance que as podem comprometer.

A nível da UCC, os Projetos onde tive mais oportunidades de participar foi a nível da Saúde Escolar. Anualmente, a equipa da UCC envia uma proposta de temas a serem desenvolvidos com cada um dos anos letivos, de acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar. A nível local, nas escolas, existe o Programa de Educação para a Saúde, que integra um representante de cada ciclo escolar e que tem um coordenador que articula com a UCC se, de acordo com as características de cada turma, é pertinente abordar as temáticas propostas, podendo até sugerir outras temáticas que os docentes percecionem como prioritárias. Desta forma, existe uma articulação entre o EESCSP e os professores sobre as temáticas a serem desenvolvidas ao longo do ano letivo, de acordo com as especificidades de cada turma.

Tive oportunidade de participar em sessões de educação para a saúde em diversos anos letivos:

- Ao 2º ano sobre Saúde Oral, em que foi apresentado um vídeo sobre a temática. Seguidamente foi realizada uma exposição interativa com os alunos sobre o número de vezes que se deve lavar os dentes e qual a quantidade de pasta de dentes necessária, foi exemplificada como deve ocorrer uma correta higienização através de um modelo de uma dentadura, foi abordado o tema da alimentação (nomeadamente evitar comer açucares sem lavar os dentes de seguida) e, foi ainda, abordada a importância da realização de atividade física;

- Ao 4º ano sobre o Corpo e Higiene do Corpo, em que foi facultada uma ficha para legendar o corpo humano (ANEXO II). De seguida foi feita a correção da referida ficha e, no final, foram abordados aspetos chave sobre a higiene da boca e dos órgãos genitais. Esta sessão foi realizada a 3 turmas e destaco as diferentes posturas dos alunos: a 2ª turma foi a mais difícil de manter os alunos concentrados e participativos e a 3ª turma era composta, na sua totalidade, por alunos africanos que tinham ingressado recentemente no ensino em Portugal,

contudo foi a turma em que houve mais respostas acertadas na ficha e em que os alunos estavam mais interessados e participativos nas temáticas;

- Ao 7º ano foi realizada uma sessão sobre a prevenção de Violência no Namoro, sendo abordada a sua definição. De seguida foi realizado um *brainstorming* sobre o que deve existir numa relação saudável e o que não deve existir numa relação, fazendo a metáfora para os ingredientes necessários para a receita do “bolo do namoro” e os “ingredientes que estragam o bolo”, respetivamente. No APÊNDICE I pode ser consultada a apresentação utilizada com as respostas dadas pelos alunos;

- Para o 10º ano foi também apresentada uma sessão sobre a Violência no Namoro, mas foi ajustada a abordagem à faixa etária, tendo sido realizado um questionário interativo através da plataforma “Menti” (APÊNDICE II), com base no Estudo Nacional sobre Violência no Namoro, no sentido de captar a atenção e interesse dos alunos.

Em todas as sessões foi tido em conta a avaliação das sessões por parte dos alunos, de forma a perceber qual foi a perceção dos mesmos e obtenção de sugestões de oportunidades de melhoria. Uma das sugestões dada por um aluno do 4º ano foi a solicitação de uma explicação com recurso a imagem ou vídeo, de forma a conseguir ter uma melhor compreensão da higiene com os seus genitais, algo que pode ser adotado em sessões futuras.

No [REDACTED], foi promovida uma ação de formação dirigida aos pais e encarregados de educação sobre “Educação parental positiva”. Esta sessão foi realizada pelo Professor Jorge Rio Cardoso e surgiu por ter sido identificada a educação parental como uma problemática neste município. Foram abordados os seguintes temas: como educar com regras, ajudar a lidar com a frustração, ambiente familiar e sucesso educativo, motivar os jovens para o sucesso escolar, técnicas de estudo eficazes, gestão de conflitos e como ultrapassar o insucesso escolar. Esta sessão foi promovida pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), que integra uma Enfermeira especialista em Saúde Comunitária. Assistir a esta sessão contribuiu para o desenvolvimento dos meus conhecimentos e para a melhoria da tomada de decisão no processo de cuidar, com um exemplo muito prático de mais uma das atividades que pode ser desenvolvida junto da comunidade (Decreto-Lei n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Em contexto clínico é possível integrar os conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica (nas unidades curriculares) num contexto prático, algo que inicialmente tive alguma dificuldade por ser um contexto diferente daquele que tenho experiência enquanto profissional de saúde. Para ultrapassar esta dificuldade recorri à experiência e conhecimentos das

Enfermeiras orientadoras, para que conseguisse integrar os conceitos, bem como à consulta e pesquisa de informação complementar (nomeadamente a documentos oficiais como os da Direção Geral da Saúde (DGS) e do SNS), para que pudesse colmatar as lacunas com que me fui deparando e, desta forma, adquirir novos conhecimentos.

Em contexto clínico verifica-se alguma insatisfação dos profissionais, devido à nova reformulação do SNS, pelas incertezas da nova organização e a consequente dúvida de a quem devem recorrer para resolver as problemáticas com que se deparam. Verifico que isto é mais notável no contexto dos CSP do que a nível hospitalar (onde exerço a minha prática profissional), algo que se pode justificar pelo facto de os diretores hospitalares se manterem os mesmos, bem como os sistemas informáticos. A nível dos CSP passou a haver uma nova direção e tornou-se necessário ajustar alguns procedimentos, como por exemplo um novo sistema para pedido de material de consumo clínico e produtos farmacêuticos.

A implementação do Projeto de Intervenção Comunitária desenvolvido permitiu-me desenvolver competências a nível da investigação. Através do estudo de investigação realizado pude identificar lacunas de conhecimentos e oportunidades relevantes a serem estudadas e intervencionadas.

Ao longo deste período, e indo ao encontro das competências comuns do Enfermeiro especialista, fui formadora em duas sessões no meu local de trabalho, uma delas sobre um estudo de caso de uma ferida complexa para Enfermeiros e outra a nível da motivação no trabalho/prevenção de conflitos para as técnicas auxiliares de saúde (ANEXO III). A nível do local de estágio, juntamente com a minha colega mestranda, foi realizada uma sessão de formação acerca de estratégias de promoção da saúde, que pode ser consultada no APÊNDICE III.

Particpei ainda num congresso de Saúde Pública com o tema “Envelhecimento Protegido”, tendo colaborado na organização do evento a nível do secretariado (ANEXO IV). Tal permitiu-me desenvolver competências a nível da dinâmica da organização deste tipo de eventos.

No âmbito científico, tive também um papel bastante ativo, tendo submetido 4 trabalhos que foram admitidos para apresentação em congressos em diversas áreas, quer em forma de Poster como de Comunicação Livre (ANEXO V). A área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública é bastante abrangente, sendo imprescindível que o profissional esteja informado e atualizado em áreas distintas, daí a minha preocupação em procurar diversificar o meu conhecimento científico.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

São 4 as competências do EESCSP que pude desenvolver ao longo do estágio e que serão descritas de seguida. A nível das suas qualificações específicas, o Enfermeiro especialista atua sempre com capacidade crítica, contribuindo para a resolução dos problemas e promoção de uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente, família e/ou comunidade (Regulamento nº428/2018 de 16 de julho, 2018).

3.2.1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

Ao longo deste estágio realizei o diagnóstico da situação de saúde da comunidade onde intervim (UCC [REDACTED] – [REDACTED], [REDACTED] e [REDACTED]), sendo que identifiquei os determinantes da saúde tendo em conta as condições socioeconómicas e necessidades em saúde.

Para a elaboração deste diagnóstico recorri a fontes oficiais como o PNS, o Diagnóstico de Saúde do MT e fontes de dados como o Instituto Nacional de Estatística (INE) e PORDATA. Além disso, consultei literatura recente e peritos na área, nomeadamente os Enfermeiros que conhecem a comunidade e o seu contexto. Isto permitiu-me desenvolver competências a nível da análise de indicadores epidemiológicos para determinação de problemas de saúde. Este é um processo bastante complexo e moroso, o que tornou difícil concluí-lo, tendo solicitado prolongamento do primeiro estágio para colmatar esta situação.

Ao longo do estágio tive oportunidade de desenvolver as restantes etapas da metodologia do Planeamento em Saúde, nomeadamente a definição de prioridades, formulação de objetivos realistas e mensuráveis e estratégias de intervenção, de acordo com as características e recursos da comunidade para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção na área da gestão do regime medicamentoso no doente crónico, com vista em ganhos em saúde.

Para que houvesse uma melhor colaboração e motivação dos elementos da equipa da UCC no Projeto de Intervenção Comunitária desenvolvido, quando foi recebido o parecer positivo da comissão de ética, o Projeto foi apresentado aos elementos da equipa, de modo que não só tivessem conhecimento sobre o Projeto, mas para que também compreendessem a importância da sua colaboração.

O Perfil de Saúde do MT mais recente é de 2017 e pude participar no desenvolvimento de um documento mais atualizado, nomeadamente com a integração da visão dos CSP e dos cuidados hospitalares. Participei em reuniões de atualização do Plano Local de Saúde,

nomeadamente na fase de priorização, assistindo à aplicação do método de Hanlon pela equipa da USPMT. Este método permite a avaliação das necessidades em saúde mediante determinados critérios, sendo eles: a magnitude do problema, a severidade do problema, a eficácia da solução e a exequibilidade da intervenção (Sousa, et al., 2017).

Na reunião que pude participar, para a priorização de problemas foram convocados médicos, Enfermeiros e assistentes técnicos dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares para que, em pequenos grupos, fossem trabalhados os dois últimos pontos do método de Hanlon. Estava ainda perspectivado envolver também outros membros da comunidade, como de apoio social e segurança pública. Considerei esta experiência bastante enriquecedora, pois consegui compreender, em contexto real, como este método pode ser aplicado e perceber a importância de integrar diversos elementos da comunidade para uma correta perceção das necessidades reais.

A visão da comunidade como unidade de cuidados de Enfermagem é recente, os indivíduos e grupo comunitários são vistos como membros de toda a comunidade, sendo que esta comunidade tem uma entidade própria em que o todo e as partes interagem entre si e com o ambiente comunitário (Melo, 2020). Com a experiência em estágio compreendi, de uma forma mais clara, quais os contributos específicos que o EESCSP pode proporcionar nas reuniões acerca dos problemas da comunidade, nomeadamente no desenvolvimento do Perfil de Saúde e de que forma este documento pode funcionar como um instrumento de monitorização e comunicação do estado de saúde da população.

3.2.2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

Para aprimorar esta competência, tal como referido anteriormente, desenvolvi o Projeto de Intervenção Comunitária com base nas necessidades e fatores de risco nos idosos com doença crónica enquanto grupo vulnerável e houve oportunidade de realizar e planear intervenções de prevenção, proteção e promoção da saúde a nível da gestão do regime medicamentoso.

Tanto na USPMT como na UCC houve oportunidade de participar em projetos/atividades direcionados para grupos vulneráveis. Em relação ao Projeto “PROSEGURO”, este surgiu em colaboração com a Polícia de Segurança Pública (PSP), devido ao aumento do número de acidentes rodoviários com resultado em morte ou sequelas graves em jovens. O Projeto encontra-se ainda em expansão, sendo neste momento realizadas sessões de sensibilização. A PSP faz uma sessão sobre as regras de trânsito e o EESCSP faz sobre a prevenção de comportamentos de risco, o que permite uma sensibilização e capacitação precoce para estes jovens futuros condutores. A maior dificuldade que identifiquei foi em captar a atenção e

interesse destes jovens, pois a sessão ocorreu durante o período de duas horas e, com o passar do tempo, os jovens foram tendo mais dificuldade de concentração, pelo que já estão pensadas estratégias para colmatar este problema, nomeadamente pela criação de parcerias com as escolas de condução para que as sessões se tornem mais práticas e dinâmicas.

A nível da UCC, foram diversas as atividades em que pude participar, com vista à capacitação de grupos e comunidades. Uma delas diz respeito a uma sessão de educação para a saúde sobre vigilância infantil, realizada para pessoas que recebem o Rendimento Social de Inserção. Foi interessante no sentido em que estiveram presentes na sessão mulheres de várias etnias e houve oportunidade de compreender a perceção de cada uma e o desafio que o EESCSP enfrenta de modo a ir ao encontro das necessidades de cada um, respeitando a sua cultura e crenças.

Nas visitas domiciliárias realizadas foi reforçada esta questão, sendo notórias as discrepâncias existentes, sobretudo a nível das condições habitacionais. Houve oportunidade de realizar uma visita a um bairro social, sendo desafiante conseguir ajustar os ensinamentos mais adequados e realistas para cada pessoa tendo em conta a sua realidade, pois tendo experiência profissional em contexto hospitalar o ambiente em que a pessoa se encontra inserida é um ambiente controlado, ao invés do que ocorre numa pessoa que se encontra no seu domicílio.

Outro desafio que ocorreu nas visitas domiciliárias, diz respeito a utentes com patologia do foro mental, com renitência na aceitação de pessoas estranhas no seu domicílio, o que pode trazer desafios como higienização do próprio e do domicílio, toma da medicação e alimentação adequada. Neste aspeto, é evidenciado novamente o papel do EESCSP na mobilização de parceiros para resolver os problemas identificados, neste caso na mobilização de parceiros de apoio social como é o caso do apoio domiciliário (Regulamento nº428/2018 de 16 de julho, 2018).

A CPCJ, é uma instituição não judiciária com autonomia funcional, que tem como objetivo promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de interferir com a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral. Na sua estrutura existe a comissão restrita, que trata dos processos das crianças/jovens e é composta por elementos que representam a comunidade, como um elemento da saúde, da educação, da segurança social, do município e podendo ainda existir outros representantes, desde que o número de elementos seja ímpar. A comissão alargada encarrega-se de realizar atividades na comunidade e qualquer pessoa que tenha interesse pode fazer parte desta comissão, desde que seja autorizado, por consenso, pelos elementos da comissão restrita (CPCJ, s.d.).

A nível organizacional, na base estão as entidades de 1ª linha, como as escolas, PSP, bombeiros, centros de saúde, hospitais, que são responsáveis por acompanhar situações de crianças/jovens em situação de risco. Quando esta criança/jovem passa para situação de perigo, esta é encaminhada para a CPCJ, que abre um processo de promoção e proteção e solicita o consentimento aos pais/tutores legais para poder intervir. Caso esta entidade não consiga intervir por falta de consentimento ou por falta de cumprimento do que é acordado, o caso é encaminhado para o Ministério Público (Lei n.º 147/99, de 01 de Setembro, 2023).

Apesar de não ser possível acompanhar nenhum processo da CPCJ, devido à suscetibilidade da informação, tive oportunidade de conhecer as instalações físicas e de que forma os processos são encaminhados. Compreendi o papel do EESCSP que, pela sua visão da comunidade como alvo de cuidados, detém um conhecimento privilegiado no sentido de compreender os meios que podem ser mobilizados para ajudar a criança/jovem em risco e, pela sua experiência na área da saúde, detetar situações de risco ou de perigo (Regulamento nº428/2018 de 16 de julho, 2018).

Além dos cuidados da comunidade, o EESCSP pode ser convocado a participar em reuniões de casos sociais do município. Tive oportunidade de participar nessas reuniões em dois municípios distintos (██████████ e ██████████), tendo sido notória a diferença entre ambas, derivado das características de cada comunidade.

Em ██████████ decorreu com a participação de um representante da saúde (um EESCSP), psicóloga, assistente social, da educação (professor), da polícia de segurança pública e, sendo um meio com uma densidade populacional baixa, foram discutidos casos como problemáticas da comunidade cigana, carências sociais e casos de violência doméstica. No caso do município do ██████████, trata-se de uma comunidade com um grande fluxo de migrantes e, por consequência, com muitos processos de apoio no âmbito social. Nesta reunião estiveram envolvidos outros representantes da comunidade (da saúde, apoio social, câmara, Santa Casa da Misericórdia, Lar, Centro de Ensino e Recuperação do ██████████) e foram discutidos casos de tentativas de suicídio, situação de sem abrigo, violência e idosos em risco.

Fico ciente que ao EESCSP compete dominar os recursos existentes na comunidade, de forma a conseguir articular uma adequada resposta face às necessidades presentes na comunidade. Destaco a dificuldade em, na prática, se conseguirem mobilizar os recursos necessários no sentido de estes serem rentabilizados o melhor possível tendo em conta as diversas problemáticas e limitações existentes.

3.2.3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

Ao longo deste estágio tive oportunidade de participar em diversos Projetos de Intervenção Comunitária, dos quais destaco um que diz respeito ao rastreio de alterações na visão e audição em crianças do último ano do ensino pré-escolar, de forma a ser feita uma deteção precoce de possíveis obstáculos à aprendizagem para estas crianças. Considerei este Projeto muito bem desenvolvido, pois resulta de uma parceria entre a unidade de saúde pública e as escolas, na qual a equipa de saúde é mobilizada até à escola numa perspetiva de proximidade para com a comunidade. Ao EESCSP compete coordenar e implementar toda a atividade desde agendamento dos dias do rastreio, articulação dos recursos humanos e físicos necessários, obtenção de consentimentos dos encarregados de educação e criação das listas das crianças a rastrear, bem como referenciação, quando necessário, para que se possa atuar em tempo mais precoce.

As carteiras de serviço das unidades estão alinhadas com os objetivos do PNS e, tal como já foi descrito anteriormente, tive oportunidade de colaborar e participar na execução dos projetos/programas que se encontram a ser desenvolvidos nas unidades.

No que diz respeito ao Plano Nacional de Vacinação (PNV), na USPMT, o Enfermeiro especialista tem a responsabilidade de coordenar e monitorizar a implementação do PNV. Este plano consiste num protocolo que permite ao Enfermeiro administrar vacinas sem ser necessário haver uma prescrição médica. Esta responsabilidade é partilhada com o médico de saúde pública e com uma farmacêutica desde o processo de aquisição das vacinas, esclarecimento de dúvidas dos profissionais que estão a operacionalizar, monitorização das redes de frio e avaliação da percentagem das taxas de vacinação.

A nível da Saúde Escolar são seguidas as orientações do Programa Nacional da Saúde Escolar, sendo realizada uma articulação das temáticas a abordar entre a equipa da UCC e as escolas.

Outro papel do Enfermeiro especialista a nível da Saúde Escolar diz respeito às crianças com necessidades de saúde especiais, em que o papel do Enfermeiro é providenciar/articular os apoios necessários para cada criança no ambiente escolar. Anualmente é preenchido ou atualizado o Plano de Saúde Individual (PSI) com os encarregados de educação e a criança, onde são analisados relatórios médicos, o diagnóstico realizado e grau de autonomia, no sentido de perceber se é necessário articular com a escola algum tipo de apoio. Este PSI é também preenchido com o diretor de turma, no sentido de alinhar com o mesmo a necessidade especial do aluno, mas também de perceber se é necessária alguma formação

à comunidade escolar para lidar com a situação de saúde da criança/jovem. Desta forma, uma outra área de intervenção do EESCSP, é a compreensão das necessidades existentes na comunidade escolar e procurar intervir para colmatar as mesmas.

3.2.4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

A nível da saúde pública, tive oportunidade de perceber de que forma são analisados e tratados os dados nos sistemas de informação como o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE). Os Enfermeiros da USPMT são distribuídos por zonas de abrangência, para fazer face às notificações das doenças de declaração obrigatória e posterior classificação em caso possível, provável e confirmado. Consultei o documento utilizado para este fim, o despacho nº 1150/2021 publicado em Diário da República. Fiquei a compreender de que forma estes dados são trabalhados a nível internacional, ou seja, são trabalhados a nível local pelas unidades de saúde pública, que envia os dados à Administração Regional de Saúde, que notifica a DGS e, por consequente, envia os dados para entidades internacionais.

A investigação epidemiológica das Doenças de Notificação Obrigatória pode ser realizada, no SINAVE, tanto pelo médico como pelo Enfermeiro, contudo no MT, é apenas o médico que notifica. Aos Enfermeiros da USPMT compete classificar os casos como provável, possível ou confirmado, de acordo com os critérios definidos no despacho nº 1150/2021. Anualmente é realizado um relatório sobre os dados obtidos. Através desse relatório, tem-se verificado um aumento das infeções sexualmente transmissíveis, existindo uma preocupação a nível local com uma indicação da DGS que refere que não se podem rastrear os contactos destas pessoas, por motivos de sigilo e, nestes casos, a notificação surge em anónimo. No caso da infeção por gonorreia, por exemplo, há indicação para todos os contactos fazerem terapêutica, algo que não se está a verificar devido à impossibilidade de rastrear contactos, pelo que é pertinente serem tomadas medidas a nível nacional para colmatar a subnotificação de casos.

Ainda no âmbito da Saúde Pública, participei na reunião do Plano de Contingência de Verão, em que foram discutidos os resultados obtidos no relatório realizado. Ao longo do tempo, a equipa da USPMT percebeu que os alertas emitidos a nível nacional não correspondem ao que se verifica a nível local, pois estes alertas são emitidos por regiões (Lisboa e Vale do Tejo) e denota-se uma grande variabilidade das condições atmosféricas entre, por exemplo, a Área Metropolitana de Lisboa e o [REDACTED], não só no verão como no inverno. Assim, no período do verão a equipa realizou um estudo em que diariamente foi avaliada a temperatura máxima dos oito concelhos mais quentes do [REDACTED] e foram feitos cálculos de modo a

antecipar os alertas, o que permitiu prevenir riscos que não seria possível pelos alertas emitidos nacionalmente. Deste relatório constatou-se um aumento da mortalidade em 40% nas alturas das ondas de calor, mas isto não esteve associado a um aumento do número de idas à urgência. Este é outro dos papéis do EESCSP, o de compreender a causalidade deste fenómeno para que assim seja possível contribuir para a sua prevenção.

Através da participação e colaboração na Consulta de Diagnóstico e Acompanhamento Pneumológico, tive contacto com a forma como é gerida a doença da Tuberculose e tive contacto com diversos tipos de doença e formas de tratamento. Trata-se de uma unidade modelo B, sendo que casos mais específicos (crianças com menos de 6 anos e casos de infeção multiresistente) são encaminhados para unidades modelo A, em Lisboa. Nesta consulta é feita a avaliação da doença e tratamento da mesma.

Além da complexidade em perceber o tipo de doença e tratamento adequado, surge ainda a problemática do risco de surtos nos casos em que existem carências económicas e situações sociais mais vulneráveis. A consulta ocorre num dos municípios do MT e surgiu a necessidade de realizar a consulta num polo mais próximo dos utentes para evitar este risco. Contudo, a maioria dos casos notificados são de infeção latente e em pessoas que vão iniciar tratamentos com terapêutica biológica, profissionais de saúde no âmbito da rastreabilidade da medicina no trabalho e migrantes (em acolhimento ou refugiados). Assim sendo, pude identificar as formas de atuação no caso de doenças de notificação obrigatória e respetiva vigilância epidemiológica.

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Neste capítulo será abordada a revisão da literatura realizada e literatura consultada que enquadram e fundamentam a temática do Projeto de Intervenção Comunitária. Ainda neste capítulo será apresentado o Projeto, com todas as suas fases, tendo em conta a metodologia do Planeamento em Saúde.

4.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Vivemos atualmente uma das maiores transformações sociais do século XXI relativamente ao envelhecimento da população, com consequências a vários níveis como a nível laboral, financeiro, habitacional, proteção social e estruturas familiares (Nações Unidas, 2024).

O aumento da esperança média de vida e constante evolução da medicina leva a um crescente aumento da prevalência de doenças crónicas e de tratamentos de saúde. De acordo com o diagnóstico da situação de saúde da USPMT, a prevalência de doenças crónicas é um dos principais problemas de Saúde Pública da região. Associada a esta situação, identifica-se a polimedicação e suas consequências como fatores de risco, aumento das taxas de morbilidade e mortalidade, bem como a dificuldade na reconciliação terapêutica. Esta problemática foi também identificada pelos profissionais de saúde da UCC [REDACTED], como área prioritária de intervenção.

Esta temática urge em concordância com o envelhecimento populacional que se verifica a nível internacional que, por consequência, faz aumentar a existência de comorbilidades entre a população e, por sua vez, o recurso a múltiplos fármacos para controlo destas comorbilidades torna-se uma realidade. Este facto, aliado ao aumento do número de utentes sem médico de família e à diminuição gradual e progressiva a nível físico e cognitivo que se verifica nos mais idosos faz destes um grupo vulnerável.

A revisão da literatura realizada com a questão de investigação “Como aumentar a adesão dos idosos polimedicados ao regime medicamentoso através do Empoderamento Comunitário?” (APÊNDICE IV), destaca como fatores essenciais à eficácia de programas promotores do Empoderamento Comunitário a multidisciplinaridade e a integração dos idosos no processo do seu regime medicamentoso. O EESCSP detém uma posição privilegiada que permite gerir este processo, atendendo à proximidade com a comunidade e com os restantes profissionais (Pereira F. , Bieri, Carral, Martins, & Verloo, 2022a).

Sempre que possível, o idoso quer e deve estar integrado em todas as fases do seu regime medicamentoso (definição, implementação, avaliação, alteração e monitorização), resultando em ganhos em saúde, como: aumento do bem-estar e satisfação, aumento do controlo sobre

a sua saúde e segurança, melhor qualidade de vida, redução de efeitos adversos, aumento da adesão ao regime medicamentoso e comportamentos de autogestão mais adaptativos, otimização de recursos e redução de custos em saúde (Pereira, Bieri, Martins, Carral, & Verloo, 2022b).

A evidência tem demonstrado que a abordagem clínica centrada no idoso considera a sua capacidade de tomar decisões, tendo em conta as suas necessidades, preferências, valores e metas, na prevenção e controlo dos riscos associados ao regime polimedicamentoso. Partindo desta abordagem, o Empoderamento Comunitário emerge como processo e como resultado, através de modelos de gestão de medicamentos interprofissionais, colaborativos e centrados no idoso sujeito a polimedicação (Melo, 2020).

4.1.1. Envelhecimento

Com o passar dos anos, o envelhecimento biológico é inevitável. Apesar do avanço da medicina e das condições de vida permitirem uma maior longevidade, nada impede que as pessoas envelheçam. Além do envelhecimento biológico, ocorre também o envelhecimento psicológico, relacionado com as características individuais de cada um e com a forma como cada um reage e se adapta às transformações e desafios que vão surgindo ao longo da vida. Assim, face todas estas mudanças a que o idoso possa estar sujeito, este torna-se mais vulnerável e psicologicamente tende a ficar mais fragilizado (Carvalho & Duque, 2021).

O envelhecimento e o declínio das faculdades físicas e cognitivas podem iniciar em diferentes idades, tendo em conta os estilos de vida e a maior ou menor predisposição para determinadas patologias ou perturbações. Tal como existem pessoas de idade avançada com um aspeto jovem pelo seu estado físico, psicológico e espírito jovem, também existem pessoas jovens com problemas de saúde e doenças mentais graves que muitas das vezes aparentam ter uma idade superior à real (Carvalho & Duque, 2021).

Desta forma, ao serem analisados indivíduos idosos com idades biológicas semelhantes, deve-se ter em conta uma abordagem holística e incluir as alterações psicológicas, comportamentais e fisiológicas que possam estar a ocorrer nos indivíduos, independentemente da sua idade biológica (Carvalho & Duque, 2021).

A Expectativa de Vida Saudável revela a verdadeira saúde de uma população e abrange os conceitos de duração e qualidade de vida e não apenas o número de anos que uma pessoa vive, mas também o número de anos que eles podem esperar viver com boa saúde. De acordo com o relatório de Estatísticas Mundiais da Saúde de 2024 da Organização Mundial da Saúde (OMS), até ao início da pandemia COVID-19, a Expectativa de Vida Saudável apresentava uma tendência crescente, sendo que entre 2000 e 2019 esta aumentou de 58,1 para 63,5

anos. Contudo, a pandemia reverteu esta tendência e a Expectativa de Vida Saudável em 2021 foi de 62,8 anos. Ainda assim perspetiva-se que esta expectativa mantenha a sua tendência de ascensão com o término da pandemia (OMS, 2024a).

Em Portugal, e de acordo com dados do INE, verifica-se um aumento expressivo da população idosa e um decréscimo da população jovem. O índice de envelhecimento da população portuguesa tem aumentado significativamente ao longo dos anos. Em 2023, por cada 100 jovens portugueses existiam 188 idosos. Esta evolução demográfica resulta do aumento da esperança média de vida associado a uma redução da taxa de natalidade. Portugal é um dos países que apresenta um Índice de Envelhecimento mais elevado do Mundo e o 4.º país a envelhecer mais rapidamente (PORDATA, 2024; Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, 2024).

Neste seguimento, verifica-se assim uma crescente preocupação política no desenvolvimento de estratégias que minimizem esta realidade tão presente na população portuguesa, nomeadamente através do desenvolvimento de Planos de Ação a nível nacional.

4.1.2. Doenças crónicas e polimedicação

O principal impacto negativo do envelhecimento populacional é o aumento da prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, sendo este um importante problema de saúde pública (Fontinele & Duque, 2021).

A DGS adota a definição da OMS para as doenças crónicas como “doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados” (DGS, s.d., p. 1).

Apesar de a esperança média de vida ter uma tendência crescente, esse indicador aponta para um potencial declínio nas gerações futuras devido, sobretudo, ao aumento de várias doenças crónicas (como doenças respiratórias inferiores, obesidade, cancro, doenças cardiovasculares e diabetes), doenças muito típicas dos países desenvolvidos (Fontinele & Duque, 2021).

O aumento da existência de doenças crónicas é complexo e exige ações que não se foquem apenas no indivíduo, mas que também tenham em conta os aspetos sociais, económicos e culturais do problema.

Neste sentido, a 12 de janeiro de 2024, foi publicado o Plano de Ação de Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026 pois, apesar do aumento da esperança média de vida em

Portugal, não se verificou uma melhoria do indicador que avalia o bem-estar e a qualidade de vida após os 65 anos. Este Plano pretende garantir as melhores condições para todos, tendo em vista maximizar a longevidade e qualidade de vida, sem deixar ninguém para trás e com foco nas pessoas (Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, 2024).

Este plano assenta em 6 pilares: Saúde e bem-estar; Autonomia e vida independente; Desenvolvimento e aprendizagem ao longo da vida; Vida laboral saudável ao longo do ciclo de vida; Rendimentos e economia do envelhecimento; Participação na sociedade (Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, 2024).

No pilar da Saúde e bem-estar, surge o subpilar da Promoção da saúde e prevenção da doença, onde se pretende garantir o acesso e gestão da medicação dos mais vulneráveis através de um programa nacional de apoio à gestão da medicação dos utentes mais vulneráveis, com o envolvimento das farmácias da comunidade e garantia de acesso à medicação a todos os que dela necessitem (Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, 2024).

Entre os principais fatores de risco para o aumento das doenças crónicas estão fatores hereditários, raça, sexo, tabagismo, consumo excessivo de álcool, excesso de peso, dislipidemias, consumo deficiente de frutas, legumes e verduras e sedentarismo (Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, 2024).

Um estudo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge realizado para a população portuguesa sobre as doenças crónicas revela uma maior prevalência em mulheres, em pessoas com menor nível de escolaridade e a partir dos 65 anos (Romana, 2019).

De acordo com a OMS, as principais doenças crónicas não transmissíveis são as doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crónicas. Cerca de um quarto do total de doenças crónicas existentes ocorrem em pessoas com 60 ou mais anos e estas doenças levam muitas das vezes a alterações físicas, psicológicas e emocionais, com consequências nefastas a nível do bem-estar e qualidade de vida dos idosos (OMS, 2024b; Santos, et al., 2022).

O avanço da idade prevê o aumento da prevalência de doenças crónicas, tornando-se expectável a existência de múltiplos diagnósticos, a toma de diversos medicamentos diários e o aumento de comorbilidades (Buruian, 2021).

Apesar de não existir uma definição universal para a polimedicação, esta é frequentemente definida como a toma de cinco ou mais medicamentos em simultâneo, incluindo medicamentos de venda livre e suplementos naturais. A OMS considera os idosos no domicílio como um dos grupos mais vulneráveis para a polimedicação (OMS, 2019).

Estudos realizados em Portugal revelam uma prevalência de polimedicação de cerca de 60%, sendo esta superior no sexo feminino. A polimedicação pode estar associada a efeitos adversos, como o aumento do risco de quedas, interações medicamentosas, redução da adesão terapêutica, hospitalizações e mortalidade, sobretudo em idosos. Para além destes riscos, representa gastos acrescidos para o utente e para os serviços de saúde. Assiste-se atualmente a uma crescente preocupação com a necessidade de reconciliação terapêutica e desprescrição, existindo já evidência científica que reforça esta necessidade (Martins, Mendes, Luís, & Araújo, 2023).

A OMS identifica a polimedicação como um dos maiores problemas de saúde pública atuais, sendo este o terceiro desafio global para a segurança do paciente. Foi adotando o slogan “Medicação Sem Dano” e já foram emitidas diversas publicações e manuais para orientarem a prática dos profissionais de saúde, estando claro que é necessário a intervenção de todos para minimizar esta problemática, desde ministério da saúde, instituições de ensino, autoridades reguladoras e indústria farmacêutica (OMS, 2019).

4.1.3. Adesão ao regime medicamentoso

O termo adesão ao regime medicamentoso tem sofrido alterações ao longo do tempo, contudo foi adotada a definição de acordo com a CIPE, em que o termo adesão ao regime medicamentoso inclui todas as ações que têm em vista a promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação. Estas ações incluem: o cumprimento do tratamento, a toma de medicação como prescrito e alteração dos comportamentos de risco consoante as indicações dadas pelo profissional de saúde. Neste sentido, inclui-se a adesão a medidas como: evitar o stress, não fumar e evitar bebidas alcoólicas, praticar exercício físico, ingerir líquidos, cumprir os regimes dietético e medicamentoso (adquirir a medicação prescrita e toma na dose e horário corretos), marcar e comparecer a consultas e realizar os exames prescritos (OE, 2011).

Contudo, para este trabalho o conceito de adesão ao regime medicamentoso será direcionado, sobretudo, para o comportamento a nível da toma dos medicamentos na hora certa, dose certa e aquisição da medicação prescrita, de acordo com a prescrição médica, não descorando todas as outras medidas indispensáveis para uma efetiva adesão ao regime.

Estudos demonstram que 30 a 50% dos doentes não aderem ao regime medicamentoso nas doenças crónicas, independentemente da doença, tratamento e prognóstico. As evidências comprovam que uma boa adesão à terapêutica está associada a uma mortalidade mais baixa e que a baixa adesão está associada a um aumento das hospitalizações, complicações das

doenças crónicas, aumento dos custos de saúde, diminuição da qualidade de vida e elevadas taxas de morbilidade e mortalidade (OMS, 2003).

A não adesão pode estar relacionada com a incompreensão da informação, esquecimento ou dificuldades na gestão dos medicamentos, muitas vezes resultado de uma comunicação ineficaz entre o idoso e o profissional de saúde (OMS, 2003).

O Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde, da DGS, refere que os profissionais de saúde devem potenciar oportunidades de promoção da Literacia em Saúde, com vista à capacitação e motivação da comunidade para a saúde, bem-estar e redução de desigualdades em saúde, tendo como base a saúde como um recurso para as pessoas e sociedade e que deve ser uma responsabilidade partilhada, que só é alcançada com o esforço e dedicação de todos (DGS, 2019).

Face ao exposto pela literatura, a Literacia em Saúde assume um papel importante na gestão da medicação, sobretudo no caso da polimedicação, com vista a melhorar a adesão à medicação através de comportamentos que reduzam o risco de erros na medicação e evitem interações medicamentosas.

É fundamental adequar à população idosa as estratégias de promoção da Literacia em Saúde, devido à possibilidade de deterioração cognitiva que pode ocorrer, nomeadamente alterações na capacidade de memória ou rapidez de processamento da informação transmitida. Deve ser privilegiada a autonomia dos idosos, garantido o direito à sua autodeterminação e mantendo a dignidade, integridade e liberdade de escolha, proporcionando acompanhamento de proximidade, de acordo com as características e necessidades de cada pessoa, tendo em atenção as suas diferentes incapacidades (DGS, 2019).

No processo de capacitação e Empoderamento da população idosa, a informação transmitida deve ser simples e clara, repetida o número de vezes necessário, deve ser dado tempo para o processamento da informação e identificados os recursos e apoios disponíveis para a gestão segura da polimedicação no domicílio (DGS, 2019).

As UCC's têm um papel importante na promoção da Literacia em Saúde, pela sua prestação de cuidados em contexto domiciliário e comunitário no cuidado às pessoas e grupos vulneráveis. Desta forma, a intervenção da UCC deve ser adaptada às necessidades da população idosa polimedicada, ao seu contexto, linguagem e capacidade de interpretação, de forma a favorecer a adesão ao regime medicamentoso.

4.2. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA BASEADO NA METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

De acordo com o diagnóstico da situação de saúde da USPMT, a prevalência de doenças crónicas é um dos principais problemas de Saúde Pública da região. Associada a esta situação, identifica-se a polimedicação e suas consequências como fatores de risco do aumento das taxas de morbilidade e mortalidade, bem como a dificuldade na reconciliação terapêutica. Esta problemática é identificada não só a nível da literatura e entidades de saúde nacionais e internacionais como também é identificada pelos profissionais de saúde da UCC [REDACTED], como área prioritária de intervenção.

Optei por elaborar um Projeto de Intervenção Comunitária a nível da gestão do regime medicamentoso na doença crónica pois o EESCSP, como gestor do regime terapêutico, pode acompanhar e avaliar o uso correto dos medicamentos por parte dos idosos no seu domicílio. O referido acompanhamento pode envolver parceiros capazes de contribuir para uma gestão do regime medicamentoso, sendo assim possível obter ganhos em saúde que permitem aumentar o bem-estar dos idosos e reduzir os gastos em saúde. A definição CIPE para a adesão ao regime medicamentoso é bastante abrangente, incluindo a adoção de estilos de vida saudáveis. Contudo, para este Projeto o foco foi a nível da gestão dos medicamentos, devido à complexidade de todos os processos deste Projeto e ao tempo limitado para a execução do mesmo.

O planeamento, além de intrínseco no ser humano, é também muito antigo, contudo este tem evoluído ao longo dos anos. De uma forma simples, pode ser definido como a realização de um plano, definição de normas a seguir por todos os colaboradores ou estimativa dos recursos necessários para que um programa tenha sucesso (Rodrigues, 2021).

Imperatori & Giraldes definiram Planeamento em Saúde como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores sócio-económicos” (1982, p. 6). Apesar desta definição já ter cerca de 40 anos, a mesma continua a ser utilizada hoje em dia, tendo sido portanto adotada para este trabalho.

Este Planeamento procura alterações no comportamento da população, nomeadamente nos seus hábitos de saúde ou utilização dos serviços de saúde, por exemplo. Para isso, é imprescindível a participação da população nos programas de saúde, não só de uma forma passiva, mas de co-responsabilização na programação, gestão e utilização dos serviços de

saúde, para que se torne autónoma na estruturação do seu próprio futuro de saúde (Imperatori & Giraldes, 1982).

Nos capítulos seguintes serão abordadas as suas fases do Planeamento em Saúde, que se encontram esquematizadas na Figura 6.

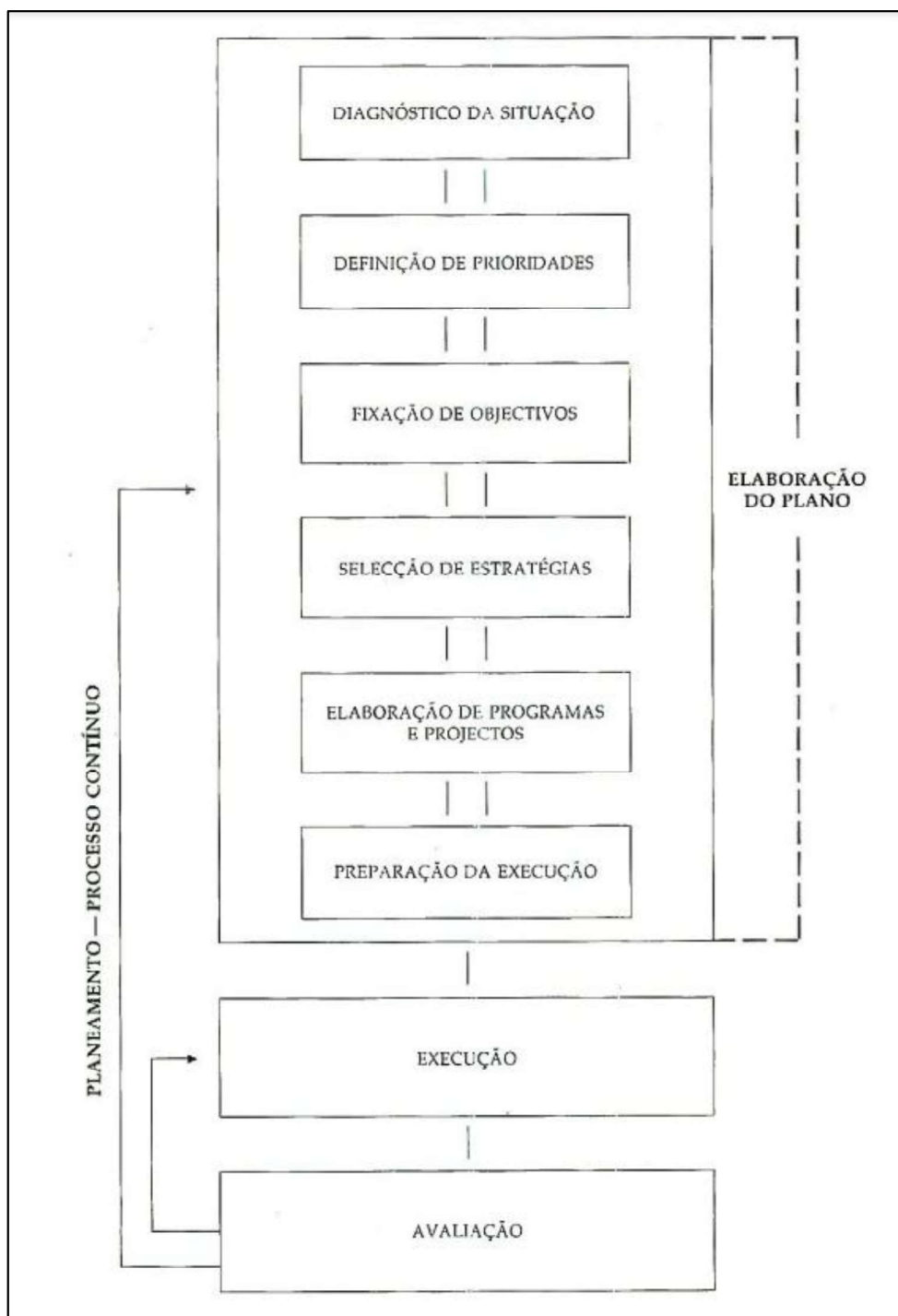


Figura 6 - Esquematização do método de Planeamento em Saúde

Fonte: Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1982). *Metodologia do planeamento da saúde : manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.

4.3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

O Diagnóstico de Saúde deve ser suficientemente aprofundado para explicar as causas dos problemas de saúde, mas também sucinto e claro (Imperatori & Giraldes, 1982).

Pretende-se traçar o perfil de saúde de uma população, comunidade ou grupo, para que seja possível identificar os problemas de saúde para, posteriormente, serem priorizados e definidas as intervenções necessárias para que se obtenham ganhos em saúde (Rodrigues, 2021).

A qualidade do diagnóstico depende da quantidade e qualidade da informação recolhida, importando ter em conta informações seguras, adequadas e atualizadas. Pretende-se traçar o perfil de saúde de uma população/grupo comunitário, comunidade ou grupo, para que seja possível identificar um conjunto de necessidades e a partir daí começar a planear uma intervenção. Importa, portanto, identificar necessidades que sejam sensíveis aos cuidados de Enfermagem e intervir para obtenção de ganhos em saúde (Imperatori & Giraldes, 1986; Rodrigues, 2021; Menino, 2013).

As necessidades de saúde são a parte central do diagnóstico, contudo o diagnóstico compreende as causas e o prognóstico de evolução. Importa ter em consideração não só as necessidades expressas como as não expressas, ou seja, as necessidades sentidas e expressas pela própria população e as necessidades reais, identificadas pelos profissionais de saúde (Melo, 2020; Imperatori & Giraldes, 1986).

Para uma melhor compreensão e contextualização deste Projeto, este capítulo subdivide-se em sete temas, que serão desenvolvidos de seguida, sendo estes: caracterização da população da área de abrangência da UCC [REDACTED], população-alvo e amostra do Projeto de Intervenção Comunitária, considerações éticas, avaliação do Empoderamento Comunitário para a adesão ao regime medicamentoso, instrumentos de colheita de dados, análise dos dados e diagnósticos de Enfermagem.

4.3.1. Caracterização da população da área de abrangência da UCC

[REDACTED] – [REDACTED], [REDACTED] e [REDACTED]

A nível nacional e de acordo com o PNS 2021-2030, nos últimos 10 anos assistimos a um decréscimo da população, devido a um saldo natural persistentemente negativo. Verifica-se um maior número de pessoas com 65 ou mais anos (22,1%), com predomínio de mulheres, quando em comparação com a faixa etária dos zero aos 14 anos (13,6%). Isto resulta num estreitamento da base e alargamento do topo da pirâmide etária, com consequente aumento do índice de envelhecimento (DGS, 2019).

Associado a este fenómeno, verifica-se um aumento do índice de dependência de idosos e diminuição do índice de dependência de jovens em todas as regiões (exceto a área metropolitana de Lisboa em que aumentou). Este facto gera uma pressão demográfica sobre a população ativa (entre os 15 e os 64 anos), com um aumento do índice de dependência total em Portugal, que aumentou de 51,4 para 55,6 jovens e idosos por cada 100 pessoas em idade ativa. Observa-se ainda o envelhecimento da população em idade ativa, resultando na diminuição do índice de renovação da população em idade ativa. Em comparação à média dos restantes países da União Europeia, em 2018, Portugal tinha uma das proporções mais baixa de jovens e das mais elevadas de idosos (DGS, 2019).

De acordo com o INE, até 2080, Portugal perderá população passando de 10,3 milhões (em 2019) para 8,2 milhões de residentes (INE, 2020). Projeta-se que continuará a haver uma diminuição da proporção de jovens na população total e um aumento da proporção de idosos, resultando num duplo envelhecimento demográfico (DGS, 2019).

Assim sendo, destaca-se o envelhecimento como o principal determinante de saúde demográfico, pois de acordo com as projeções demográficas este continuará a aumentar nas próximas décadas, destacando-se a região do Alentejo e Centro que, em 2019, já se verificava como sendo de mais de dois idosos por cada jovem (DGS, 2019).

Os Planos Regionais de Saúde pretendem servir como uma ferramenta de apoio à elaboração dos Planos Locais de Saúde de forma a ser possível obter um efetivo planeamento local, tornando-o prático e útil para a comunidade e serviços de saúde. O Plano Regional de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) recomenda aumentar a literacia e capacitar os cidadãos para se tornarem mais autónomos e responsáveis pela sua saúde e a de quem deles depende; realizar ações de promoção da literacia sobre promoção da saúde e prevenção da doença (vacinação, rastreios, utilização dos serviços de saúde e fatores protetores de saúde); desenvolver programas de educação para a saúde e autogestão da doença; programar os CSP direcionados para responder às necessidades de saúde dos cidadãos (ARS LVT, 2017a).

Desta forma, importa ter em conta quais as necessidades de saúde dos cidadãos e orientar os cuidados neste sentido. Por este motivo, de seguida será analisado o Diagnóstico da Situação de Saúde do [REDACTED] e os dados estatísticos disponíveis para o município de [REDACTED], [REDACTED] e [REDACTED], de modo a ser possível direcionar a intervenção o melhor possível, pois estes são os municípios abrangidos pela UCC de [REDACTED].

O MT abrange uma área de 2.481km² e tem 169.274 habitantes, sendo que, de acordo com dados de 2021, o concelho com mais habitantes é [REDACTED] e com menos é [REDACTED], apresentando zonas rurais de grande dispersão e urbanas de grande concentração

populacional. Ao compararmos a região com LVT e a nível nacional, verifica-se que o MT apresenta um crescimento populacional negativo, que o índice de envelhecimento é bastante elevado e a taxa bruta de natalidade muito baixa (ARS LVT, 2017b; USPMT, 2024).

Anualmente, a população residente na área geográfica do [REDACTED] tem vindo a reduzir, sendo que entre 2011 e 2021, ocorreu uma diminuição de 8,8% da população residente. Isto aplica-se à totalidade dos concelhos abrangidos (USPMT, 2024).

A UCC [REDACTED] abrange uma área total de 143,6 km²: [REDACTED] (49,5km²), [REDACTED] (13,7 km²) e [REDACTED] (80,4 km²), com 4, 2 e 3 freguesias, respetivamente (USPMT, 2024). A unidade abrange 31.224 utentes (7.488 em [REDACTED], 21.709 no [REDACTED] e 4.888 em [REDACTED]), sendo o índice de dependência total de 61,54%, o índice de dependência de idosos de 38,53% e o de jovens é de 23,01% (SNS, 2025).

Ao analisar as pirâmides etárias por sexo dos 3 municípios, entre 2011 e 2021, verifica-se que em [REDACTED] houve uma diminuição da população nas faixas etárias dos 0 aos 54 anos e um aumento da população a partir dos 80 anos de idade (sobretudo mulheres). No [REDACTED] constata-se que houve uma diminuição da população nas faixas etárias dos 0 aos 9 anos e dos 25 aos 49 anos e observa-se um aumento da população acima dos 50 anos. Em [REDACTED] houve uma diminuição da população, com maior significado nos mais jovens, e um aumento da população a partir dos 50 anos de idade (USPMT, 2024).

Em relação à densidade populacional existem valores muito discrepantes entre os municípios em análise, pois [REDACTED] apresenta uma densidade populacional (151,2 habitantes/km²) um pouco superior à média nacional (113,5 habitantes/km²), no [REDACTED] (1550,9 habitantes/km²) a densidade populacional é bastante superior à média nacional e em [REDACTED] (48,2 habitantes/km²) o valor é bastante inferior (INE, 2023).

O município de [REDACTED] apresenta uma taxa de crescimento natural atual de 2,7%, sendo este valor superior aos restantes municípios (1,9% no [REDACTED] e 1,3% em [REDACTED]), região do MT (0,0%) e a nível nacional (0,4%). Em relação ao número de nados-vivos, em [REDACTED] tem havido um ligeiro aumento, ao contrário dos outros municípios que apresentam uma tendência decrescente (INE, 2023).

A região do MT apresenta um índice de envelhecimento (256,7 idosos por cada 100 jovens) superior ao valor a nível nacional (185,6). No que diz respeito aos municípios em análise, o [REDACTED] apresenta um índice inferior (145,3), já [REDACTED] (203,4) e [REDACTED] (208,5) apresentam um índice superior em comparação a nível nacional, mas inferior à restante região (INE, 2023).

Nos 3 municípios verifica-se uma diminuição consistente da população analfabeta, à semelhança do que se verifica a nível nacional, no [REDACTED] é onde se verifica a taxa mais baixa, tanto em relação à restante região como a nível nacional (USPMT, 2024). O mesmo ocorre com a percentagem de população com ensino superior, sendo que o [REDACTED] é o que apresenta uma maior percentagem de população com ensino superior (21,7%). Contudo, nos 3 municípios verifica-se uma melhoria bastante significativa nos últimos 10 anos (entre 2001 e 2021): em [REDACTED] passou de 5,1% para 17,1%, no [REDACTED] de 10,6% para 21,7% e em [REDACTED] de 4,3% para 14,1%. Posto isto, o município com maior crescimento a nível de população com ensino superior diz respeito a [REDACTED] (INE, 2023).

Em termos de condições económicas, em Portugal o ganho médio mensal é de 1.289,5€. Nos municípios em análise, o [REDACTED] (1.212,1€) e [REDACTED] (1.242,4€) aproximam-se deste valor, mas em [REDACTED] (968,6€) este ganho é inferior (INE, 2022). Desta forma, em relação ao poder de compra *per capita*, na região do MT este é inferior em comparação ao de Portugal (100), contudo o [REDACTED] aproxima-se bastante deste valor com 99,1, já em [REDACTED] e [REDACTED] o poder de compra *per capita* é inferior ao da região do [REDACTED] (87,2), sendo de 77,2 e 85 respetivamente (USPMT, 2024).

Tanto em Portugal como no MT, verifica-se um ligeiro aumento da percentagem de pensionistas (acompanhando o aumento do envelhecimento populacional). Em [REDACTED] esta variação foi superior, passando de 35,7% para 42,1% entre 2011 e 2021 (USPMT, 2024).

O MT apresenta taxas de desemprego inferiores aos valores a nível nacional. Em relação aos três municípios em análise, [REDACTED] apresenta a taxa mais baixa (5,2%), seguindo-se o [REDACTED] (6,5%) e [REDACTED] (6,7%). Verifica-se ainda que há mais mulheres do que homens desempregados (USPMT, 2024).

Há cada vez menos as pessoas se deslocam a pé ou que utilizam transportes coletivos e utiliza-se cada vez mais o carro com regularidade. A destacar que, em todos os municípios, se verifica melhoria das condições habitacionais, nomeadamente a existência de duche/banho, água canalizada, instalações sanitárias e esgoto (INE, 2023).

Desde o terceiro trimestre de 2015 que, em Portugal, se verifica um aumento constante do preço das habitações (BPstat, 2023). A nível dos municípios em análise (em relação ao quarto trimestre de 2023), [REDACTED] apresenta um valor mediano de 989€/m², o [REDACTED] 1.027€/m² e [REDACTED] 737 €/m² (INE, 2024). O preço superior no [REDACTED] pode ser justificado pela grande densidade populacional deste município.

De acordo com o perfil de saúde de 2021, no que diz respeito à saúde, em Portugal, o número de Enfermeiros por cada 1.000 habitantes é de 7,8 e o número de médicos é de 5,8 (OCDE,

2021). Ao compararmos com os restantes países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico - OCDE, com Portugal, verifica-se a existência de um número elevado de médicos e um número baixo de Enfermeiros (sendo a média nacional, em 2021, de 8,8 Enfermeiros por 1000 habitantes) (OCDE, 2021). A nível local isto é ainda mais preocupante, tendo em conta o número de profissionais por cada 1.000 habitantes, verifica-se que (em 2022) em [REDACTED] há 3,5 Enfermeiros e 1,6 médicos, no [REDACTED] 4,5 Enfermeiros e 3,5 médicos e em [REDACTED] 7 Enfermeiros e 1 médico (INE, 2022).

Na ULSMT existem 27,4% utentes sem médico de família. Sendo que em [REDACTED] são 3.070 utentes, no [REDACTED] são 7.741 e em [REDACTED] são 1.690 utentes que não têm médico de família (SNS, 2024).

De seguida serão analisados alguns dos determinantes da saúde. A incidência do abuso de tabaco e drogas na região do MT tem apresentado uma tendência de decréscimo e apresenta valores inferiores em comparação a nível nacional. A incidência de abuso de álcool é também decrescente, mas assemelha-se à taxa a nível nacional (USPMT, 2024).

Em relação ao excesso de peso esta tendência tem sido inversa, verificando-se um crescimento, à semelhança do que ocorre em Portugal. A obesidade tem aumentado e apresenta valores superiores a Portugal e à região de LVT (USPMT, 2024).

A proporção de utentes hipertensos tem apresentado uma tendência em ascensão, entre 2021 e 2023 aumentou de 30,9% para 31,4% (em Portugal a percentagem de utente hipertensos em 2023 era de 26,6%). Assim, a incidência de hipertensos (novos casos) em 2023 foi de 17,6% (17,2% em Portugal e 15,8% para região de LVT). O mesmo se verifica para a alteração de lípidos, sendo a percentagem de utentes superior aos valores a nível nacional e da região de LVT (USPMT, 2024).

A alteração do metabolismo dos lípidos (32,7%) e a hipertensão arterial (27,6%) são os principais problemas ativos em 2023, seguindo-se a síndrome da coluna com irradiação de dor (16,6%), as perturbações depressivas (15,1%) e a diabetes *mellitus* (11,3%). A prevalência da alteração dos lípidos e hipertensão arterial (27,6%) no MT é superior às prevalências registadas em Portugal Continental e na região de LVT (USPMT, 2024).

Em 2021, a taxa bruta de mortalidade no MT (15,9%) era superior à verificada em Portugal (12%). O mesmo se verifica para os municípios de [REDACTED] (13,8%) e [REDACTED] (13,7%) mas não no [REDACTED] (10,5%). Neste último município, verifica-se a taxa mais baixa da região do MT e é também inferior à taxa a nível nacional (USPMT, 2024).

Em relação à taxa bruta de mortalidade por 100.000 habitantes, as doenças do aparelho circulatório (458,9) foram as que prevaleceram, seguindo-se os tumores malignos (340,8) e as doenças do aparelho respiratório (149) (USPMT, 2024).

A taxa bruta de mortalidade por doença do aparelho circulatório e respiratório teve maior expressão a partir dos 75 anos de idade, sendo superior no sexo masculino. No caso das doenças por tumores malignos, apresentou uma maior expressão a partir dos 65 anos. Comparando com Portugal Continental e a Área Metropolitana de Lisboa, constata-se que a taxa bruta de mortalidade na faixa etária dos 15 aos 34 anos, para tumores malignos e causas externas no MT, foram francamente superiores às das outras regiões (USPMT, 2024).

Em 2020 a principal causa de morte, no MT, foram as doenças do aparelho circulatório (33% do número de óbitos), seguida dos tumores malignos (24%) e das doenças do aparelho respiratório (10%) (USPMT, 2024).

Em suma, verifica-se que com o envelhecimento populacional, a incidência de doenças crónicas será cada vez mais uma realidade com que a população se irá deparar e, desta forma, torna-se imprescindível empoderar a comunidade para fazer face aos desafios que possam decorrer com esta realidade, como é o caso da polimedicação.

Na UCC [REDACTED] encontra-se a ser desenvolvido um Processo Assistencial – Gestão do Doente Crónico a nível da gestão do regime terapêutico. Apesar de já existir um Projeto a nível da Gestão do Regime Terapêutico, com utentes integrados, este ainda está em elaboração e consolidação para melhoria do mesmo. Os utentes são referenciados pela equipa da Unidade de Saúde Familiar (USF) à equipa da UCC, que avalia o utente e adequa a sua intervenção face às necessidades dos utentes. Podem ser realizadas visitas diárias ao domicílio para auxiliar na toma da medicação, preparação semanal da medicação ou acompanhamento uma vez por semana, por exemplo.

Posto isto, optou-se por se desenvolver um Projeto sobre a adesão ao regime medicamentoso em idosos, com doença crónica, polimedicados, que residam no seu domicílio e sejam abrangidos pela UCC [REDACTED]. Devido à vasta área de abrangência da UCC e face ao limite temporal, neste Projeto incluiu-se apenas os utentes inscritos na USF [REDACTED] e sem médico de família atribuído.

4.3.2. População-alvo e amostra

De forma a determinar os utentes a quem este Projeto se dirige, a população-alvo deste estudo, foram definidos como critérios de inclusão:

- Ter idade igual ou superior a 65 anos e residir no domicílio na área de abrangência da UCC [REDACTED];
- Ter um regime medicamentoso (prescrição médica) de cinco ou mais fármacos;
- Não ter médico de família atribuído;
- Ser autónomo e sem alterações cognitivas (sem doença mental conhecida nem diagnosticada);
- Dominar a língua portuguesa: leitura, escrita e fala;
- Manifestar interesse em participar no estudo e assinar o consentimento livre e esclarecido.

Para a seleção da amostra foi utilizada a técnica de amostragem por conveniência. Para isso, as investigadoras deslocaram-se até à USF [REDACTED] e, através da referenciação pela Enfermeira da unidade, no final da consulta os utentes foram encaminhados até nós no sentido de perceber se reuniam os critérios definidos. Assim sendo, nos dias em que havia consulta de vigilância (hipertensão e diabetes) foram abordados 36 utentes sem médico de família, sendo 21 os que cumpriam os critérios de inclusão no estudo.

4.3.3. Considerações éticas

Numa primeira fase foi solicitada a autorização de utilização aos autores dos instrumentos, nomeadamente, a escala Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), o Teste de Declínio Cognitivo e do MAIEC, que se encontram no ANEXO VI. Foi ainda formalizado o pedido de Parecer para o desenvolvimento e implementação do Projeto à Comissão de Ética da ULSMT, que foi favorável, conforme consta no ANEXO VII.

Na realização deste Projeto de Intervenção Comunitária foram respeitados os princípios éticos e deontológicos, de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. A participação no estudo não incorreu em risco acrescido para os participantes. Os ganhos relacionam-se com os conhecimentos de fatores de adesão ao regime medicamentoso e estratégias que eventualmente possam utilizar para melhorar a adesão ao seu regime medicamentoso.

A confidencialidade foi garantida, não revelada a terceiros, mantendo o anonimato dos dados. Todos os instrumentos de recolha de dados foram codificados alfanumericamente, não revelando identidades e sendo apenas do conhecimento das investigadoras. Os dados resultantes foram restritos aos investigadores do estudo, obrigados a manter a confidencialidade e anonimato dos dados e para publicação no âmbito académico decorrentes do estágio. Os dados estão armazenados e conservados pelas investigadoras, apenas pelo período necessário para cumprir o processo do estudo, de acordo com a legislação em vigor,

o Regulamento número 679/2016, de 27 de abril. Não se verificam conflitos de interesses dos investigadores. Aplicar-se-á o artigo 102º dos valores humanos, o artigo 105º do dever de informação e o artigo 106º do dever de sigilo do Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015).

A todos os participantes no Projeto foi solicitado o consentimento informado e esclarecido (APÊNDICE V) e simultaneamente, foram informados de forma verbal dos objetivos do Projeto, do carácter voluntário da sua participação e da garantia da possibilidade de desistência em qualquer momento e de confidencialidade.

4.3.4. Avaliação do Empoderamento Comunitário para a adesão ao regime medicamentoso

O Empoderamento Comunitário para a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados de [REDACTED] foi avaliado através da aplicação da EAvEC.

Este Empoderamento consiste no processo de as pessoas (individual ou coletivamente), construírem estratégias e ações para alcançarem os seus objetivos. Este processo possui uma componente política, através da participação ativa dos membros da comunidade, redistribuição dos recursos e tomada de decisão favorável à comunidade ou grupo comunitário (Melo, 2020).

Para aplicação da EAvEC, recorreu-se a um grupo focal constituído por dois representantes da UCC, dois da USF e dois idosos polimedicados (um do sexo masculino e outro do sexo feminino). A escala, composta por nove domínios de avaliação, foi apresentada ao grupo focal e este, através das cinco opções possíveis, selecionou de forma unanime aquela que mais se adequava à comunidade em análise. Para melhor compreensão, a escala foi apresentada com recurso a *PowerPoint*, podendo esta ser consultada do ANEXO VIII.

Com os resultados da escala foi realizado o Gráfico 1, que revela que a comunidade apresenta um nível de Empoderamento baixo nos domínios da relação com agentes externos e habilidade para questionar, bem como a nível da liderança local. Contudo, é possível haver melhoria em qualquer um dos restantes domínios. O domínio com uma pontuação mais elevada diz respeito à ligação a outros.



Gráfico 1 - Resultado da aplicação da EAveC

Nesta reunião os representantes da comunidade relataram outros aspetos, que considerei pertinentes ter em conta. Os idosos valorizaram o desenvolvimento de atividades nesta área, por sentirem que com o avançar da idade sentem mais dificuldade em compreender as informações transmitidas. Os próprios assumem que por vezes vão à consulta e, apesar de não compreenderem, também não questionam.

Já os profissionais de saúde (Enfermeiros) destacam a falta de comunicação e articulação quer entre os próprios profissionais como a nível dos serviços. Toda a gente reconhece a problemática e fala sobre a mesma, mas esta não é discutida em grupo de forma a serem encontradas soluções. As maiores preocupações são: falta de garantia pela parte médica em como os utentes compreendem as informações transmitidas; falta de reconciliação terapêutica, sobretudo nos utentes acompanhados no setor privado; dificuldades de referenciação dos utentes para o Projeto de Gestão do Regime Terapêutico; falta de comunicação entre os recursos disponíveis na comunidade (nomeadamente com as farmácias); toma de medicamentos sem necessidade de receita médica e interações medicamentosas com a medicação crónica.

Nesta reunião estiveram presentes Enfermeiros da UCC, da USF e a Enfermeira coordenadora e foi assumido o compromisso de serem realizadas reuniões com mais frequência, de forma a serem melhoradas as estratégias de referenciação e de comunicação entre os profissionais de saúde.

4.3.5. Instrumentos de colheita de dados

Para avaliação do Processo Comunitário foi aplicado o Questionário de diagnóstico do Processo Comunitário aos Enfermeiros da UCC e USF. A recolha destes dados foi realizada por questionário online, através da plataforma *Office 365* do Instituto Politécnico de Leiria, tendo sido enviado um *link* via email aos profissionais de saúde.

Este questionário (ANEXO IX) avalia 3 dimensões de diagnóstico relacionadas com a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados: a **liderança comunitária**, relacionada com os seus conhecimentos, crenças, aprendizagem de capacidades, volição e comportamentos de adesão; a **participação comunitária**, relacionada com a comunicação, parcerias e existência de estruturas organizativas e o **coping comunitário**, relacionado com as suas experiências anteriores e forças (Melo, 2020).

Para uma melhor compreensão desta população e da dimensão da Liderança comunitária, aos idosos polimedicados foi aplicado um questionário com a Escala MAT, que avalia o nível de conhecimento dos idosos sujeitos a polimedicação, sobre a adesão ao regime medicamentoso (ANEXO X).

Neste questionário foi ainda incluída uma breve caracterização destes idosos, nomeadamente no que diz respeito às doenças crónicas diagnosticadas (tendo como referência as mais presentes na região do MT); idas ao centro de saúde e urgência; onde os medicamentos costumam ser prescritos; quantidade de medicamentos diferentes que tomam por dia; toma de medicamentos sem receita médica; farmácia habitual e quem, habitualmente, adquire e gere os medicamentos.

Em relação à escala MAT, esta é um instrumento adaptado e validado para a população portuguesa por Delgado e Lima (2001), sendo um dos mais utilizados para avaliar a adesão ao regime medicamentoso do indivíduo em Portugal. É constituído por sete itens que avaliam o comportamento do indivíduo em relação à toma da sua medicação diariamente. As respostas são obtidas por meio de escala do tipo *Likert*, que varia entre um e seis valores, em que: sempre equivale a (1); quase sempre a (2); com frequência a (3); por vezes a (4); raramente a (5) e nunca a (6). Os valores obtidos com as respostas aos sete itens são somados e divididos pelo número total de itens. Este valor indica-nos o nível de adesão ao regime medicamentoso, sendo que valores mais elevados exprimem maior nível de adesão, oscilando estes entre seis e um (Delgado & Lima, 2001).

4.3.6. Análise dos dados

O tratamento estatístico dos dados obtidos nos questionários aplicados aos idosos foi realizado no programa *SPSS*, versão 29.0.1.0. Já a análise dos dados dos questionários aplicados aos profissionais foi realizada através do programa *Microsoft Excel*. Os dados recolhidos encontram-se no APÊNDICE VI, sendo de seguida realizada uma análise dos mesmos.

Do total de 21 idosos que participaram no estudo, houve 52,38% do sexo feminino e 47,62% do sexo masculino. Em relação às doenças crónicas, a totalidade dos entrevistados (100%) referiu ter hipertensão, seguiu-se a dislipidemia (95,2%), dor crónica (52,4%) e, por fim, a diabetes (38,1%), tendo ainda sido referidas outras doenças como a patologia da próstata (três dos 10 homens), alterações cardíacas e asma.

A maioria dos utentes entrevistados (61,9%) teve duas consultas no centro de saúde nos últimos 12 meses e 19% tiveram apenas uma consulta. A média de consultas no centro de saúde foi de 2,1 por ano (desvio padrão de 0,83), pelo que se pode referir que, apesar de estes utentes não terem médico de família, verifica-se um acompanhamento regular na maioria dos casos.

Em relação às idas ao serviço de urgência, 76,2% dos idosos referiu não ter tido essa necessidade. Os cinco utentes que se deslocaram ao serviço de urgência referiram apenas um episódio ao longo do ano e as causas foram dor aguda do membro inferior, traumatismo do joelho, reação adversa a um medicamento e fratura (ombro e anca). Assim sendo, a média de recorrência ao serviço de urgência foi de 1,24 por ano (desvio padrão de 0,44). Nos casos menos graves os utentes referiram que teriam evitado a ida ao serviço de urgência se conseguissem marcar consultas no seu centro de saúde com maior rapidez.

A totalidade dos utentes (100%) refere que a prescrição da medicação é habitualmente feita no centro de saúde, havendo quatro utentes (19%) que também tiveram medicamentos prescritos em contexto de Consulta Externa/Internamento e dois (9,5%) com prescrições em consultas no setor privado.

Cerca de metade dos utentes (52,4%) toma cinco medicamentos diariamente e outra metade (47,6%) toma mais de cinco medicamentos. A maioria (81%) não tomam medicamentos que não sejam prescritos pelo médico, ou seja, sem receita médica.

Todos os entrevistados referem adquirir os seus medicamentos sempre na mesma farmácia. No que diz respeito à aquisição/compra dos medicamentos, a maioria (66,7%) são os próprios a adquirir, 9,6% partilham essa tarefa com os filhos ou conjugues, 19% é o marido ou esposa quem adquire os medicamentos e 4,8% é o filho(a).

Em relação à gestão da toma dos medicamentos, a maioria (85,7%) dos idosos entrevistados não tem ajuda, sendo que os restantes têm a ajuda de familiares ou vizinhos.

Dos 17 Enfermeiros a quem foi solicitada colaboração para preenchimento do questionário, obteve-se um total de 12 (70,5%) respostas.

No que diz respeito à Liderança Comunitária, em relação ao nível de conhecimentos sobre o Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso, numa escala de 0 a 10, a média de respostas foi de 4,42 (desvio padrão de 2,9), sendo que quatro participantes responderam ao nível do cinco (conhecimento moderado) e três (25%) que referiram não ter nenhum conhecimento. Em relação ao local onde os conhecimentos foram adquiridos, os profissionais referem formações, livros, congressos/jornadas e *workshops*, mas a maioria refere que decorre da sua experiência profissional.

No que diz respeito à adesão dos idosos ao regime medicamentoso, verifica-se que a média de adesão é elevada, sendo a adesão de 5,33 (desvio padrão de 0,37), numa escala de um a seis, o valor mais baixo foi de 4,1 e o mais alto de 5,7. Ao analisar cada uma das questões de uma forma isolada, verifica-se que apenas 23,81% dos utentes referiram nunca se terem esquecido de tomar os medicamentos, ou seja, 76,19% dos idosos já se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença.

Outra das questões (da escala MAT) em que se verificou piores resultados foi relativamente às horas da toma da medicação, existindo 28,57% dos utentes que referem que por vezes ou com frequência se descuidam com as horas e, apenas 38,10% dos idosos nunca se descuidou com a hora da toma.

O melhor comportamento referido pelos idosos diz respeito a não deixarem de tomar a medicação por se sentirem melhor, com 85,71% dos idosos a referirem nunca o terem feito.

Importa recordar que a aplicação desta escala foi feita de acordo com as informações obtidas dos idosos e que é imprescindível perceber se o que é relatado corresponde ao que é praticado na realidade, por exemplo através da realização de visitas domiciliárias.

No que diz respeito à existência dos recursos necessários para que os profissionais possam contribuir para a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, a maioria (67%) refere existirem os recursos necessários, contudo 33% refere faltarem recursos, nomeadamente organizacionais (horários e “tempo para escutar e estar com o utente - perceber as suas dificuldades face à medicação” (*sic*)), humanos e logísticos (viaturas para deslocação).

Não existe consenso em relação à existência de um líder formal para promover a adesão ao regime medicamentoso dos idosos polimedicados, existindo exatamente metade dos profissionais a considerar benéfica a sua existência e outra metade a negá-la.

Fica claro que o circuito de comunicação entre as unidades da ULSMT não é eficaz, com 83% de respostas a negarem esta eficácia. O mesmo se verifica para a importância do estabelecimento de parceiras formais, sendo que a grande maioria dos inquiridos (92%) consideram importante, no sentido de melhorar a adesão ao regime medicamentoso.

Metade dos profissionais considera não possuir os conhecimentos necessários nem ter formação suficiente sobre promoção da adesão ao regime medicamentoso, nomeadamente sobre fatores que podem interferir e estratégias de intervenção. As maiores lacunas dizem respeito a estratégias de intervenção e de promoção da adesão ao regime medicamentoso, bem como sobre o Empoderamento Comunitário.

Observou-se unanimidade relativamente à implementação de um Projeto de promoção do Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso, com 100% dos Enfermeiros a considerarem que resultará em ganhos em saúde. A maioria (75%) sente-se motivado para participar num Projeto nesta área e 83% consideram que o seu envolvimento no Projeto pode ter um contributo importante na melhoria dos indicadores de saúde pública.

A nível da volição, a maioria destaca a importância de um Projeto nesta área, tendo em conta que de uma escala de 0 (nada importante) a 10 (extremamente importante), a média de respostas foi de 8,25 (desvio padrão de 2,53) e o maior número de respostas foi nove. Houve apenas uma resposta (8%) abaixo de cinco, dado que este profissional considera ser importante apenas para quem desenvolve atividade laboral na área da saúde comunitária.

Aprofundando a questão da volição, no sentido de perceber a predisposição para participar num Projeto nesta área, tendo em conta uma escala de 0 (extremamente motivado) a 10 (nada motivado), a média de respostas foi de 5,75 (desvio padrão de 2,9), e o maior número de respostas foi de sete. As respostas com uma pontuação abaixo de cinco foram justificadas pelo desenvolvimento laboral em cuidados que não envolvem idosos e pela falta de recursos (humanos, materiais e organizacionais).

A nível da Participação Comunitária, a maioria (58%) refere não existir na comunidade uma estrutura organizativa formal ou informal relacionada com a adesão ao regime medicamentoso. Contudo, 42% referem existir, nomeadamente o Projeto de Gestão do doente crónico a nível da gestão do regime terapêutico, desenvolvido pela UCC [REDACTED]. Importa refletir sobre o motivo de, apesar de este questionário ser aplicado apenas a profissionais dos

cuidados de saúde primários, mesmo assim não haver conhecimento por todos os profissionais de um Projeto existente na área.

A maioria (75%) refere não existirem parcerias e uma minoria (25%) consideram existir uma parceria com farmácias. Do que me apercebi ao consultar peritos na área, esta parceria é informal, sendo a farmácia vista como um recurso da comunidade, mas não existe uma parceria formalmente desenvolvida.

Em relação aos processos de comunicação na comunidade em que os profissionais se integram, 25% consideram haver uma comunicação eficaz através do encaminhamento de utentes para o Projeto de Gestão do Regime Terapêutico da UCC [REDACTED], em que a comunicação ocorre por email, telefone ou via presencial. Contudo, 75% dos profissionais (a maioria), considera haver dificuldades na comunicação, sendo apontados diversos motivos: falta de recursos humanos, falta de informação, falta de referenciação para a UCC, má articulação entre os profissionais, falta de comunicação entre médico/Enfermeiro/utente, falta de médicos e ausência de sensibilidade para garantir que o utente compreende o que lhe é transmitido.

Por fim, irá ser analisado o Coping Comunitário. A maioria dos profissionais (83%) referem nunca ter tido experiências anteriores na participação de projetos ou atividades na área da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, sendo que os que têm experiência integram o Projeto de Gestão do Regime Terapêutico na UCC [REDACTED].

Nenhum profissional teve formação e/ou treino sobre a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados. Apesar disso, 67% consideram ter competências/forças para contribuir para um Projeto relacionado com esta problemática através da sua experiência profissional, conhecimentos adquiridos, motivação, melhoria de competências e pela pertinência da temática. Os resultados no sentido negativo devem-se à desmotivação pela falta de interesse no tema, pela falta de tempo ou pela falta de recursos humanos e materiais.

Foi enaltecida a pertinência e importância da temática e a relevância de intervenção tendo em conta a realidade atual no que diz respeito à crescente polimedicação.

4.3.7. Diagnósticos de Enfermagem

De acordo com a Matriz de Decisão Clínica do MAIEC, consideram-se como critério de diagnóstico para o comprometimento da Gestão Comunitária, quando uma ou mais das dimensões de diagnóstico está comprometida: Liderança Comunitária, Participação Comunitária ou *Coping Comunitário* (Melo, 2020).

Assim, Pedro Melo (2020) define aspetos a avaliar na Comunidade para perceber as dimensões de diagnóstico comprometidas. Para cada um dos aspetos da comunidade do Quadro 2 em que a resposta é “não”, significa que essa dimensão de diagnóstico está comprometida:

Quadro 2 - Síntese da avaliação da comunidade com base no MAIEC

Dimensões de diagnóstico	Aspetos da comunidade	Avaliação
Liderança comunitária	<u>Conhecimentos:</u> A comunidade e o(s) seu(s) líder(es) apresentam conhecimento e/ou aprendizagem de habilidades sobre os aspetos basilares da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados	Não
	<u>Crenças:</u> A comunidade e o(s) seu(s) líder(es) acreditam no Projeto e na sua competência para a abordagem da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados	Sim
	<u>Volição:</u> A comunidade e o(s) seu(s) líder(es) têm vontade/motivação para desenvolver um Projeto no âmbito da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados	Sim
Participação Comunitária	<u>Comunicação:</u> A comunidade e o(s) seu(s) líder(es) têm mecanismos eficazes de comunicação sobre a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados	Não
	Os membros da comunidade consideram clara a comunicação com o(s) líder(es) e/ou agente externo sobre a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados	Não
	<u>Parcerias:</u> A comunidade tem conhecimento dos recursos existentes para formar parcerias para a resolução da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados	Não
	A comunidade efetivou parcerias formais com outras comunidades para a abordagem da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados	Não
	<u>Estruturas organizativas:</u> A comunidade tem estruturas organizativas (comissões ou grupos de trabalho) para dar resposta à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados	Sim
Coping Comunitário	Tem experiências anteriores com a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados	Não
	Tem capacidade para questionar o porquê do seu diagnóstico face à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados	Não
	Tem relação com agentes para a resolução da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados	Sim
	Tem recursos com Formação em Planeamento em Saúde	Sim

Fonte: Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel.

Tendo em conta os dados analisados anteriormente, no que diz respeito à avaliação da Gestão Comunitária a nível da adesão ao regime medicamentoso da comunidade dos idosos polimedicados, podemos referir que a Gestão Comunitária está comprometida, todas as suas dimensões de diagnóstico estão comprometidas. Posto isto, foram definidos os seguintes diagnósticos de Enfermagem de acordo com a taxonomia CIPE, tal como pode ser consultado no quadro seguinte.

Quadro 3 – Diagnósticos de Enfermagem (CIPE) da comunidade de acordo com o MAIEC

Foco: Gestão Comunitária		
Diagnóstico	Subdiagnósticos	Diagnóstico CIPE
Liderança Comunitária comprometida	<p><u>Conhecimentos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 25% dos profissionais de saúde não têm conhecimento sobre o Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso; - 50% dos profissionais considera não possuir os conhecimentos necessários nem ter formação suficiente sobre promoção da adesão ao regime medicamentoso, fatores que interferem e estratégias de intervenção; - 76,19% dos utentes já se esqueceu de tomar os medicamentos; - Apenas 38,10% dos idosos nunca se descuidou com a hora da toma da medicação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento dos profissionais para a adesão ao regime medicamentoso diminuído - Capacidade comprometida para gerir regime medicamentoso - Conhecimento dos idosos sobre a adesão ao regime medicamentoso diminuído
Participação Comunitária comprometida	<p><u>Comunicação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 75% dos profissionais considera não haver uma comunicação eficaz na comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação comprometida
	<p><u>Parcerias:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 58% refere não existir na comunidade uma estrutura organizativa formal ou informal relacionada com a adesão ao regime medicamentoso - 75% refere não existirem parcerias relacionadas com a adesão ao regime medicamentoso 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade comprometida para gerir o regime medicamentoso
Coping Comunitário comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - 83% dos profissionais referem nunca ter tido experiências anteriores na participação em projetos ou atividades na área da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados - Nenhum profissional teve formação e/ou treino sobre a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento dos profissionais para a adesão ao regime medicamentoso diminuído
	<ul style="list-style-type: none"> - 33% dos profissionais refere não ter competências/forças para contribuir para um projeto relacionado com esta problemática 	<ul style="list-style-type: none"> - Volição comprometida

4.4. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A etapa da definição de prioridades permite definir quais os problemas em que se deve intervir primeiro. Tal não significa que os restantes parâmetros não sejam considerados importantes, mas sim que podem aguardar pela existência de recursos humanos, orçamento ou situação mais favorável (Rodrigues, 2021).

É importante priorizar pois, habitualmente, são encontrados diversos diagnósticos de Enfermagem, mas nem sempre existem os recursos necessários para fazer face aos mesmos. Tal como para este Projeto, tendo em conta o limite temporal, a priorização ajudou a perceber em que diagnósticos seria mais urgente intervir (Melo, 2020).

Para a priorização dos problemas deste estudo foi utilizado o método proposto pelo Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização PanAmericana de Saúde (CENDES-

OPAS), (Ahumada et al, 1965 como citado em Melo, 2020). Este modelo sugere três grandes critérios: magnitude (relacionado com a dimensão do mesmo na comunidade/população em análise), transcendência (forma como a intervenção nesse diagnóstico influencia a melhoria dos outros) e vulnerabilidade (possibilidade de uma melhoria nesse diagnóstico com a intervenção). No Quadro 4 é apresentada a forma como deve ser aplicada esta ponderação.

Quadro 4 – Método de priorização CENDES-OPAS

Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade
De 0 a 45% = 0 De 46 % a 55% = 1 De 56% a 70% = 2 Acima de 71% = 3	A intervenção no problema não influencia a melhoria dos outros problemas = 0 A intervenção no problema influencia pouco a melhoria dos outros problemas = 1 A intervenção no problema influencia a melhoria dos outros problemas = 2 A intervenção no problema influencia muito a melhoria dos outros problemas = 3	A resolução do problema não depende da nossa intervenção = 0 A resolução do problema depende pouco da nossa intervenção = 1 A resolução do problema depende da nossa intervenção = 2 A resolução do problema depende muito da nossa intervenção = 3

Fonte: Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel.

Após a definição destes critérios de priorização, os mesmos foram aplicados e analisados com recurso a peritos na área (profissionais que integram o Projeto de Gestão do Regime Terapêutico) e à Enfermeira orientadora, tendo sido atribuída uma pontuação para cada um dos critérios (Quadro 5).

Quadro 5 – Priorização dos Diagnósticos de Enfermagem do Projeto

DIAGNÓSTICOS	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Resultado
Conhecimento dos profissionais para a adesão ao regime medicamentoso diminuído	2	3	3	8
Capacidade comprometida para gerir o regime medicamentoso	3	3	2	8
Conhecimento dos idosos sobre a adesão ao regime medicamentoso diminuído	3	2	3	8
Comunicação comprometida	3	2	1	6
Volição comprometida	0	2	1	3

Tendo em conta os recursos disponíveis, sobretudo em relação à limitação temporal de aplicação do Projeto, foram estudados os diagnósticos com uma ponderação igual ou superior a 8.

Posto isto, foram tidos em conta três diagnósticos de Enfermagem para a implementação do Projeto de Intervenção: **Conhecimento dos profissionais para a adesão ao regime medicamentoso diminuído**, **Capacidade comprometida para gerir o regime medicamentoso** e **Conhecimento dos idosos sobre a adesão ao regime medicamentoso diminuído**.

Este Projeto foi realizado juntamente com uma colega de estágio e, como tal, cada uma focou a sua intervenção em diagnósticos distintos. Eu direcionei o meu Projeto para o conhecimento diminuído dos idosos sobre o regime medicamentoso e a minha colega interveio na

capacidade para a gestão do regime medicamentoso. Optámos por intervir as duas a nível dos conhecimentos diminuídos dos profissionais para a adesão ao regime medicamentoso.

4.5. FIXAÇÃO DOS OBJETIVOS

Os objetivos dizem respeito ao que se pretende atingir e são fundamentais para o planeamento, organização, liderança e controlo (Rodrigues, 2021).

Através da definição dos objetivos é possível determinar quais as estratégias de intervenção necessárias, com base no estado atual da comunidade, onde e até quando é necessário intervir (Melo, 2020).

Quadro 6 – Objetivos do Projeto
(continua)

Diagnóstico	Conhecimento dos profissionais para a adesão ao regime medicamentoso diminuído
Objetivos específicos	- Aumentar para 90% os profissionais que têm conhecimento sobre o Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso; - Aumentar para 75% o número de profissionais que considera possuir os conhecimentos necessários e formação suficiente sobre promoção da adesão ao regime medicamentoso.
Indicadores	<p>Indicador de processo:</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ sessões realizadas}}{\text{n}^\circ \text{ sessões programadas}} \times 100$ $\frac{\text{n}^\circ \text{ profissionais que assistiu à sessão de apresentação do Projeto e sobre Empoderamento Comunitário}}{\text{n}^\circ \text{ profissionais convocados para a sessão}} \times 100$ $\frac{\text{n}^\circ \text{ profissionais que assistiu à sessão de formação sobre Estratégias de Promoção da Saúde}}{\text{n}^\circ \text{ profissionais convocados para a sessão}} \times 100$ $\frac{\text{n}^\circ \text{ instrumentos desenvolvidos}}{\text{n}^\circ \text{ instrumentos que se planeou desenvolver}} \times 100$ $\frac{\text{n}^\circ \text{ profissionais que avaliou os instrumentos}}{\text{n}^\circ \text{ profissionais da unidade}} \times 100$ <p>Indicador de resultado:</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ profissionais que reconheceu ter melhorado o seu conhecimento sobre o Empoderamento Comunitário}}{\text{n}^\circ \text{ profissionais que assistiu e avaliou a apresentação sobre o Empoderamento Comunitário}} \times 100$ $\frac{\text{n}^\circ \text{ profissionais que considera ter mais ferramentas para promover a saúde}}{\text{n}^\circ \text{ profissionais que assistiu e avaliou a sessão sobre Estratégias de Promoção da Saúde}} \times 100$ $\frac{\text{n}^\circ \text{ profissionais que considera recorrer às estratégias apresentadas na sua prática profissional}}{\text{n}^\circ \text{ profissionais que assistiu e avaliou a sessão sobre Estratégias de Promoção da Saúde}} \times 100$ $\frac{\text{n}^\circ \text{ profissionais que considerou pertinentes os instrumentos realizados}}{\text{n}^\circ \text{ profissionais que avaliaram os instrumentos}} \times 100$
Meta/Tempo	- Que 90% dos profissionais reconheça ter melhorado o seu nível de conhecimento sobre o Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso até fevereiro de 2025; - Que 80% dos profissionais considere pertinentes os instrumentos realizados para auxiliar na sua prática (Cartaz, Folheto informativo e Guia orientador), até fevereiro de 2025; - Que 75% dos profissionais considere ter mais conhecimento sobre promoção da saúde (nomeadamente para a adesão ao regime medicamentoso), até fevereiro de 2025.
Diagnóstico	Conhecimento dos idosos sobre a adesão ao regime medicamentoso diminuído
Objetivos específicos	- Aumentar em 80% a adesão ao regime medicamentoso dos idosos polimedicados

(conclusão)

Indicadores	Indicador de processo: $\frac{\text{n}^\circ \text{ sessões realizadas}}{\text{n}^\circ \text{ sessões programadas}} \times 100$
	$\frac{\text{n}^\circ \text{ idosos que participaram na sessão}}{\text{n}^\circ \text{ total de idosos convocados para a sessão}} \times 100$
	Indicador de resultado: $\frac{\text{n}^\circ \text{ idosos com melhoria do score na escala MAT}}{\text{n}^\circ \text{ total de idosos que se interveio}} \times 100$
Meta/Tempo	- Aumentar em 80% o <i>score</i> na escala MAT dos idosos polimedicados, até fevereiro de 2025.

4.6. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

As estratégias são a forma como se irá trabalhar para o alcance dos objetivos definidos, ou seja, tendo em conta as diversas ações possíveis quais as que se selecionam para fazer face ao diagnóstico (Rodrigues, 2021).

Assim sendo, foi realizada uma revisão integrativa da literatura para identificar as intervenções de Enfermagem a desenvolver, de forma a basear a prática em evidência científica. Foi definida a seguinte questão de investigação: “Como aumentar a adesão dos idosos polimedicados ao regime medicamentoso através do Empoderamento Comunitário?”.

Foi utilizada a mnemónica “PICo” – população(P), fenómeno de interesse (I) e contexto (Co). Neste caso, a população refere-se a pessoas com 65 ou mais anos, o fenómeno de interesse remete-nos para gestão do regime medicamentoso e o contexto é no domicílio das pessoas. No Quadro 6 encontra-se o mapa de conceitos utilizado para a pesquisa.

Quadro 7 – Mapa de conceitos utilizado na Revisão Integrativa da Literatura

	POPULAÇÃO	AND	CONCEITO	AND	CONTEXTO
Palavras-chave TI AND AB	“elderly”		“therapeutic regimen management” “polypharmacy” “nurs*” “empowerment”		“residence” “domicile”
OR					
Descritores MESH	“aged”		“medication adherence” “medication therapy management” “polypharmacy” “nurs*” “empowerment”		“housing”
Termos CINAHL	“aged” “Frail Elderly”		“medication regimen” “medication management” “polypharmacy” “nurs*” “empowerment”		“home environment”

Após uma pesquisa livre realizada na plataforma de pesquisa Google Académico, foram analisados 19 documentos, dos quais quatro artigos (que complementaram a pesquisa) foram incluídos. Da pesquisa realizada nas bases de dados *CINAHL Complete* (via *EBSCOhost*) e *MEDLINE Complete* (via *PubMed*), todos os estudos identificados foram recolhidos e exportados para o *Mendeley*. Os títulos e resumos dos referidos estudos foram examinados

para avaliação tendo em conta os critérios de inclusão definidos para a revisão. Os artigos potencialmente relevantes foram recuperados na íntegra, tendo sido identificados 153 estudos e confirmado que nenhum se encontrava em duplicado. Após avaliação do título, 112 foram excluídos e 23 foram excluídos após avaliação do resumo. Dos 18 estudos restantes, 12 foram excluídos após leitura integral do texto por não cumprirem os critérios de inclusão e não responderem à questão de investigação. Desta forma, foram incluídos seis estudos.

Posto isto, a revisão incluiu um total de 10 artigos. Estes artigos destacam como grupos mais vulneráveis para baixos níveis de literacia pessoas com: 65 ou mais anos, presença de doenças crónicas, baixos níveis de escolaridade e baixos rendimentos. Assim, torna-se fundamental promover e dirigir iniciativas de melhoria da Literacia em Saúde para indivíduos com estas características (Arriaga, et al., 2023).

Esteves (2023), clarifica que utentes com baixos níveis de Literacia em Saúde possuem três vezes mais probabilidade de interpretar erradamente os rótulos das embalagens dos medicamentos, sendo por isso importante: uniformizar o *design* da embalagem; o profissional ter uma comunicação em saúde clara, acessível e apropriada (durante o internamento hospitalar, incluindo a alta) e existir partilha da tomada de decisões entre o utente/familiares e profissionais de saúde.

Pereira, Bieri, Carral, Martins, & Verloo (2022a), revelaram como necessidades fundamentais para os idosos haver maior envolvimento no planeamento da alta hospitalar e que sejam informados, ouvidos e ativamente envolvidos na tomada de decisões, bem como que exista uma melhor comunicação e coordenação entre cuidadores e profissionais. Neste estudo, a maioria dos idosos descreveu, em diferentes níveis, o seu desejo de ser informado, de ser ouvido e de se envolver na tomada de decisões sobre a gestão de medicamentos em casa, após a alta hospitalar, no sentido de manterem a sua autonomia.

O desenvolvimento de um modelo de gestão de medicamentos centrado no utente, interprofissional e colaborativo é fundamental para prevenir problemas relacionados com a medicação. A prevenção, antes da diminuição das capacidades cognitivas e do aumento da fragilidade, não apenas melhora a qualidade de vida dos idosos, mas também contribui para a redução de custos para as famílias, o sistema de saúde e para a sociedade em geral (Pereira, Bieri, Martins, Carral, & Verloo, 2022b; Dixe, et al., 2023).

A capacitação e o Empoderamento são considerados essenciais para melhorar a adesão ao regime medicamentoso, permitindo um controlo sobre a sua saúde e aumento da segurança (Mó, et al., 2020). O Enfermeiro comunitário detém uma posição privilegiada que permite gerir

esta problemática, devido à proximidade com o utente e restantes profissionais (Pereira F. , Bieri, Carral, Martins, & Verloo, 2022a).

Face ao exposto pela literatura, a Literacia em Saúde assume um papel importante na gestão da medicação, sobretudo no caso da polimedicação, com vista a reduzir o risco de erros na medicação, evitar interações medicamentosas e melhorar a adesão à medicação.

O Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde, da DGS, refere que os profissionais de saúde devem potenciar oportunidades de promoção da Literacia em Saúde, com vista à capacitação e motivação da comunidade para a saúde, bem-estar e redução de desigualdades em saúde. A saúde deve ser vista como um recurso para as pessoas e sociedade, devendo ser uma responsabilidade partilhada, que só é alcançada com esforço e dedicação de todos (DGS, 2019).

É fundamental adequar à população idosa as estratégias de promoção da Literacia em Saúde, devido à possibilidade de poderem ocorrer alterações na capacidade de memória ou rapidez de processamento da informação transmitida com a deterioração cognitiva associada ao processo de envelhecimento. Deve ser privilegiada a autonomia dos idosos, garantido o direito à sua autodeterminação e mantendo a dignidade, integridade e liberdade de escolha, proporcionando acompanhamento de proximidade, de acordo com as características e necessidades de cada pessoa, tendo em atenção às suas diferentes incapacidades (DGS, 2019).

No processo de capacitação e Empoderamento da população idosa, a informação transmitida deve ser simples e clara, repetida o número de vezes necessário, dado o tempo para o processamento da informação e identificados os recursos e apoios disponíveis para a gestão segura da polimedicação no domicílio (DGS, 2019).

Face à revisão da literatura realizada e tendo em conta o enquadramento teórico do capítulo anterior, destaco que as dificuldades na adesão ao regime medicamentoso dos utentes estão associadas a baixos níveis de Literacia em Saúde e à deterioração cognitiva relacionada com o processo de envelhecimento. Uma vez que a Literacia em Saúde não é apenas a transmissão de informações, mas foca-se no desenvolvimento de capacidades que permitam a tomada de decisões informadas sobre o estado de saúde, implica a participação ativa dos membros da comunidade, mas também a ação política e das organizações (DGS, 2019).

Uma forma importante de promover a saúde é trabalhar com grupos, pois permite aos indivíduos progredir na ação coletiva. Desta forma, importa dar conhecimentos e ferramentas aos idosos para que estes consigam refletir sobre as suas práticas e adquiram comportamentos em prol da sua saúde (DGS, 2019).

Da avaliação do Empoderamento Comunitário ficou destacada a falta de conhecimento e experiência dos profissionais em fazerem face a esta problemática. De acordo com Pedro Melo, para promover a liderança comunitária, deve-se ensinar e/ou treinar o líder e membros da comunidade sobre questões basilares da adesão ao regime medicamentoso (Melo, 2020).

Tendo em conta os objetivos definidos e de acordo com os modelos base (MAIEC e da Promoção da Saúde), com os diagnósticos de Enfermagem, objetivos e metas, defini as seguintes estratégias de intervenção para melhorar o Empoderamento Comunitário:

- Apresentação do Projeto a toda a equipa da UCC, incluindo uma explicação sobre o MAIEC;
- Sessão de Educação para a Saúde com metodologia expositiva e interativa com os idosos sobre os medicamentos, com os seguintes temas: o que são os medicamentos, distinção de medicamentos sujeitos a receita médica e não sujeitos a receita médica, identificação dos medicamentos pelo seu princípio ativo, diversas vias de administração dos medicamentos e sobre reações adversas; utilização de linguagem simples e clara;
- Elaboração de um cartaz alusivo ao tema da adesão ao regime medicamentoso, de modo a ser afixado nas unidades, como por exemplo na UCC, USF e Consultas Externas;
- Elaboração de folheto informativo em formato papel sobre o tema: o que é a polimedicação, barreiras e consequências, o que fazer e a importância da toma da medicação;
- Realização de um guia orientador para os Enfermeiros sobre a “Adesão ao Regime Medicamentoso em Idosos Polimedicados” que descreva a abordagem a estes utentes (como intervir) e com estratégias que podem ser recomendadas aos idosos para que estes tenham mais facilidade em aderir ao regime;
- Realização de sessão de formação para os profissionais de saúde da UCC sobre “Estratégias de Promoção da Saúde”, para que estes possam adaptar ao seu dia-a-dia, ou para quem trabalha com idosos polimedicados colocar algumas destas estratégias em prática.

4.7. PREPARAÇÃO PARA A EXECUÇÃO DAS INTERVENÇÕES

O EESCSP deve conceber, planear e executar intervenções de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, assim como mobilizar os responsáveis organizacionais e políticos necessários, tendo em conta os problemas de saúde identificados. Perante um diagnóstico de situação em saúde, é competência do EESCSP estabelecer programas e projetos de intervenção capazes de dar resposta às necessidades da comunidade (Regulamento nº428/2018 de 16 de julho, 2018).

Nesta fase são considerados todos os aspetos inerentes à execução do Projeto, o que inclui os recursos humanos e materiais e os gastos financeiros necessários. Para tal é necessária a planificação das atividades a desenvolver (Imperatori & Giraldes, 1982).

Desenvolveu-se o Projeto “Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso”. Trata-se de um Projeto-piloto, realizado em colaboração com os Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária da UCC [redacted] e uma colega de mestrado. Este Projeto foi implementado a uma população alvo de 21 idosos polimedicados inscritos na USF da [redacted].

Foi realizado um plano de ação, onde constam os objetivos específicos, as atividades a desenvolver para os alcançar, as estratégias selecionadas, quando se realizam e como são avaliadas as atividades.

Quadro 8 – Plano de ação do Projeto
(continua)

Diagnóstico	Objetivo específico	Atividades	Estratégias metodológicas	Local e Data	Avaliação
Conhecimento dos profissionais para a adesão ao regime medicamentoso diminuído	- Aumentar para 90% os profissionais que têm conhecimento sobre o Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso	- Apresentação do Projeto a toda a equipa da UCC, incluindo uma explicação sobre o MAIEC;	- Apresentação teórica do MAIEC; - Explicação de como, na prática, o modelo irá ser implementado, através da apresentação das fases do Projeto; - Utilização de uma metodologia expositiva, com recurso a computador e projetor; - No final, questionar se conseguiram compreender o conceito de Empoderamento Comunitário.	11 de dezembro de 2024 às 14h30	Indicador de processo: - Nº sessões realizadas/Nº sessões programadas - Nº profissionais que assistiu à sessão de apresentação do Projeto e sobre Empoderamento Comunitário/Nº de profissionais convocados para a sessão Indicador de resultado: - Nº profissionais que reconheceu ter melhorado o seu conhecimento sobre o Empoderamento Comunitário/Nº de profissionais que assistiu e avaliou a apresentação

(continuação)

Diagnóstico	Objetivo específico	Atividades	Estratégias metodológicas	Local e Data	Avaliação
<p>Conhecimento dos profissionais para a adesão ao regime medicamentoso diminuído</p>	<p>- Aumentar para 75% o número de profissionais que considera possuir os conhecimentos necessários e formação suficiente sobre promoção da adesão ao regime medicamentoso</p>	<p>- Elaboração de um cartaz alusivo ao tema da adesão ao regime medicamentoso, de modo a ser afixado nas unidades (exemplo UCC, USF e Consulta Externa);</p> <p>- Elaboração de folheto informativo em formato papel sobre o tema: o que é a polimedicação, barreiras e consequências, o que fazer e importância da toma da medicação;</p> <p>- Realização de guia orientador para os Enfermeiros sobre a "Adesão ao Regime Medicamentoso em Idosos Polimedcados" sobre a abordagem a estes utentes (como intervir) e com estratégias que podem recomendar aos idosos para que estes tenham mais facilidade em aderir ao regime;</p> <p>- Realização de sessão de formação aos profissionais de saúde da UCC sobre "Estratégias para Promoção da Saúde", para que possam adaptar ao seu dia-a-dia ou para quem trabalha com idosos polimedcados colocar algumas destas estratégias em prática.</p>	<p>- Pesquisar e questionar os peritos na área sobre as áreas em que habitualmente há mais dificuldades;</p> <p>- Construção de material de apoio para os idosos e profissionais, de acordo com o <i>lay-out</i> da ULS;</p> <p>- Divulgação dos instrumentos de apoio desenvolvidos;</p> <p>- Encaminhamento para o gabinete de qualidade, pela Enfermeira coordenadora</p>	<p>Durante o mês de janeiro</p>	<p><u>Indicador de processo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nº instrumentos desenvolvidos/Nº instrumentos que se planeou desenvolver - Nº profissionais que avaliou os instrumentos/Nº de profissionais da unidade <p><u>Indicador de resultado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nº de profissionais que considerou pertinentes os instrumentos desenvolvidos/Nº de profissionais que avaliaram os instrumentos
		<p>- Apresentação do tema Promoção da Saúde;</p> <p>- Distinção da Literacia em Saúde e sua aplicabilidade;</p> <p>- Divulgação de métodos e meios para a promoção da saúde;</p> <p>- Utilização da metodologia expositiva, com recurso a computador e projetor;</p> <p>- No final, questionar se as estratégias divulgadas poderão ser aplicadas na sua prática profissional.</p>		<p>12 de fevereiro de 2025</p>	<p><u>Indicador de processo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nº sessões realizadas/Nº sessões programadas - Nº profissionais que assistiu à sessão de formação sobre Estratégias de Promoção da Saúde/Nº de profissionais convocados para a sessão <p><u>Indicador de resultado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nº de profissionais que considera ter mais ferramentas para promover a saúde/Nº de profissionais que assistiu e avaliou a sessão - Nº profissionais que considera recorrer às estratégias apresentadas na sua prática profissional/Nº profissionais que assistiu e avaliou a sessão

(conclusão)		Estratégias metodológicas		Local e Data	Avaliação
Diagnóstico	Objetivo específico	Atividades			
Conhecimento dos idosos a adesão ao regime medicamentoso diminuído	- Aumentar em 80% a adesão ao regime medicamentoso dos idosos polimedicados	- Sessão de Educação para a Saúde sobre o regime medicamentoso	- Apresentação do tema e sobre o que são os medicamentos, distinção de medicamentos sujeitos a receita médica e não sujeitos a receita médica, identificação dos medicamentos pelo princípio ativo, diversas vias de administração dos medicamentos e reações adversas; - Utilização da metodologia expositiva, com recurso a computador e projetor; - No final, solicitar uma avaliação da utilidade da sessão.	27 de janeiro de 2025	Indicador de processo: - Nº sessões realizadas/Nº sessões programadas - Nº de idosos que participaram na sessão/Nº total de idosos convocados para a sessão <u>Indicador de resultado:</u> - Nº idosos com melhoria do score na escala MAT/Nº total de idosos que se interveio

Foi também realizado um cronograma de atividades a desenvolver para a exequibilidade do Projeto ao longo o estágio, havendo a necessidade de este ser diversas vezes ajustado consoante a necessidade (APÊNDICE VII).

Para a realização das três sessões foi realizado um plano de sessão e a apresentação foi elaborada no programa *PowerPoint*. Na preparação e desenvolvimento destas sessões recorreu-se a documentação científica e fidedigna, nomeadamente da DGS, Infarmed e OMS.

Na apresentação do Projeto à equipa da UCC foi apresentado o título do Projeto, feito um enquadramento do tema selecionado, apresentados os objetivos do Projeto, o público-alvo, o diagnóstico de situação da comunidade, a metodologia utilizada e os modelos teóricos em que o Projeto se baseou. Nesta fase foi realizada uma breve apresentação do MAIEC (devido ao facto de a maioria dos colegas não estarem inteirados da sua aplicabilidade), foi apresentado o cronograma, recursos, indicadores e, por fim, as considerações éticas. No APÊNDICE VIII pode ser consultado o plano de sessão e a apresentação que foi utilizada.

A sessão sobre Estratégias de Promoção para a Saúde iniciou com a clarificação da distinção entre Promoção da Saúde e Promoção da Literacia em saúde, tendo sido abordado como os profissionais devem agir, os conceitos Comunicação e Ativação, apresentados métodos e meios para promover a saúde e exemplos práticos (APÊNDICE III).

Na sessão com os idosos polimedicados, foram abordados conceitos básicos e essenciais sobre o regime medicamentoso, nomeadamente a definição de medicamentos, distinção dos medicamentos sujeitos e não sujeitos a receita médica, vias de administração, distinção de reação adversa e alergia medicamentosa e como prevenir interações medicamentosas. A seguir a esta sessão os idosos assistiram a uma sessão sobre estratégias de promoção da adesão ao regime medicamentoso, realizada pela colega mestranda, onde foram abordados os seguintes temas: reconciliação terapêutica, mapa terapêutico, armazenamento da medicação e dicas para evitar o esquecimento da toma da medicação. No APÊNDICE IX pode ser consultado o plano da sessão que eu apresentei e a apresentação que foi utilizada para as sessões.

O cartaz sobre a temática foi desenvolvido para sensibilizar profissionais de saúde e idosos polimedicados, assim como divulgar formas de prevenir e intervir no caso de regimes medicamentosos com cinco ou mais medicamentos (APÊNDICE X). Pretende-se que este seja afixado pelas unidades da ULSMT, nomeadamente nas USF, UCC e consultas externas.

O guia orientador para os Enfermeiros visa, como o próprio nome o sugere, orientar a prática dos Enfermeiros no cuidado a utentes polimedicados. Neste consta o que fazer em cada etapa: contacto inicial, realização de visita domiciliária e intervenção no sentido da capacitação do idoso. No final foram incluídas estratégias que os profissionais podem sugerir aos idosos para que estes aumentem a sua adesão ao regime medicamentoso (APÊNDICE XI).

Os folhetos para os idosos servem para complementar o cuidado dos Enfermeiros aos idosos polimedicados, pois podem facultar aos utentes informação escrita sobre as estratégias de adesão. Neste impresso consta ainda a definição de polimedicação, barreiras à correta toma dos medicamentos e importância da toma da medicação (APÊNDICE XII).

Para avaliação das sessões:

- Aos profissionais de saúde, no final de todas as sessões foi enviado um link (de preenchimento anónimo) de forma a referirem se tinham compreendido melhor os conceitos e se as ferramentas desenvolvidas tinham utilidade na sua prática profissional;
- Aos idosos foi solicitado que no final da sessão colocassem numa caixa o “blister” (numa escala de um a seis) referente à utilidade que consideraram ter a sessão, de acordo com: sessão sem utilidade (1), não gostei muito (2), não gostei (3), gostei (4), gostei muito (5) e muito útil (6). Consta no APÊNDICE XIII o que foi utilizado para esta operacionalização. Foi ainda reaplicado o MAT para se perceber a evolução na adesão aos medicamentos.

Para o desenvolvimento deste Projeto, os recursos necessários foram os seguintes:

- Sala de reuniões da UCC (para as sessões com os profissionais);
- Ginásio da USF da [REDACTED] (para a sessão com os idosos);
- Computador (disponibilizado pelas mestrandas);
- Projetor (disponibilizado pela UCC);
- Cadeiras;
- Mesa;
- Material de apoio à avaliação da sessão (para a sessão com os idosos).

4.8. EXECUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Nesta etapa do Planeamento em Saúde executam-se as atividades planeadas, indo ao encontro dos objetivos delineados (Imperatori & Giraldes, 1982).

Inicialmente foi realizada uma apresentação do Projeto a toda a equipa da UCC (APÊNDICE VIII), que decorreu no dia 11 de dezembro de 2024 na sala de reuniões da UCC, tendo sido convocados todos os profissionais da unidade. A sessão foi dinamizada pelas duas mestrandas, estando presente também a Enfermeira orientadora e a Enfermeira coordenadora da unidade. Houve um total de oito Enfermeiros presentes, sendo que o motivo pelo qual não estavam todos os Enfermeiros da unidade (12) deveu-se à existência de baixas médicas quando decorreu a sessão. Por constrangimentos na conciliação de agendas, não foi possível integrar os Enfermeiros da USF [REDACTED] nesta reunião, nem apresentar a sessão no tempo que restava, por esse motivo optou-se por enviar a apresentação via *e-mail*, para que estes estivessem ocorrentes do Projeto.

A Sessão de Educação para a Saúde “Conhecimentos e estratégias de adesão ao regime medicamentoso” (APÊNDICE IX) decorreu no dia 27 de janeiro de 2025 no ginásio da USF [REDACTED] e contou com a presença de quatro idosos polimedicados, sem médico de família atribuído. Esta sessão foi dinamizada em conjunto com a colega mestranda, tendo estado presente a coordenadora da UCC. Os idosos foram convidados a participar na sessão após a aplicação do questionário usado para avaliar os comportamentos e a adesão ao regime medicamentoso. Foi ainda realizado um contacto telefónico prévio à sessão para relembrar a data, hora e local.

Durante a sessão, com uma duração de cerca de 45 minutos, os idosos estiveram interessados nos temas abordados e bastante interventivos, partilhando diversas experiências e dificuldades sentidas, o que por momentos também se tornou uma dificuldade em gerir o tempo disponível, devido à descrição alongada de experiências fora do tema da adesão ao

regime medicamentoso. Estava confirmada a presença de sete idosos, contudo ocorreu uma adesão ainda mais baixa à prevista. Dois utentes não compareceram devido ao falecimento de um familiar próximo e os restantes utentes (a esmagadora maioria), devido à dificuldade em se deslocarem até à unidade, estando esta dependente de terceiros ou de transportes públicos. Este inconveniente deveu-se ao facto de a maioria dos utentes sem médico de família, a quem foi aplicado o questionário, residirem em localidades distantes de ■■■ (a cerca de 10 quilómetros de distância).

Estava previsto dividir a sessão em dois dias distintos, em que cada mestranda trabalharia a sua temática, contudo pelas dificuldades relatadas pelos idosos com a deslocação e pela dificuldade em haver um espaço e hora disponíveis, optámos por realizar uma só sessão, mais prolongada. Foi realizada uma pausa e providenciado um pequeno lanche a meio da sessão.

No final da sessão os participantes destacaram a importância de se trabalhar esta temática e enalteceram a preocupação dos profissionais de saúde com as pessoas com uma faixa etária mais avançada, com doenças crónicas, aliado à falta de médicos de família.

Uma vez que o horizonte temporal deste estágio não permitiu aprofundar as atividades planeadas, foram desenvolvidos três instrumentos de apoio aos profissionais de saúde (APÊNDICE X, XI e XII): um cartaz, um folheto informativo para idosos e um guia orientador para Enfermeiros. Estes instrumentos foram validados pela Enfermeira orientadora e pela coordenadora da UCC e foram submetidos ao serviço de Gestão da Qualidade da ULSMT, de forma a ficarem disponíveis a todos os profissionais desta unidade.

Durante o estágio não houve validação dos instrumentos pelo serviço de Gestão da Qualidade, pelo que os mesmos não puderam ser divulgados. Uma vez que se encontra em desenvolvimento um Projeto nesta área por um grupo de trabalho da UCC, estes instrumentos podem ser utilizados por estes no decorrer da sua atividade, após validação e publicação na Intranet da ULSMT.

A sessão sobre “Estratégias de Promoção para a Saúde” (APÊNDICE III) decorreu no dia 12 de fevereiro de 2025 na sala de reuniões da UCC ■■■ e contou com a presença de 11 Enfermeiros da unidade. Os profissionais de saúde mostraram-se interessados nos temas e destacaram a importância de atualização de conhecimentos nesta área, por ser algo recorrente na prática profissional dos cuidados de saúde primários.

4.9. AVALIAÇÃO DO PROJETO

Cerca de três semanas após a Sessão de Educação para a Saúde sobre “Conhecimentos e estratégias de adesão ao regime medicamentoso”, foi reaplicada a escala MAT no dia 18 de fevereiro de 2025 aos quatro idosos que assistiram à sessão, no sentido de perceber se foi possível mudar comportamentos. Desta forma, verificou-se uma melhoria no *score* da escala MAT, tal como pode ser verificado no gráfico seguinte.

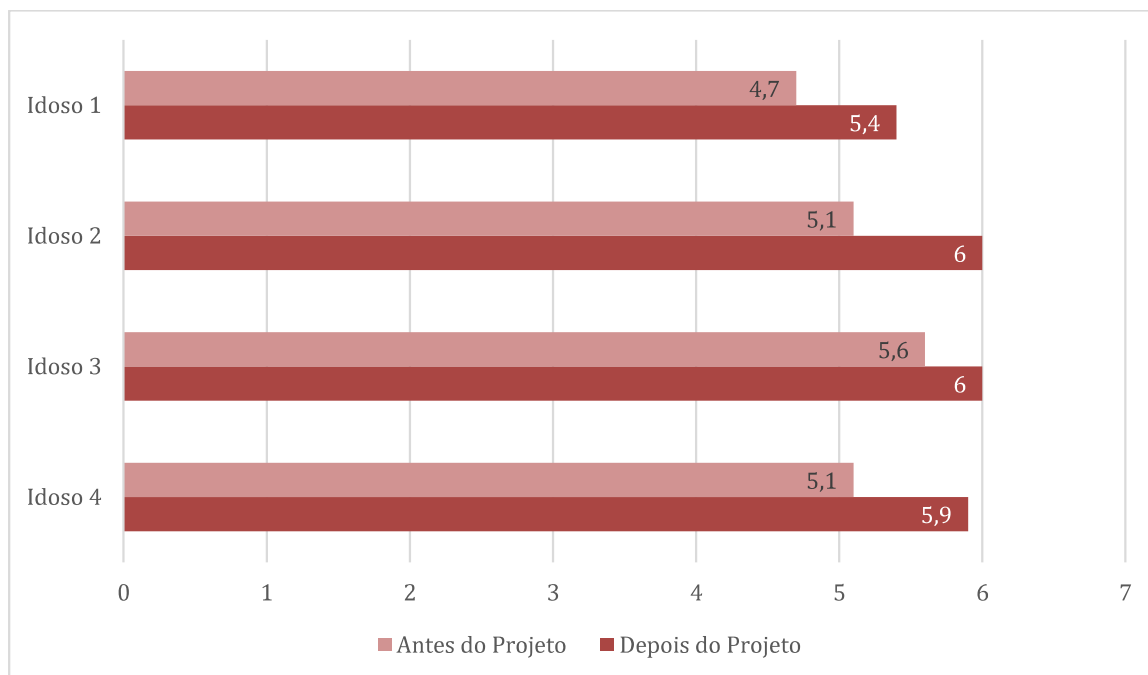


Gráfico 2 – Evolução do *score* da escala MAT antes e após o Projeto

Tal como referido anteriormente, o *feedback* recebido no final da sessão foi bastante positivo, tendo sido solicitada uma avaliação da sessão de um a seis, sendo a média das respostas obtidas de 5,8 (desvio padrão 0,43).

A nível de Empoderamento Comunitário, não é possível determinar se a implementação deste Projeto teve impacto no Empoderamento, devido ao seu curto período de aplicação. Neste sentido, seria necessária uma intervenção de, no mínimo, um ano para ser possível melhorar o Empoderamento Comunitário dos idosos polimedicados que se encontram no seu domicílio (Melo, 2020).

Para a avaliação das restantes atividades, foi enviado um *link* aos profissionais no sentido de (de forma anónima), estes darem o seu *feedback* acerca do que foi desenvolvido. Apesar de nem todos os profissionais terem respondido (obtiveram-se sete respostas), as respostas obtidas foram bastante positivas, tal como consta nos gráficos seguintes.

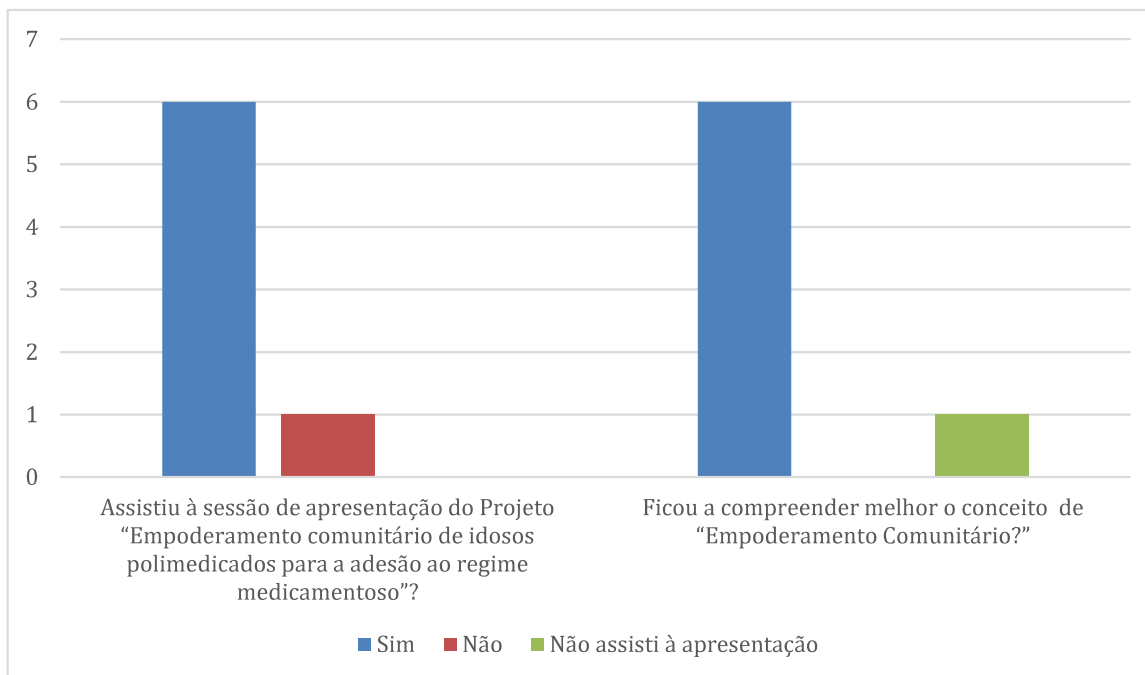


Gráfico 3 – Avaliação da apresentação do Projeto/Empoderamento Comunitário

Em relação à sessão de apresentação do Projeto e sobre o Empoderamento Comunitário, todos os profissionais que assistiram e avaliaram a sessão referem ter ficado a compreender melhor o conceito do Empoderamento Comunitário e como este pode ser aplicado em Projetos de Intervenção (Gráfico 3).

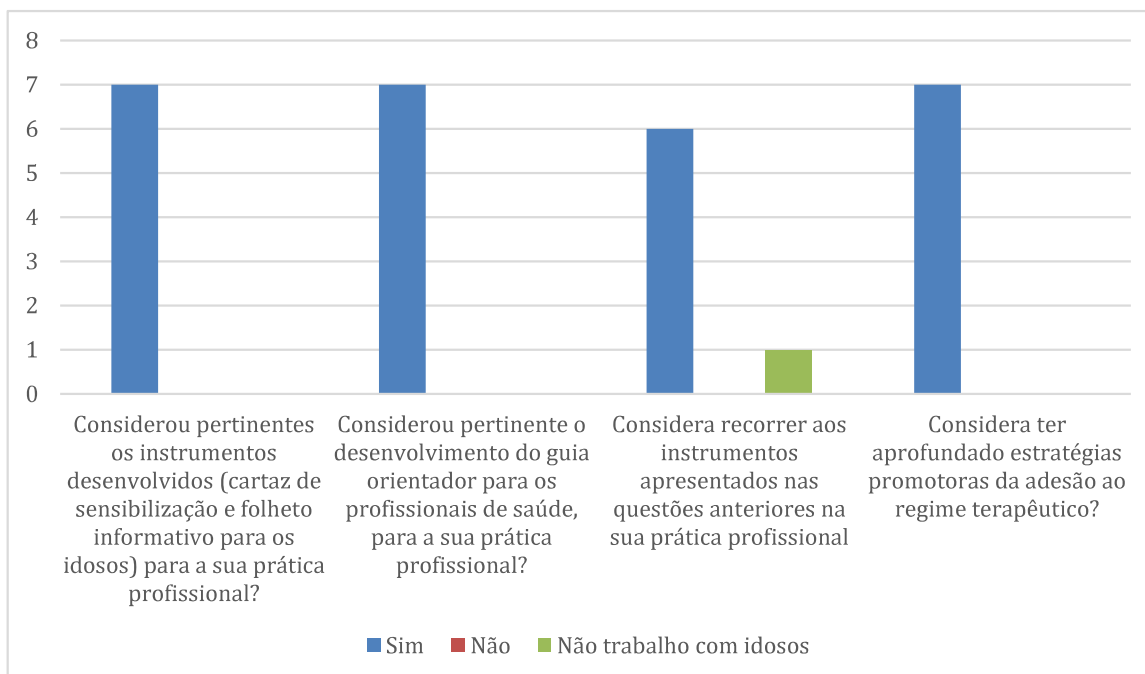


Gráfico 4 – Avaliação dos instrumentos realizados sobre a adesão ao regime medicamentoso

No que diz respeito aos instrumentos de apoio desenvolvidos, a totalidade dos profissionais que avaliaram os instrumentos consideram que os mesmos são pertinentes e considera utilizá-los na sua prática profissional (Gráfico 4).

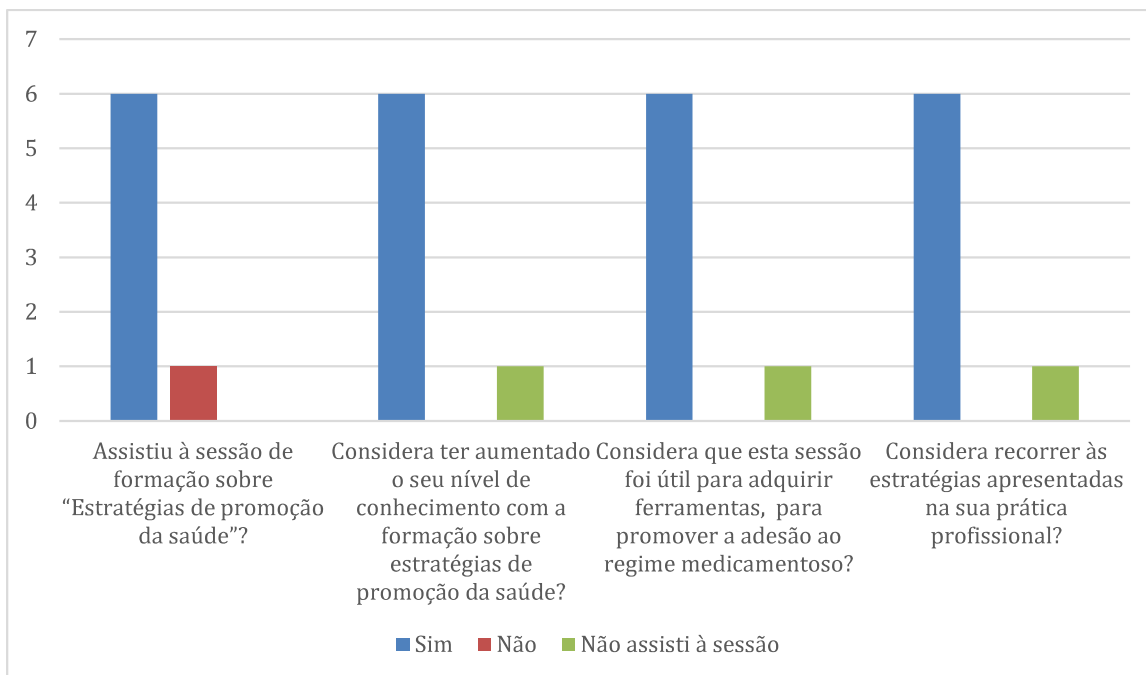


Gráfico 5 – Avaliação da sessão “Estratégias de Promoção da Saúde”

No que diz respeito à sessão de formação sobre “Estratégias para a Promoção da Saúde”, todos os profissionais que assistiram e avaliaram a sessão consideram ter aumentado o seu nível de conhecimentos sobre estratégias de promoção da saúde, nomeadamente a nível da adesão ao regime medicamentoso, e considera utilizar as estratégias abordadas no decorrer da sua prática profissional (Gráfico 5).

Como sugestões de melhoria para o Projeto e suas atividades, foi referida a divulgação do Projeto a mais unidades e foi apontada a necessidade de se melhorar a relação com os idosos, através de relações empáticas, que permitam uma introdução e compreensão mais fácil das informações transmitidas.

De futuro importa reforçar estes ensinamentos e validar a real compreensão destes conceitos, sendo que para isso pode-se, por exemplo, perceber se os instrumentos e as estratégias estão a ser utilizados nos projetos ou atividades desenvolvidas na unidade.

No que diz respeito à avaliação do Projeto e tendo em conta os objetivos, indicadores e metas traçados anteriormente, o Quadro 7 mostra os resultados obtidos.

Quadro 9 – Avaliação do Projeto
(continua)

Objetivos específicos	Indicadores	Meta	Avaliação
<p>- Aumentar para 90% os profissionais que têm conhecimento sobre o Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso</p>	<p><u>Indicador de processo:</u> - N° sessões realizadas/N° sessões programadas</p> <p>- N° profissionais que assistiu à sessão de apresentação do Projeto e sobre Empoderamento Comunitário/N° de profissionais convocados para a sessão</p>	<p>- Obter uma assiduidade à sessão superior a 85%</p>	<p>- 1 sessão realizada/1 sessão programada x 100 = 100%</p> <p>- 8 profissionais que assistiram à sessão de apresentação do Projeto/8 profissionais convocados x 100 = 100%</p>
	<p><u>Indicador de resultado:</u> - N° profissionais que reconheceu ter melhorado o seu conhecimento sobre o Empoderamento Comunitário/N° de profissionais que assistiu e avaliou a apresentação</p>	<p>- Que 90% dos profissionais reconheça ter melhorado o seu nível de conhecimento sobre o Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso</p>	<p>- 5 profissionais reconheceram ter melhorado o seu conhecimento sobre o Empoderamento Comunitário/5 profissionais que assistiram e avaliaram a apresentação x 100 = 100%</p>
<p>- Aumentar para 75% o número de profissionais que considera possuir os conhecimentos necessários e formação suficiente sobre promoção da adesão ao regime medicamentoso</p>	<p><u>Indicador de processo:</u> - N° instrumentos desenvolvidos/N° instrumentos que se planeou desenvolver - N° profissionais que avaliou os instrumentos/N° de profissionais da unidade</p> <p>- N° sessões realizadas/N° sessões programadas - N° profissionais que assistiu à sessão de formação sobre Estratégias de Promoção da Saúde/N° de profissionais convocados para a sessão</p>	<p>- Que mais de 75% dos profissionais avalie os instrumentos realizados</p> <p>- Obter uma assiduidade à sessão superior a 85%</p>	<p>- 3 instrumentos desenvolvidos/3 instrumentos que se planeou desenvolver x 100 = 100%</p> <p>- 7 profissionais que avaliaram os instrumentos/12 profissionais da unidade x 100 = 58,3%</p> <p>- 1 sessão realizada/1 sessão programada x 100 = 100%</p> <p>- 11 profissionais que assistiram à sessão de formação sobre Estratégias de Promoção da Saúde/11 profissionais convocados x 100 = 100%</p>
	<p><u>Indicador de resultado:</u> - N° de profissionais que considerou pertinentes os instrumentos desenvolvidos/N° de profissionais que avaliaram os instrumentos</p> <p>- N° de profissionais que considera ter mais ferramentas para promover a saúde/N° de profissionais que assistiu e avaliou a sessão - N° profissionais que considera recorrer às estratégias apresentadas na sua prática profissional/N° profissionais que assistiu e avaliou a sessão</p>	<p>- Que 80% dos profissionais considere pertinentes os instrumentos elaborados para auxiliar na sua prática (Cartaz, Folheto informativo e Guia orientador);</p> <p>- Que 75% dos profissionais considere ter mais conhecimento sobre promoção da saúde (nomeadamente para a adesão ao regime medicamentoso)</p>	<p>- 7 profissionais que consideraram pertinentes os instrumentos/7 profissionais que avaliaram os instrumentos x 100 = 100%</p> <p>- 6 de profissionais que consideraram ter mais ferramentas para promover a saúde/6 profissionais que assistiram e avaliaram a formação x 100 = 100%</p> <p>6 profissionais que consideram recorrer às estratégias apresentadas na sua prática profissional/6 profissionais que assistiram e avaliaram a sessão x 100 = 100%</p>

(conclusão)

Objetivos específicos	Indicadores	Meta	Avaliação
- Aumentar em 80% a adesão ao regime medicamentoso dos idosos polimedicados	<u>Indicador de processo:</u> - N° sessões realizadas/N° sessões programadas - N° de idosos que participaram na sessão/N° total de idosos convocados para a sessão	- Obter uma assiduidade à sessão igual ou superior a 75%	- 1 sessão realizada/1 sessão programada x 100 = 100% - 4 idosos que participaram na sessão/7 idosos convocados para a sessão x 100 = 57,1%
	<u>Indicador de resultado:</u> - N° idosos com melhoria do score na escala MAT/N° total de idosos que se interveio	- Aumentar em 80% o score na escala MAT dos idosos polimedicados	- 4 idosos com melhoria do score na escala MAT/4 idosos em que se interveio = 100%

Analisando os indicadores de processo, verifica-se que os que não foram atingidos dizem respeito à avaliação dos instrumentos, tendo este sido avaliado apenas por 58,3%, e em relação à assiduidade dos idosos à sessão sobre a adesão ao regime medicamentoso, em que se previa uma adesão acima de 75% e apenas se conseguiu uma adesão de 57%.

Contudo, conseguiu-se cumprir com a realização de todas as sessões planeadas, realizar todos os instrumentos de auxílio à adesão ao regime medicamentoso e ter uma alta adesão dos profissionais às sessões.

Relativamente à eficácia das intervenções, ou seja, aos indicadores de resultado, todos eles foram atingidos: todos os profissionais referiram uma melhoria dos seus conhecimentos sobre o Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso, todos consideraram pertinentes os instrumentos realizados para auxiliar a sua prática e todos referiram ter mais conhecimentos sobre promoção da saúde. Em relação aos idosos, em todos aqueles em que se interveio, houve melhoria da escala MAT (escala que avalia os comportamentos de adesão aos medicamentos).

Não é possível concluir o impacto da intervenção a nível do Empoderamento Comunitário dos idosos polimedicados no que diz respeito à adesão ao regime medicamentoso. Verifica-se uma melhoria no score da escala MAT, ou seja, uma melhoria nos comportamentos de adesão, contudo a dimensão da amostra do estudo foi muito reduzida.

Tendo em conta o motivo apresentado pelos idosos para a não adesão à sessão agendada, o ideal teria sido que esta sessão fosse realizada mais em proximidade dos utentes, de forma a facilitar a sua deslocação até à unidade como, por exemplo, realizar a sessão num espaço na localidade onde a maioria dos idosos integrantes neste estudo reside (██████████). O processo referido anteriormente não foi possível agilizar devido ao limite temporal para a execução do Projeto.

Havendo continuidade do Projeto na UCC [REDACTED], o Empoderamento Comunitário desta comunidade deverá ser periodicamente reavaliado, de forma a compreender se existe ou não uma melhoria face à problemática. Esta reavaliação deve ser feita após um ano desde o início do Projeto (Melo, 2020).

Ao longo deste Projeto foram vários os constrangimentos encontrados. A incerteza inicial relativamente ao local de estágio, aliada à minha inexperiência em cuidados de saúde primários, fez com que o pedido de parecer à comissão de ética fosse enviado mais tarde do que o previsto e que a resposta favorável fosse recebida cerca de um mês antes do final do estágio.

Assim sendo, houve a necessidade de ajustar o cronograma inicialmente delineado e atrasar todas as etapas do Projeto. Como forma antecipatória, as atividades começaram a ser planeadas com base na evidência científica e na experiência dos profissionais de saúde, tendo sido posteriormente ajustadas e aprimoradas com as informações recolhidas com a aplicação dos questionários.

A consulta de vigilância de utentes com doença crónica e sem médico de família, na USF [REDACTED], ocorre apenas uma vez por semana e, tendo em conta os critérios de inclusão e o tão curto espaço de tempo para aplicação dos questionários, a amostra conseguida foi muito reduzida (21 idosos).

Outro dos obstáculos encontrados foi a fraca adesão dos utentes às sessões planeadas, devido à dificuldade dos mesmos em se deslocarem à unidade por não terem um meio de transporte, obrigando à alteração do planeado para a realização de apenas uma sessão que, ainda assim, teve uma adesão de apenas quatro idosos. Este facto fez com que refletisse acerca da dificuldade dos utentes em acederem aos cuidados de saúde. O Estado e a Sociedade têm de procurar formas de garantir que todos os cidadãos tenham as mesmas condições e circunstâncias para usufruir dos direitos e cumprir os deveres consagrados na Constituição da República Portuguesa, independentemente da sua condição física, económica, social, geográfica, cultural ou outras. Não podem existir cidadãos que pela localização da sua residência ou por terem mais posses financeiras, sejam privilegiados no acesso aos cuidados (ERS, 2023).

Como sugestões futuras, sugiro a utilização dos dados deste Projeto pelos Enfermeiros da UCC [REDACTED] para o Processo Assistencial que está a ser desenvolvido na unidade “Gestão do Doente Crónico”, ou continuação do Projeto por futuros alunos mestrados. Sugiro ainda que as sessões sejam feitas em maior proximidade com os utentes, de modo a facilitar a

deslocação dos idosos, ou ser agilizado um transporte para os utentes que vivem em freguesias ao redor de ■■■■, eventualmente em articulação com as juntas de freguesia.

Faltou ainda compreender a realidade dos idosos no seu domicílio, pelo que seria pertinente serem realizadas visitas domiciliárias para completar as necessidades sentidas por estes utentes, através do conhecimento da realidade individual de cada idoso na gestão do regime medicamentoso.

Para o sucesso deste Projeto é necessário envolver mais profissionais, nomeadamente médicos de forma a sensibilizá-los para esta problemática. Importa também procurar formas de desenvolver parcerias com farmácias, pois apesar de estas não pertencerem ao setor público, são um recurso da comunidade utilizado por todos os idosos polimedicados.

Outra sugestão, de forma a melhorar a comunicação entre os diversos profissionais envolvidos, passa pela realização de uma conferência sobre a temática, em que médicos, Enfermeiros e farmacêuticos poderiam partilhar a sua experiência profissional e, em conjunto serem discutidas formas de colmatar as dificuldades sentidas. Não descorando a importância da presença de representantes da comunidade, como o Presidente da Câmara para que, em conjunto, os elementos da comunidade consigam mobilizar recursos para minorar esta problemática.

Para uma abordagem mais completa, este Projeto pode ainda ser ampliado a outras vertentes do regime terapêutico referidas pela CIPE, nomeadamente no que diz respeito a alteração dos comportamentos de risco, intervindo no sentido de evitar o stress, evitar o tabaco, evitar o consumo de bebidas alcoólicas, praticar exercício físico, ingerir líquidos, cumprir o regime dietético, marcar e comparecer em consultas periodicamente e realizar os exames prescritos.

5. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

Com o aumento da esperança média de vida a que temos assistidos nos últimos tempos, enfrentamos a problemática do envelhecimento populacional, que acarreta consigo diversos desafios, não só económicos, de sustentabilidade da população, como também desafios a nível da saúde. Este aumento da esperança média de vida está associado a uma maior prevalência de doenças crónicas, o que leva a um aumento do recurso a fármacos. Surge desta forma o conceito de polimedicação (toma de cinco ou mais medicamentos).

Os idosos portugueses estão também muito suscetíveis aos riscos associados à polimedicação. Têm surgido cada vez mais estudos nesta área, contudo, não existem dados para a realidade portuguesa, pois há poucos estudos relacionados com os utentes polimedicados.

O diagnóstico da situação de saúde da área de abrangência da UCC [REDACTED] confirmou a necessidade de intervenção a nível do regime medicamentoso nos idosos polimedicados. Apesar de não haver um número exato de idosos polimedicados, pois os programas informáticos utilizados não permitem a extração destes dados, a evidência científica demonstra que este é um grupo vulnerável e com necessidades em saúde.

Este Projeto vai de encontro às estratégias que têm sido implementadas pelo Ministério da Saúde, nomeadamente o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026 e o Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde.

A nível local, para além de ser um Projeto dirigido a um grupo vulnerável (idosos), coincide também com a carteira de serviços da UCC, estando inclusivamente a ser desenvolvido um Projeto nesta área, podendo os dados obtidos com este estudo ser utilizados pelos profissionais de saúde da unidade.

A metodologia do Planeamento em Saúde foi essencial, pois os recursos disponíveis são escassos e permitiu direcionar a intervenção para os problemas mais prioritários. Os problemas em que não foi possível intervir com este Projeto-piloto, podem ser trabalhados pela equipa da UCC.

O referencial teórico MAIEC, permitiu compreender melhor a comunidade como alvo dos cuidados de Enfermagem e clarificar o papel do Enfermeiro como agente promotor do Empoderamento Comunitário, agindo como um agente externo que potencia os recursos existentes na comunidade.

Apesar de a generalidade das metas terem sido alcançadas, não é possível avaliar, para já, um impacto a nível do Empoderamento Comunitário dos idosos polimedicados da UCC [REDACTED], pois o grupo em que se interveio foi muito reduzido e é necessária uma intervenção mais consolidada e prolongada para serem visíveis impactos a nível do Empoderamento. Com a continuidade do Projeto, será importante aplicar novamente a EAVEC, após cerca de um ano desde o início da intervenção, para compreender qual o impacto a nível do Empoderamento desta comunidade.

Contudo, foi possível melhorar os conhecimentos dos profissionais e dos idosos sobre a adesão ao regime medicamentoso, tendo havido uma melhoria no *score* da escala MAT, ou seja, uma melhoria nos seus comportamentos de adesão ao regime medicamentoso. Além disso, este Projeto, permitiu uma sensibilização dos idosos e profissionais para os riscos associados à polimedicação.

CONCLUSÃO

Tendo em conta os novos desafios da sociedade, é fundamental que os Enfermeiros adquiram competências cada vez mais especializadas, de forma a acompanhar as mudanças e melhorar a qualidade dos cuidados, no sentido do reconhecimento da Enfermagem para além da Arte do Cuidar, como uma Ciência.

A evidência científica tem demonstrado o impacto positivo da especialização em Enfermagem, sendo possível verificar uma melhoria dos indicadores de saúde com ganhos em saúde, dos indicadores de gestão e eficiência com ganhos para as instituições e melhoria dos índices de satisfação e retenção com ganhos para os profissionais de saúde (Lopes, Gomes, & Almada-Lobo, 2018).

Os cuidados especializados do EESCSP têm como foco principal responder de acordo com os padrões de qualidade, os processos de vida e os problemas de saúde de grupos e comunidades, partindo de uma avaliação multicausal (OE, 2017). Este profissional detém competências específicas para o desenvolvimento de projetos e programas que visam a capacitação dos grupos e comunidades e o Empoderamento Comunitário (Regulamento nº428/2018 de 16 de julho, 2018).

Ao longo do estágio Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública com relatório final, realizei e acompanhei atividades desenvolvidas na USPMT e na UCC [REDACTED], o que me permitiu evoluir tanto em termos pessoais como profissionais, adquirindo novos conhecimentos e competências comuns e específicas do EESCSP, dando resposta a este objetivo de estágio.

Destaco o desenvolvimento do Projeto de Intervenção Comunitária “Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso” para a utilização dos conhecimentos científicos em contexto prático. Tratou-se de um Projeto-piloto, com base na metodologia do Planeamento em Saúde que, mediante o diagnóstico efetuado e a evidência científica existente, permitiu a implementação do Projeto com vista a ganhos em saúde na população-alvo. A concretização deste Projeto foi essencial para a execução de cuidados de Enfermagem especializados com base nos referenciais teóricos avançados da prática especializada em Saúde Comunitária e Saúde Pública, sendo este também um dos objetivos deste estágio.

A revisão da literatura realizada demonstrou que os idosos devem e querem estar envolvidos nos cuidados, contudo existem baixos níveis de Literacia em Saúde e falta de articulação entre os cuidados de saúde. É necessário intervir a nível de programas de promoção da saúde para

os idosos, apostar em formação dos profissionais de saúde e haver uma articulação entre os diversos profissionais de saúde.

Assim, neste Projeto interveio-se a nível do aumento dos conhecimentos dos idosos sobre conceitos essenciais do regime medicamentoso, bem como na capacitação dos Enfermeiros comunitários, como os profissionais privilegiados para a gestão desta problemática, pela sua proximidade com o utente e restantes profissionais.

Apesar de não ser possível verificar se houve um impacto positivo a nível do Empoderamento na comunidade em estudo, ao intervir-se nos conhecimentos dos profissionais e dos idosos para a adesão ao regime medicamentoso, foi possível obter uma melhoria do *score* da escala MAT, com um aumento do *score* de 5,33 para 5,8 após a intervenção, dando resposta ao objetivo do Projeto de melhorar a adesão dos idosos polimedicados ao regime medicamentoso.

A mobilização dos conhecimentos adquiridos em contexto teórico para a prática, aliados à pesquisa de evidência, normas e manuais, orientaram a minha prestação dos cuidados, o que permitiu uma consolidação dos conhecimentos adquiridos. A revisão integrativa da literatura realizada permitiu-me suportar as estratégias de intervenção selecionadas em evidência científica, bem como desenvolver competências de investigação.

Como fatores facilitadores deste estágio destaco a disponibilidade e partilha dos profissionais de saúde que permitiram não só a minha integração nos cuidados de saúde primários (em saúde pública e comunitária), como o surgimento de oportunidades para a concretização dos objetivos de estágio e de enriquecimento dos meus conhecimentos e competências. Assim como a disponibilidade destes profissionais para, em conjunto com a minha colega de estágio, haver uma adequada gestão do tempo e recursos disponíveis para a resolução dos problemas que foram surgindo, o que permitiu a consecução do Projeto.

Tendo em conta a minha falta de experiência em cuidados de saúde primários enquanto Enfermeira de cuidados gerais a laborar em cuidados diferenciados, o recurso ao referencial teórico MAIEC ajudou a compreender melhor a comunidade como alvo dos cuidados de Enfermagem.

Com a realização deste relatório, considero ter adquirido as competências de natureza profissional dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, assim como as competências académicas do 2º ciclo de estudos do ensino superior (grau de mestre), nomeadamente através do desenvolvimento de competências de investigação, de conhecimentos e compreensão na tomada de decisão de problemas complexos.

Apesar de todas as dificuldades encontradas neste percurso, este é marcado por um crescimento e grande satisfação pessoal e profissional. As competências desenvolvidas permitiram-se desenvolver um novo olhar da Enfermagem, com foco não só no utente como um ser individual, mas com foco na comunidade, assim como me alertaram para a importância dos cuidados de Enfermagem a nível da gestão, formação e investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arriaga, M. T., Santos, B., Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A. L., Raposo, B., . . . Justo, A. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 — Plano Estratégico*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido de <https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/PLANO-NACIONAL-DE-LS-E-CIENCIAS-COMPORTAMENTAIS-23-30.pdf>
- ARS LVT. (2017a). *PRSLVT - Plano Regional de Saúde 2018-2020*. Lisboa.
- ARS LVT. (2017b). *Perfil Local de Saúde 2017 - ACeS Médio Tejo*. Obtido de https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2020/10/PeLS2017_M_dio_Tejo.pdf
- BPstat. (2023). *Índice de preços da habitação - Total - Trimestral*. Obtido em 1 de junho de 2024, de Banco de Portugal: <https://bpstat.bportugal.pt/serie/12559645>
- Buruian, M. (2021). *Revisão seletiva da literatura sobre a polimedicação e sobre a desprescrição em doenças crónicas. As especificidades dos cuidados paliativos*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina, Lisboa. Obtido de <https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/52569/1/MagdalenaBuruian.pdf>
- Camarneiro, A. P. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência* (Série V, nº7: e20145). doi:DOI: 10.12707/RV20145
- Carvalho, N., & Duque, E. (2021). A importância da realização de atividades como pilar do envelhecimento ativo. Em E. Duque, *Diferentes Abordagens do Envelhecimento* (pp. 159-190). Lisboa: Editorial Cáritas.
- CPCJ. (s.d.). *CPCJ*. Obtido em 20 de novembro de 2025, de Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens: <https://www.cnpdpcj.gov.pt/cpcj>
- Decreto-Lei n.º 10143/2009 de 16 de abril. (2009). *Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade, Diário da República: 1ª série, nº193*. Ministério da Saúde. Obtido em 27 de outubro de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>
- Decreto-Lei n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República: 2ª série, nº26*. Obtido em 14 de maio de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Decreto-Lei nº 137/2013 de 7 de outubro. (2013). *Ministério da Saúde. Diário da República: 1ª série, nº193*. Obtido em 17 de junho de 2024, de <https://dre.tretas.org/dre/312250/decreto-lei-137-2013-de-7-de-outubro>
- Decreto-Lei nº 184/2019 de 25 de setembro. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República: 2ª série - Parte E*. Obtido em 14 de maio de 2024, de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>
- Delgado, A., & Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. (I. Departamento de Psicologia Social e das Organizações, Ed.) *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*(2 (2)), 81-100. Obtido em 10 de outubro de 2024, de <http://hdl.handle.net/10400.12/1114>
- DGS. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa. Obtido de <https://www.anmp.pt/wp-content/uploads/2020/03/198a.pdf>
- DGS. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido em 8 de junho de 2024, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- DGS. (2019). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- DGS. (s.d.). *Definição da doença crónica*. Obtido em 30 de maio de 2024, de Plano Nacional de Saúde 2030: <http://pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf>
- Diário República. (12 de janeiro de 2024). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024*. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/14-2024-836495389>
- Dixe, M. D., Pinho, J., Pereira, F., Verloo, H., Meyer-Masseti, C., & Pereira, S. G. (2023). Patterns of Medication Management and Associated Medical and Clinical Features among Home-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study in Central Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 1701. doi:10.3390/ijerph20031701
- ERS. (12 de janeiro de 2023). *Direito de Acesso a Cuidados de Saúde - A igualdade no acesso aos cuidados de saúde*. Obtido em 3 de março de 2025, de Entidade Reguladora da Saúde:

<https://ers.pt/media/e4idqkij/direito-de-acesso-a-cuidados-de-sa%C3%BAde-a-igualdade-no-acesso-aos-cuidados-de-sa%C3%BAde.pdf>

- Esteves, S. L. (outubro de 2023). A importância da literacia em saúde na gestão do regime terapêutico: Um instrumento facilitador à adesão do medicamento. *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*, pp. 98-119. Obtido em 8 de junho de 2024, de <https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2023/11/98.pdf>
- Fontinele, S. L., & Duque, E. (2021). A relação entre a prevalência de doenças crónicas não transmissíveis e o perfil sociodemográfico em pessoas idosas. Em M. B. Vázquez, *Luces en el camino: Filosofía y ciencias sociales en tiempos de desconcierto* (pp. 2445-2466). Madrid, Espanha: Librería Dykinson.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1982). *Metodologia do planeamento da saúde : manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.
- INE. (31 de março de 2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*.
- INE. (2022). *Base de dados*. Obtido em 30 de maio de 2024, de Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3
- INE. (dezembro de 2023). *Caraterização sócio-económica dos municípios*. Obtido em 1 de junho de 2024, de Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_doc_municipios_cse
- INE. (23 de abril de 2024). *Estatísticas de Preços da Habitação ao nível local*. Obtido em 4 de junho de 2024, de Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=593987855&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Politécnico de Leiria. (2018). *Guia de elaboração de trabalhos académicos*. Leiria: Conselho técnico-científico - ESSLei. Obtido em 18 de outubro de 2023, de <https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/Guia-de-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-trabalhos-acad%C3%A9micos-ESSLei-2018.pdf>
- Kraus, T. (2024). *Planeamento do estágio de natureza profissional de enfermagem comunitária e de saúde pública com relatório final*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde.
- Ladeiro, F., Magalhães, A. C., Costa, D., & Vidal-Castro, J. (2019). Medida de Adesão Terapêutica nos Idosos: Um Estudo em Três Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. *Gazeta Médica*, 6(2), pp. 67-73. Obtido em 12 de outubro de 2024, de <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/261/154>
- Lei n.º 147/99, de 01 de Setembro. (2023). *Lei de protecção de crianças e jovens em perigo*. Assembleia da República. Obtido de https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=545&tabela=leis
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Assembleia da República*, 8059 - 8105. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *INESC-TEC*. Obtido em 3 de março de 2025, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2018). *Promover a saúde: dos fundamentos à ação* (3ª ed.). Almedina.
- Luz, E., Bastos, F., & Vieira, M. (2020). Construção e validação da Escala de Empowerment Individual no contexto da doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. V(3). Obtido de <https://www.redalyc.org/journal/3882/388264768003/388264768003.pdf>
- Martins, B., Mendes, Â., Luís, J. G., & Araújo, R. M. (2023). Polimedicação no idoso: percepção dos médicos de família (projeto de investigação). *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 39, pp. 387-392. doi:10.32385/rpmgf.v39i5.13518
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel.
- Mó, R., Plácido, A. I., Herdeiro, M. T., Martins, C., Carlos, R., Morgado, M., & Roque, F. (2020). Avaliação da gestão e da adesão ao regime terapêutico em idosos polimedicados numa região da Beira Interior, Portugal. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 9, 2, 3-15. Obtido de <https://actafarmacêuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/218>
- Nações Unidas. (26 de março de 2024). *Envelhecimento*. Obtido de Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

- Nunes, C. A. (janeiro de 2020). Adesão à Terapêutica na Doença Crónica: Literacia em Saúde, Crenças sobre Medicamentos e Fontes de Informação em Saúde. *Dissertação de Mestrado em Saúde Pública*. Obtido em 4 de junho de 2024, de <http://hdl.handle.net/10362/106689>
- OCDE. (2021). *Estado da Saúde na UE - Portugal - Perfil de saúde do país 2021*. Obtido em 30 de maio de 2024, de <https://www.oecd.org/health/portugal-perfil-de-saude-do-pais-2021-766c3111-pt.htm>
- OE. (fevereiro de 2011). *CIFE © Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática De Enfermagem*. Obtido em 8 de junho de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- OE. (25 de novembro de 2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária*. Obtido em 14 de junho de 2024, de Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf
- OE. (19 de outubro de 2021). *Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Lisboa, Portugal. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- OMS. (novembro de 1986). *Carta de Ottawa - Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa. Obtido em 4 de janeiro de 2025, de https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- OMS. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Obtido em 8 de junho de 2024, de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMS. (2019). *Medication Safety in Polypharmacy*. Obtido em 14 de junho de 2024, de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325454/WHO-UHC-SDS-2019.11-eng.pdf?sequence=1>
- OMS. (2024a). *World health statistics 2024: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Genebra - Suíça: World Health Organization. Obtido de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376869/9789240094703-eng.pdf?sequence=1>
- OMS. (23 de dezembro de 2024b). *Noncommunicable diseases*. Obtido em 4 de janeiro de 2025, de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Ozkan, I., Taskin Yilmaz, F., Karakoc Kumsar, A., & Uyar, K. (2020). Knowledge, Attitude and Behaviours regarding Medication Use in Elderly with Chronic Diseases in Turkey. *Elder. Health J*(6, 42–49).
- PDRNCCI 2016-2019. (s.d.). Obtido em 21 de março de 2024, de <https://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019/c5053a1b-582a-40f0-b601-cc1bb6f29a6e>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6ª ed.). Boston: Pearson.
- Pereira, F., Bieri, M., Carral, M. d., Martins, M. M., & Verloo, H. (2022a). Collaborative medication management for older adults after hospital discharge: a qualitative descriptive study. *21*, 284. doi:10.1186/s12912-022-01061-3
- Pereira, F., Bieri, M., Carral, M., Martins, M. M., & Verloo, H. (24 de outubro de 2022a). Collaborative medication management for older adults after hospital discharge: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, *21*(1). doi:10.1186/s12912-022-01061-3
- Pereira, F., Bieri, M., Martins, M. M., Carral, M. D., & Verloo, H. (2022b). Safe Medication Management for Polymedicated Home-Dwelling Older Adults after Hospital Discharge: A Qualitative Study of Older Adults, Informal Caregivers and Healthcare Professionals' Perspectives. *Nursing reports*, *12*, 403-423. doi:10.3390/nursrep12020039
- PORDATA. (2024). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. Obtido em 20 de setembro de 2024, de PORDATA: <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>
- Regulamento n.º 348/2015 de 19 de junho. (2015). *Diário da República n.º 118/2015, Série II*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 16 de dezembro de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/348-2015-67540266>
- Regulamento nº428/2018 de 16 de julho. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*, *Diário da República: 2ª série, nº135*. Obtido em 14 de maio de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

- Regulamento nº743/2019 de 25 de setembro. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, Diário da República nº184/2019, Série II de 2019-09-25, páginas 128-155.* Obtido em 29 de outubro de 2024
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024. (12 de janeiro de 2024). *Plano de Ação de Envelhecimento Ativo e Saudável (2023 -2026), Diário da República, 1.ª série; nº9, 31-78.* Obtido em 20 de setembro de 2024, de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/00900/0003100078.pdf>
- Ribeiro, M. d. (2023). Promoção da literacia para a gestão do regime terapêutico: Mais conhecimento, melhor saúde. Setúbal. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45412/1/Relat%c3%b3rio%20Vers%c3%a3o%20definitiva.pdf>
- Rodrigues, F. M. (2021). *A Saúde Planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade.* Lisboa: Lisbon International Press.
- Romana, G. (2019). Utilização dos Cuidados de Saúde em Doentes com Multimorbidade em Portugal, em 2015. *Disertação de Mestrado em Saúde Pública.* Obtido em 30 de maio de 2024, de <http://hdl.handle.net/10362/91282>
- Sales, L., Coelho, A., Graça, A., & Paulino, E. (2021). *Segurança na Medicação. Em F. Barroso, S. Ramos, & L. Sales, Guia Prático Para a Segurança do Doente.* Lidel.
- Santi, D. B., & Baldissera, V. D. (outubro-dezembro de 2023). Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. *Saúde em Debate, 47(139)*, pp. 993-996. doi:10.1590/0103-1104202313919
- Santos, A. J., Braz, P., Gomez, V., Folha, T., Alves, T., & Dias, C. M. (2022). *Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal.* Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP).
- Simões, C. d. (setembro de 2023). Prevenção do risco associado à polimedicação e gestão segura. Coimbra.
- SNS. (2024). *BI-CSP: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários.* Obtido em 2 de junho de 2024, de Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/939/Pages/default.aspx>
- SNS. (2024). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários.* Obtido em 14 de maio de 2024, de USP Médio Tejo: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/3000050/Pages/default.aspx>
- SNS. (setembro de 2024). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários.* Obtido em 27 de outubro de 2024, de UCC [REDACTED]: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/939/30041/3142051/Pages/default.aspx>
- SNS. (janeiro de 2025). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários.* Obtido em 22 de fevereiro de 2025, de UCC [REDACTED]: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/939/30041/Pages/default.aspx>
- Sousa, F. A., Goulart, M. J., Santos, A. M., Medeiros, C. M., Rego, D. C., Vieira, F. G., . . . Loura, M. M. (2017). Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de um percurso. *Revista de Saúde Pública, 51(11)*. doi:10.1590/S1518-8787.2017051006460
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.). (A. R. Albuquerque, Trad.) Portugal: Lusociência.
- UCC [REDACTED]. (2023). *Regulamento Interno.* [REDACTED]: ACES Médio Tejo.
- UCC [REDACTED]. (2024). *Manual de acolhimento de profissionais e alunos na UCC [REDACTED]. [REDACTED]:* Unidade Local de Saúde do Médio Tejo.
- USPMT. (2023). *Carteira de Serviços - Unidade de Saúde Pública do ACES do Médio Tejo.* Alcanena.
- USPMT. (2024). *Diagnóstico da Situação de Saúde 2021-2023.* Alcanena: ULSMT.
- WHO. (16 de setembro de 2023). Doenças não comunicáveis. Obtido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Wong, C. (2020). Medication-related problems in older people: how to optimise medication management. *Hong Kong Medical Journal(26(6):510).*

ANEXOS

ANEXO I – Resumo da carteira de Serviços da Unidade de Saúde Pública do Médio
Tejo de 2023

Carteira de serviços da USP Médio Tejo

1. Diagnóstico de Saúde e Observatório do Médio Tejo: Consiste na reunião e análise de vários documentos de planeamento em saúde para a elaboração do diagnóstico da situação de saúde do Médio Tejo, através dos indicadores de saúde mais recentes;

2. **Plano Local de Saúde**: o último Plano realizado diz respeito a 2017, neste momento está a ser desenvolvido um plano mais atualizado, com base no Diagnóstico da Situação de Saúde da ULSMT 2021-2023. Pude assistir a reuniões de definição de prioridades, através da aplicação do método de Hanlon;

3. Capacitação e Literacia em Saúde: O projeto de promoção da segurança rodoviária -;

3.1. Combate às adições: Diversão 100 Riscos – este projeto ocorre antes da viagem de finalistas (e, portanto, já não o pude acompanhar na prática) e tem como objetivo a intervenção em problemas como álcool e tabaco e reduzir o consumo de substâncias ilícitas.

3.2. Prevenção da doença Oncológica: Sol & Saúde - é desenvolvido nas praias fluviais com bandeira azul e visa informar e alertar a população sobre os cuidados a ter com a exposição solar. Também não foi possível participar neste projeto por decorrer entre julho e agosto, período de férias académicas.

3.3. Saúde Mental: este projeto está em construção e visa ser mais abrangente não só a quem tem problemas mentais ou algum familiar, mas a todos aqueles que possam necessitar de intervenção e, nesta fase, está a ser feita uma colheita de dados nas escolas do município de Tomar.

3.4. Envelhecimento Ativo e Saudável: neste momento aguarda atribuição de um novo responsável devido à saída recente do anterior responsável.

3.5. **Promoção da Segurança Rodoviária**: PROSEGURO - consiste na capacitação dos utilizadores das vias rodoviárias através de sessões de educação para a saúde, neste momento estão a serem realizadas aos alunos do 9º ano enquanto futuros condutores (a qual tive oportunidade de participar numa delas), posteriormente objetiva-se incluir os alunos do 4º ano na vertente de peões e os alunos no 1º ano do ensino superior enquanto efetivos condutores.

4. Programa de Saúde Escolar:

4.1. **Promoção do Sucesso Escolar no Médio Tejo: projeto de a correção de problemas de acuidade visual e auditiva**: uma das vertentes deste programa consiste na deteção precoce de problemas na capacidade visual e/ou auditiva e consiste na mobilização de uma equipa até todos os jardins de infância (públicos) da área de abrangência e realização de rastreios visuais e auditivos aos alunos do último ano do pré-escolar, sendo utilizada uma unidade móvel, estas atividades são coordenadas por uma enfermeira especialista em saúde

comunitária e é realizada por técnicos (2 optometristas e 1 audiologista). Aos alunos com alterações na visão é emitido um voucher de 150€ juntamente com a listas das óticas aderentes e nas crianças com alterações na audição é enviada uma carta para o médico de família com o resultado do teste;

4.2. Higiene e Segurança dos Estabelecimentos de Ensino: periodicamente é realizada uma avaliação do ambiente escolar e saúde, no sentido de eliminação ou minimização dos riscos potenciais para a saúde com origem no ambiente escolar.

5. Programa de Vacinação do ACES do Médio Tejo: a USP articula com as diversas unidades de saúde as questões operacionais relacionadas com a vacinação;

6. Vigilância Epidemiológica – Doenças de Notificação Obrigatória: é realizada vigilância e investigação epidemiológica, classificação de casos (possível, provável ou confirmado), controlo de contactos e ambiental e análise de notificação por concelhos;

7. Programa de Gestão de Resíduos Hospitalares: este programa tem como finalidade a uniformização de procedimentos relativamente à gestão de resíduos hospitalares desde a sua produção até ao destino final;

8. Fenómenos Climáticos Extremos: tem como objetivo minimizar os riscos de acidentes devido a fenómenos climáticos extremos;

9. Saúde Ambiental: que inclui a vigilância sanitária da água de consumo humano, águas minerais naturais e de nascentes, da água das piscinas, das zonas balneares, **vigilância sanitária dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde**, dos estabelecimentos de restauração e bebidas, dos estabelecimentos comerciais, dos estabelecimentos industriais, saúde ocupacional, vigilância da qualidade do ar interior em instituições (escolas, lares), prevenção e controle de doenças transmitidas por vetores, prevenção da doença dos legionários, vigilância dos estabelecimentos de apoio social e vigilância dos estabelecimentos turísticos e de alojamento local;

10. Saúde Oral no Médio Tejo: que engloba a promoção da saúde oral e prevenção de doenças orais, referenciação em saúde oral e escovagem dentária nas escolas;

11. Consulta do viajante e vacinação internacional: os utentes são aconselhados sobre medidas preventivas que devem ser adotadas em função do país de destino;

12. Autoridade de Saúde: onde se insere a avaliação psiquiátrica convulsiva e mandado de condução.

***Nota:** A sublinhado encontram-se os programas/projetos em que participei ao longo do estágio

ANEXO II – Documento utilizado durante sessão de Educação para a Saúde

Atividade realizada com os alunos do 4º ano em sessão sobre “O Corpo e Higiene do Corpo”

Atividade nº 5	
Atividade:	Conheço bem o corpo humano ⁸
Área temática:	1.ª 2.ª 3.ª 4.ª
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> Analisar o vocabulário que se utiliza para denominar o corpo. Gerar consensos em relação às palavras corretas a utilizar.
Duração:	30 min.
Recursos:	<ul style="list-style-type: none"> Ficha nº 5
Passo a passo:	<ol style="list-style-type: none"> Distribuir a ficha nº 5. Solicitar aos alunos que escrevam, nos espaços em branco, o nome para as várias partes do corpo que compõem o mento e a menina. Enviñar aos alunos a designação correta para denominar os genitais externos de menina (vulva) e de menino (pénis).

ARS VIGITE, I.P. | Departamento de Saúde Pública | PRESSE: Caderno de Atividades para Anos 1.ª a 4.ª

Conheço bem o corpo humano **Ficha nº 5**


1. Legenda a figur.

ARS VIGITE, I.P. | Departamento de Saúde Pública | PRESSE: Caderno de Atividades para Anos 1.ª a 4.ª

Fonte: Luis, M. d., Gonzaga, M., Sousa, S., & Guimarães, C. (Fevereiro de 2011). Caderno Press - 1º ciclo. Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE). Porto: ARS Norte - Departamento de Saúde Pública. Obtido em 11 de dezembro de 2024, de https://www.acoliveira.pt/wp-content/uploads/2021/11/Caderno-PRESSE_-1o-Ciclo.pdf#page=16&zoom=60,-546,33.

ANEXO III – Certificado das formações em serviço

Certificados de formador



Certificado de Formador
Entidade Acreditada - Despacho Nº 13013 De 29-07-08 Do Ministério Da Saúde

CENTRO DE FORMAÇÃO

Certifica que
ANA CARINA SILVA CABECINHAS - ()


Natural de Portugal, nascido(a) a [REDACTED], nacionalidade português(a), sexo Feminino, portador(a) do documento de identificação n.º [REDACTED].

Participou no
Curso de Formação Profissional "Motivação no trabalho", como Formador(a) no(s) dia(s) 8 de Outubro de 2024, com a duração total de 2 horas, promovido pela Unidade Local de Saúde do Médio Tejo.

04/01/2025

A Responsável do Serviço de Gestão de Recursos Humanos.

IMP_FOR_002.01 / novembro 2019



Certificado de Formador
Entidade Acreditada - Despacho Nº 13013 De 29-07-08 Do Ministério Da Saúde

CENTRO DE FORMAÇÃO

Certifica que
ANA CARINA SILVA CABECINHAS - ()

Natural de Portugal, nascido(a) a [REDACTED], nacionalidade português(a), sexo Feminino, portador(a) do documento de identificação n.º [REDACTED].





Participou no
Curso de Formação Profissional "Estudo caso - cuidados enfermagem utente com ferida crónica", como Formador(a) no(s) dia(s) 29 de Outubro de 2024, com a duração total de 2 horas, promovido pela Unidade Local de Saúde do Médio Tejo.





04/01/2025

A Direção do Serviço de Gestão de Recursos Humanos.

IMP_GRL_043.04 / outubro 2024

Certificados de formando

	Certificado de Frequência – Ação de Sensibilização <small>Entidade Acreditada. Despacho Nº 13019 De 29-07-98 Do Ministério Da Saúde</small>
	
CENTRO DE FORMAÇÃO	
Certifica que	
ANA CARINA SILVA CABECINHAS ()	
Participou na	
Ação de sensibilização "Estudo de caso - cuidados de enfermagem a utente submetido a biópsia hepática", como formando(a) no dia 8 de Outubro de 2024, com a duração total de 2 hora(s).	
A ação, foi promovida pela Unidade Local de Saúde do Médio Tejo..	
	04/01/2025
	
	A Responsável do Serviço de Gestão de Recursos Humanos.
	IMP.FOR.002.01 / novembro 2019

	Certificado de Frequência – Ação de Sensibilização <small>Entidade Acreditada. Despacho Nº 13019 De 29-07-98 Do Ministério Da Saúde</small>
	
CENTRO DE FORMAÇÃO	
Certifica que	
ANA CARINA SILVA CABECINHAS ()	
Participou na	
Ação de sensibilização "Estudo de caso - Uteente proposto para cirurgia de ambulatório - dermatologia", como formando(a) no dia 3 de Dezembro de 2024, com a duração total de 2 hora(s).	
A ação, foi promovida pela Unidade Local de Saúde do Médio Tejo. EPE.	
	23/02/2025
	
	A Direção do Serviço de Gestão de Recursos Humanos.
	IMP.GRL.045.00 / outubro 2024

ANEXO IV – Certificado de participação no Congresso “Envelhecimento Protegido”

ENCONTRO

ENVELHECIMENTO PROTEGIDO

18 OUT 2024

Coimbra

SPSP



SOCIEDADE PORTUGUESA
DE SAÚDE PÚBLICA
Portuguese Society of Public Health

Certifica-se que Ana Carina Silva Cabecinhas participou no Encontro Envelhecimento Protegido, organizado pela Sociedade Portuguesa de Saúde Pública, no dia 18 de outubro de 2024, em Coimbra.



A Direção,



ANEXO V – Certificados dos trabalhos de investigação realizados ao longo do
estágio

Poster – “Avaliação da dor na pessoa com comunicação comprometida”

IV CONFERÊNCIA DE ENFERMAGEM

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA
COIMBRA | LISBOA | PORTO

Da prática à evidência
Enfermagem oncológica na atualidade

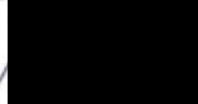
11 e 12 outubro 2024
Coimbra Business School | ISCAC



CERTIFICADO

Certifica-se que foi apresentado em formato de Poster, o trabalho intitulado “Avaliação da dor na pessoa com comunicação comprometida” da autoria de [REDACTED], Carina Cabecinhas, [REDACTED], na IV Conferencia de Enfermagem do Instituto Português de Oncologia Coimbra | Lisboa | Porto realizado de 2024-10-11 a 2024-10-12, na Coimbra Business School.

Comissão Científica



N. Certificado CTR_8IPOs_Coimbra24/2024

Poster – “Prevalência de Burnout nos Enfermeiros em contexto oncológico”

IV CONFERÊNCIA DE ENFERMAGEM

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA
COIMBRA | LISBOA | PORTO

Da prática à evidência
Enfermagem oncológica na atualidade

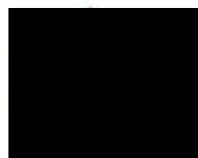
11 e 12 outubro 2024
Coimbra Business School | ISCAC



CERTIFICADO

Certifica-se que foi apresentado em formato de Poster, o trabalho intitulado “Prevalência de Burnout nos Enfermeiros em contexto oncológico” da autoria de: [REDACTED], Carina Cabecinhas, na IV Conferencia de Enfermagem do Instituto Português de Oncologia Coimbra | Lisboa | Porto realizado de 2024-10-11 a 2024-10-12, na Coimbra Business School.

Comissão Científica



N. Certificado CTR_9IPOs_Coimbra24/2024



**CERTIFICADO**
PARTICIPAÇÃO CIENTÍFICA

_____ e Carina Cabecinhas

Estiveram presentes como CO-AUTORAS DA COMUNICAÇÃO ORAL “Papel do enfermeiro na gestão da medicação no utente paliativo polimedicado” no **II Congresso de Cuidados Paliativos da Região Centro e I Congresso Internacional da APCPRC – “Novas Perspectivas, Novas Realidades”** que decorreu nos dias **24, 25 e 26 de outubro de 2024 em LEIRIA**

_____ PRESIDENTE DA APCPRC

_____ PRESIDENTE COMISSÃO ORGANIZADORA

 **APCPRC**
Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

 **UNIDADE LOCAL DE SAÚDE REGIÃO DE LEIRIA**

 **Município de Leiria**

 **ALCOBAÇA**
Cidade de Poetas

 **SERVÍCIO DE CUIDADOS PALIATIVOS ULS Região de Leiria**

Comunicação oral – “Trotinetes elétricas: um problema de saúde pública”



**III CONVENÇÃO INTERNACIONAL
DOS ENFERMEIROS**

Tempo de Respostas

21, 22 E 23 DE NOVEMBRO 2024
CENTRO PASTORAL DE PAULO VI FÁTIMA



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

████████████████████

membro nº ██████ participou na **III Convenção Internacional dos Enfermeiros “Tempo de respostas”**, realizada no dia 22 de novembro de 2024, em Fátima, enquanto **Autor(a) da Comunicação Oral**:

TROTINETES ELÉTRICAS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Coautores/as:

████████████████████
████████████████████

ANA CARINA SILVA CABECINHAS | ██████

████████████████████

Fátima, 22 de novembro de 2024.

O Bastonário

████████████████████

O Presidente da Comissão Científica

████████████████████



Avenida Almirante Gago Coutinho, n.º 75 - 1700-028 Lisboa - (+351) 218 455 250 - bastonario@ordemenfermeiros.pt - ordemenfermeiros.pt



ANEXO VI – Autorização para utilização das escalas

Escala Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

26 de 5 203

Autorização para aplicação da Escala de Adesão aos Tratamentos > Caixa de entrada x

Carina Cabecinhas
Ex.mos [redacted] Ana Carina Silva Cabecinhas e [redacted] Enfermeiras a desempenhar funções na Unida
segunda, 29/07, 21:07

Maria Luisa Lima
para Carina, mim
segunda, 29/07, 23:17

Cara Carina,

Muito obrigada pelo seu contacto e pelo seu interesse no nosso trabalho.
Autorizamos a utilização da MAT, desde que a referencie corretamente em publicações futuras desta investigação:

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

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

[redacted]
Professora Catedrática de Psicologia Social/Full Professor of Social Psychology
iscte

Teste do Declínio Cognitivo

Autorização para utilização de Teste de comprometimento cognitivo > Caixa de entrada x

[redacted]
Boa tarde, Exma Srª [redacted] Ana Carina Silva Cabecinhas e [redacted] s, Enfermeiras a desempenhar funções na Unidade Local de Sa
domingo, 1/09, 16:31

a
para mim
terça, 3/09, 11:25

Autorizo e desejo bom trabalho
Cumprimentos
João Apóstolo

Enviado do meu iPhone

Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário



para mim, Carina

quarta, 28/08, 16:29 (há 4 dias)

Estimadas Enfermeiras Ana Carina Silva Cabecinhas e [redacted]
Endosso os meus melhores cumprimentos a ambas e à Professora Teresa Kraus, com muita estima.

Agradeço o interesse na utilização da EAVEC no vosso projeto. Têm, claro, a absoluta autorização para a utilizar assim como o protocolo MAIEC completo, com a matriz de decisão clínica se vos fizer sentido.

Anexo-vos:

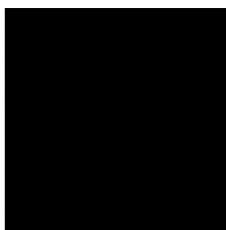
O Excel para registo dos resultados da aplicação da escala que forma automaticamente o gráfico de radar;
O modelo de consentimento para a aplicação da escala que temos usado no nosso laboratório
Um documento para registo se for necessário (pode não ser e registarem diretamente no Excel).
A Escala num modelo de Powerpoint que só precisam adaptar para o vosso projeto e aplicarem no vosso grupo focal.

Anexo ainda o Questionário MAIEC para a avaliação do foco "Processo Comunitário" caso queiram utilizar também a matriz de decisão clínica. Podem adaptar para o vosso projeto também e transformar num questionário a ser aplicado online (alerto que atualmente devem fazer no office 365 do IP de Leiria e evitar o Google Forms, para garantir maior segurança, as comissões de ética agora estão muito atentas a este aspeto).

Espero ter ajudado.

Ao dispor para qualquer questão adicional e desejando o maior sucesso para os vossos projetos e Mestrado! 😊

Melhores cumprimentos/ Best Regards



Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
Email: esep@esenf.pt
Telef: +351 22 507 35 00
Fax: +351 22 509 63 37
www.esenf.pt

*Por uma enfermagem mais significativa para as pessoas
For a more meaningful nursing for people*

ANEXO VII – Parecer da comissão de ética

INFORMAÇÃO PARA DESPACHO

De: Centro de Investigação e Inovação Clínica (CIIC) N.º: 09/CIIC/24 Data: 11.12.2024 Pág.: 1

Para: Conselho de Administração

C.c.:

Assunto: ESTUDO 84/2024 - Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso

PARECER

UIS MÉDIO TEJO, E.P.E. 18/12/24

Em reunião do Conselho de Administração deliberouse, por unanimidade, aprovar o projeto do estudo proposto.

Presidente do Conselho de Administração [Redacted]

Directora [Redacted]

Director Clínico [Redacted]

Director Clínico CSP [Redacted]

Vogal Executivo [Redacted]

Secretaria de Direcção [Redacted]

Com base nos pareceres favoráveis da Comissão de Ética para a Saúde e da Encarregada da Proteção de Dados, ambos em anexo, proponho ao Conselho de Administração a aprovação do estudo "Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso", proposto pelas Enfermeiras Ana Carina Cabecinhas e Ana Sofia Morais.

A Coordenadora Executiva do CIIC

[Redacted Signature]

PARECER TÉCNICO Nº 44 / 24

COMISSÃO DE ÉTICA

Para: Centro de Investigação e Inovação Clínica.

Estudo 45.2024 - Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso - Proponente - [Redacted] - Enft Ana Carina Cabecinhas.

Trata-se de estudo quase experimental com desenho antes e após, sem grupo de controlo, utilizando instrumentos de medida e o Grupo Focal, que pretende avaliar o nível de empoderamento comunitário relacionado com a adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados, na UCC de Almoural. Serão utilizados questionários, encontrando-se o consentimento informado adequado ao pretendido.

Entende a CES emitir parecer favorável.

P/la Comissão de Ética

[Redacted Signature]

Presidente da Comissão de Ética

27/11/2024

Comissão de Ética:

[Redacted Signature]

RE: ESTUDO 84/2024 - Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso_Ana Carina Cabecinhas

De [REDACTED]

Data seg, 18/11/2024 10:14

Para [REDACTED]

Cc [REDACTED]

Bom dia Dr.º [REDACTED]

- Considerando o caderno de recolha de dados e o IMPI.ETI, no qual é expressamente mencionado que ***“Todos os dados serão tratados de forma anónima por todos os intervenientes no estudo. De forma a garantir a confidencialidade e anonimização dos dados, o participante não será identificado por nenhum dos seus dados pessoais. Para garantir o anonimato dos dados recolhidos no decorrer do estudo, será atribuído a cada um dos participantes um código alfanumérico único”*** entende-se que os princípios da proteção de dados não deverão aplicar-se às informações anónimas, no caso, que não digam respeito a uma pessoa singular identificada ou identificável nem a dados pessoais tornados de tal modo anónimos que o seu titular não seja identificável, ou seja, o caso em apreço.
- Além do exposto as questões vertidas no questionário de diagnóstico do processo comunitário efetivamente não permitem aferir de qualquer tipo de dado pessoal que permita a identificação do seu titular.

Considera-se não se verificarem impedimentos à realização do presente Estudo.

Com os melhores cumprimentos

[REDACTED]
Serviço de Apoio Jurídico (SAJ)
Encarregada de Proteção de Dados (EPD)

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO, EPE

Av. Xanana Gusmão - Apartado 45 | 2350-754 Torres Novas | PORTUGAL

Tel: 249 810 100 | Ext. 722202 |

joana.duque@uismt.min-saude.pt | www.chmt.min-saude.pt

De: [REDACTED] >

Enviada: 13 de novembro de 2024 14:24

Para: [REDACTED]

Cc: Centro Investigação e Inovação Clínica <[REDACTED]>

Assunto: ESTUDO 84/2024 - Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso_Ana Carina Cabecinhas

Boa tarde,

ANEXO VIII – Apresentação utilizada para aplicação da Escala de Avaliação do
Empoderamento Comunitário

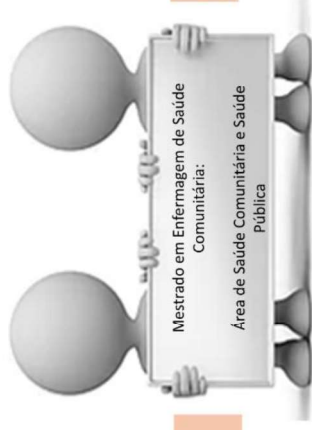
EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO NOS IDOSOS POLIMEDICADOS PARA A ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO

Ana Carina Cabecinhas

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Janeiro | 2025

QUEM SOMOS



Ana Carina Cabecinhas
Enfermeira
7 anos

Enfermeira
27 anos

Ana Carina Cabecinhas

- Envelhecimento populacional
- Aumento incidência de doenças crónicas
- Recurso a múltiplos fármacos torna-se uma realidade
- Aumento do risco de polimedicação (toma de 5 ou mais medicamentos)
- Esquemas terapêuticos inadequados com consequências graves:
- maior risco de erros na administração de medicamentos,
 - maior risco de interações medicamentosas, baixa adesão ao tratamento,
 - diminuição na qualidade de vida. (Simões, 2023)

A capacitação e o empoderamento são considerados essenciais para melhorar a adesão ao regime medicamentoso, permitindo um controlo sobre a sua saúde e aumentar a segurança. O enfermeiro comunitário detém uma posição privilegiada que permite gerir esta problemática, devido à proximidade com o utente e restantes profissionais.

ETAPAS

Contacto inicial com os utentes, presencial, através da referênciação da enfermeira cooperante da USF de VNB;

Assinatura de consentimento informado;

Recolha de dados sociodemográficos, de saúde e comportamentos de adesão ao regime medicamentoso (aplicação do questionário ao idoso - MAT);

Aplicação do questionário de diagnóstico do Processo Comunitário aos Profissionais de Saúde através de *link* disponibilizado;

Identificação do representante de utentes e profissionais para a sessão de grupo focal;

Sessão com o grupo focal para aplicação da Escala de Avaliação do Nível de Empoderamento Comunitário (EAVEC);

Conhecer quais as principais barreiras, obstáculos e necessidades específicas dos idosos polimedcados, no que diz respeito à adesão ao regime medicamentoso;

Planear as estratégias de intervenção para a amostra em estudo, face às necessidades identificadas;

Intervir junto dos idosos;

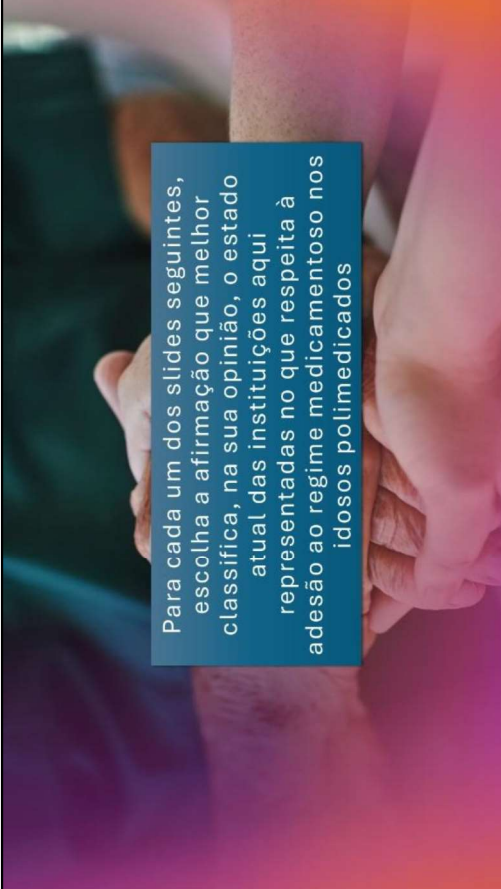
Reaplicação da EAVEC, de modo a perceber a eficácia de uma intervenção junto dos idosos polimedcados com adesão ao regime medicamentoso comprometido.

NÍVEL DE EMPODERAMENTO
da comunidade no que respeita à **adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados**

Código:
- 2 últimos números telemóvel
- 1ª letra do mês nascimento
- dia de nascimento com 2 dígitos



Para cada um dos slides seguintes, escolha a afirmação que melhor classifica, na sua opinião, o estado atual das instituições aqui representadas no que respeita à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados



1 No que respeita à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados

A Nem todos os membros e grupos de instituições participam em reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e implementação de projetos sobre a adesão ao regime medicamentoso.

B Os membros da minha instituição participam em reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.

C Os membros da minha instituição estão envolvidos na discussão mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação de projetos.

D Os membros da minha instituição estão envolvidos nas decisões no planeamento e implementação de projetos sobre a adesão ao regime medicamentoso, mas não têm mecanismos para partilhar a informação entre os membros.

E A participação na tomada de decisão é mantida. Os membros estão envolvidos em atividades fora da minha instituição.

(Melo, 2020)

2 No que respeita à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados

A Não existe avaliação da problemática da adesão ao regime medicamentoso desenvolvida em conjunto por estas estruturas aqui representadas.

B As estruturas aqui representadas, no seu conjunto, apresentam baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação do estado de arte da adesão ao regime medicamentoso.

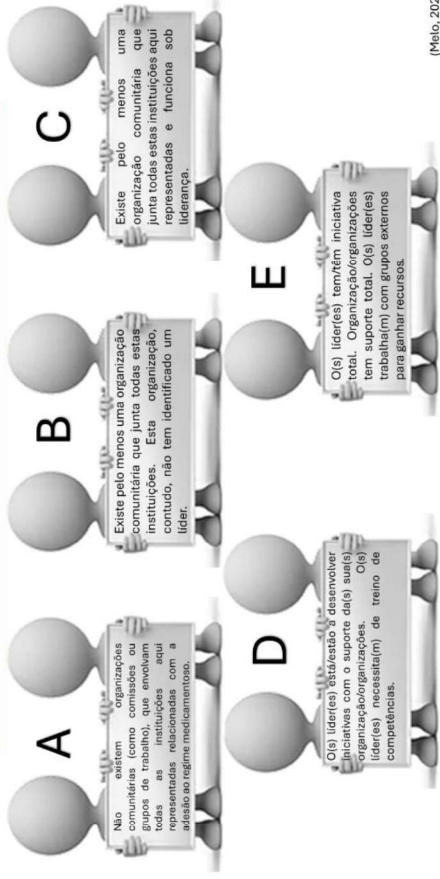
C As estruturas aqui representadas têm desenvolvido algumas prioridades relacionadas com a adesão ao regime medicamentoso, mas não são identificadas pelas mesmas. Não envolve a participação de todas as estruturas.

D As estruturas aqui representadas identificam problemas, soluções e ações para atuar na adesão ao regime medicamentoso. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento das estruturas em conjunto.

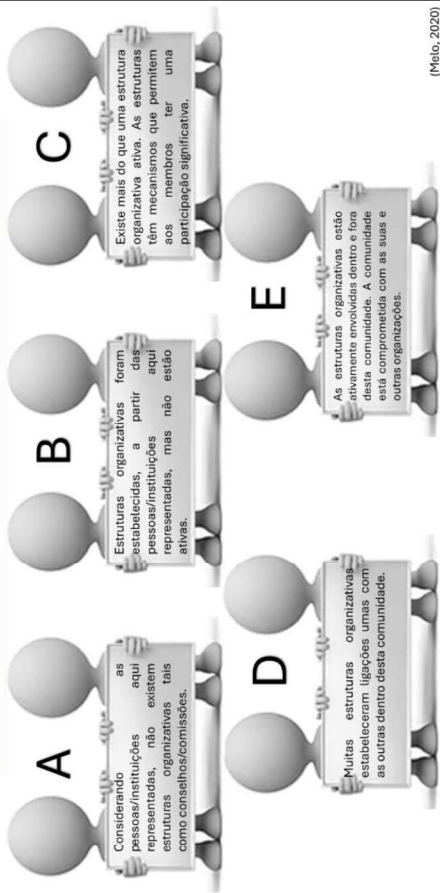
E As estruturas em conjunto continuam a avaliar a problemática da adesão ao regime medicamentoso e são as "donas" dos problemas, soluções e ações.

(Melo, 2020)

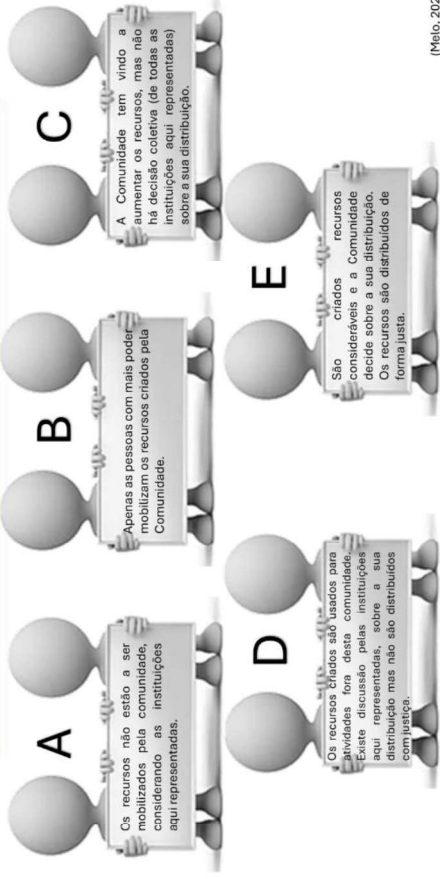
3 No que respeita à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedificados



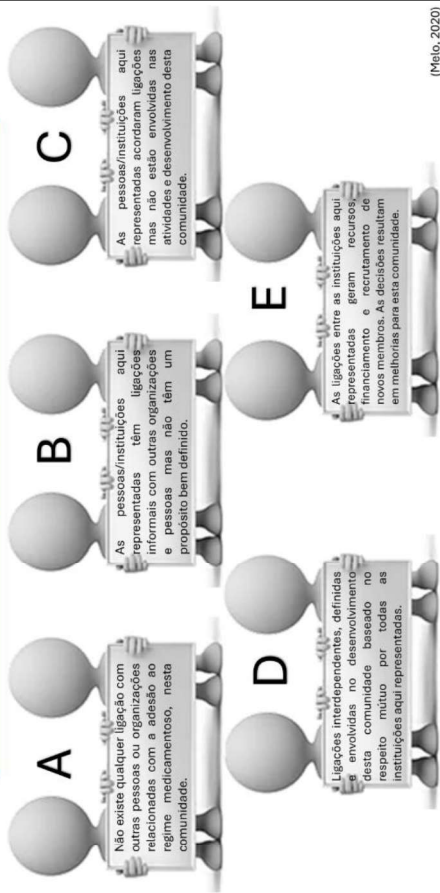
4 No que respeita à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedificados



5 No que respeita à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedificados



6 No que respeita à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedificados



7 No que respeita à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados

A Não são realizadas discussões em grupo (com as instituições aqui representadas) para questionar o assunto da adesão ao regime medicamentoso.

B São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre o assunto da adesão ao regime medicamentoso na comunidade e para deslizar o conhecimento adquirido.

C Foi criado um grupo para ouvir as pessoas/instituições aqui representadas. Isto tem a capacidade para influenciar as suas ideias e ações. Tem habilidade para deslizar a sabedoria adquirida.

D Existe diligência dentro as pessoas/instituições aqui representadas para identificar soluções, testar-se e analisar. Alguns experiências em testar soluções relacionadas com a adesão ao regime medicamentoso.

E As pessoas/instituições aqui representadas têm a capacidade para automatizar e desenvolver esforços para levar a mudança colábil.

(Melo, 2020)

8 No que respeita à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados

A Não há (ou desconheço) um programa ou projeto relacionado com a adesão ao regime medicamentoso desenvolvido por esta comunidade ou desenvolvido por um agente externo à comunidade.

B É desenvolvido um programa ou projeto por um agente em discussão com a comunidade (onde as pessoas/instituições aqui representadas são envolvidas.)

C É desenvolvido um programa ou projeto para a comunidade, supervisionada por um agente externo. O agente não recebe treino de competências para a gestão de programas.

D É desenvolvido um programa ou projeto para a comunidade (com todas as pessoas/instituições aqui representadas), com assistência limitada do agente no planeamento, político, implementação, avaliação, acompanhamento e melhoria destas pessoas/instituições a esta comunidade.

E Existe gestão da Comunidade, independente de um agente externo. A gestão permite responsabilização.

(Melo, 2020)

9 No que respeita à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados

A Não existem políticas, finanças, recursos partilhados entre as pessoas/instituições aqui representadas para programas relacionados com a adesão ao regime medicamentoso, ou existem agentes externos à comunidade no controlo das mesmas.

B Existem agentes externos no controlo, pessoas/instituições aqui representadas. Não existe tomada de decisão desta comunidade. O agente atua em representação para produzir resultados.

C Agentes externos e pessoas ou membros das instituições aqui representadas tomam decisões conjuntas. O papel do agente externo é mutuamente acordado.

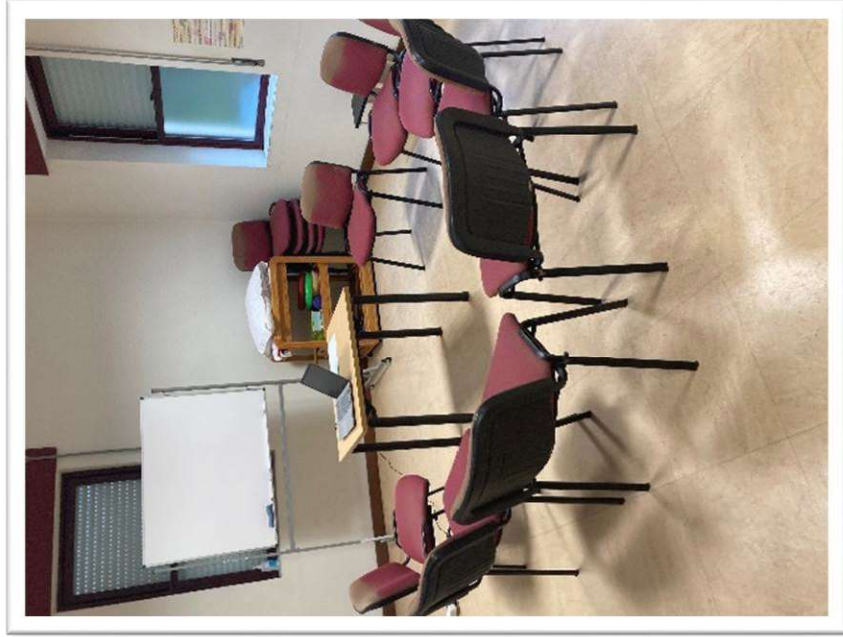
D A comunidade (com todas as pessoas/instituições aqui representadas) toma decisões com o suporte de agentes externos, no que respeita à inserção social. O agente facilita a mudança com treino e suporte.

E Os agentes externos facilitam a mudança a pedido da Comunidade que toma as decisões. O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades.

(Melo, 2020)

Estamos preparados para EMPODERAR esta comunidade na adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados

Registo fotográfico do dia da sessão:



ANEXO IX – Questionário de Avaliação do Processo Comunitário (aplicado aos
profissionais)



QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DO PROCESSO COMUNITÁRIO

Baseado na matriz de decisão clínica do MAIEC (Melo, 2020 e Melo, in Press)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Enquadramento: O projeto de investigação “Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso”, integra-se no MAIEC Lab do grupo NURSID do Centro de Investigação e Tecnologias da Saúde (CINTES(S)), com epicentro da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e é coordenado pelo Prof. Doutor [REDAZIDO]. Este projeto tem como colaboradoras responsáveis Ana Carina Silva Cabecinhas e [REDAZIDO], sob orientação da Profª Doutora Teresa Kraus no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária - Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária II da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Explicação do estudo:

Nesta etapa do nosso estudo, temos como objetivo identificar o **Processo Comunitário** no Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso.

Para responder a este objetivo, pretendemos aplicar este questionário, baseado na matriz de decisão clínica do MAIEC (Melo 2020 e Melo in Press), que permite identificar 3 dimensões de diagnóstico relacionadas com a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados: a **liderança comunitária**, relacionada com os seus conhecimentos, crenças, aprendizagem de capacidades, volição e comportamentos de adesão; a **participação comunitária**, relacionada com a comunicação, parcerias e existência de estruturas organizativas e o **coping comunitário**, relacionado com as suas experiências anteriores e forças.

A sua participação no estudo, implica que, responda a este questionário, cujo tempo de resposta ronda os 10 min, onde terá oportunidade de partilhar as suas perceções e conhecimentos sobre a adesão medicamentoso nos idosos polimedicados.

Condições e financiamento: A investigação não oferece nenhum dano ao(s) à(s) participante(s) e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento aos(às) mesmos(as). Será assegurado o direito de resposta a qualquer pergunta a respeito da investigação e dos seus objetivos. Se, no decorrer do procedimento, o/a participante vier a manifestar sua vontade de interromper a sua participação, o investigador atenderá a sua vontade, garantindo ao participante o direito de abandono da mesma sem prejuízo para si. Este estudo foi submetido ao parecer da comissão de ética da ULSMT e teve parecer favorável.

Confidencialidade e anonimato: Durante o processo em curso, e mesmo na redação de artigo(s) em relação aos resultados, será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação do(s) a (as) participantes da investigação.

Grato pela atenção e disponibilidade para colaborar no nosso estudo:

O investigador responsável: Doutor [REDAZIDO], MAIEC Lab – NursID-CINTESIS | Contacto Tlm: [REDAZIDO] | endereço eletrónico: [REDAZIDO]

As colaboradoras responsáveis localmente,

Ana Carina Silva Cabecinhas e [REDAZIDO] | Contactos Tlm: [REDAZIDO] | endereço eletrónico: [REDAZIDO].

Considero-me informado(a) e aceito participar neste estudo, respondendo ao questionário a seguir apresentado:

Sim

Não

A Norma nº 018/2016 de 30/12/2016 define que as instituições prestadoras de cuidados de saúde, através das comissões da qualidade e segurança, criadas pelo Despacho nº 3635/2013, de 27 de fevereiro, devem promover a implementação do processo de reconciliação da medicação.

A **reconciliação medicamentosa**, constitui um processo de análise da medicação de um doente, sempre que ocorram alterações na mesma. O principal objetivo é evitar erros, nomeadamente erros por omissão, duplicação ou utilização de doses inadequadas ou discrepantes à medicação habitual, permitindo assim, a prevenção de incidentes e reações adversas medicamentosas e alergias (DGS,2016). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2016/12/30/reconciliacao-da-medicacao/>

Polimedicação refere-se à utilização simultânea de vários medicamentos pela mesma pessoa (normalmente mais de 5), incluindo os medicamentos cuja venda não requer prescrição médica, os medicamentos sujeitos a prescrição e/ou os suplementos alimentares e produtos à base de plantas. As reações adversas e interações medicamentosas podem ter impacto na qualidade de vida, morbidade e mortalidade.

LIDERANÇA COMUNITÁRIA

Qual o nível de conhecimentos que considera ter sobre o Empoderamento Comunitário na adesão ao regime medicamentoso dos idosos polimedificados?

0 (nenhum conhecimento)	1	2	3	4	5 (conhecimento moderado)	6	7	8	9	10 (especialista no assunto)

Indique onde adquiriu conhecimentos sobre Reconciliação terapêutica, Discrepância na medicação, Segurança na medicação e Processo de gestão da medicação:

Num curso qual: _____

Numa ou mais formações Enumere até três: _____

Num congresso ou encontro Enumere até três: _____

Em livros e fontes de formação pessoal (por exemplo tutoriais na internet)

Outros _____

Questões sobre o dominar para garantir liderança no processo:

1. Considera que a sua unidade tem os recursos adequados para que possa contribuir eficazmente, para a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedificados?

SIM

NÃO

Se respondeu “Não” na questão anterior, indique qual ou quais os recursos que considera ter em falta? (por exemplo, recursos humanos, recursos materiais como computadores, recursos logísticos como carros para deslocação, recursos organizacionais como horários, outros)

2. Existe na sua unidade um líder formal para a promoção da adesão ao regime medicamentoso dos idosos polimedicados?

SIM

NÃO

3. Considera que o circuito de comunicação entre a sua unidade e a restante ULS é eficaz para a reconciliação terapêutica nos idosos polimedicados?

SIM

NÃO

4. Considera importante a existência de parcerias formais que possam melhorar a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados? (por exemplo, uma parceria com uma farmácia, o enfermeiro, o médico, ...)

SIM

NÃO

5. Considera possuir conhecimentos necessários para promover o Empoderamento Comunitário na adesão ao regime medicamentoso dos idosos polimedicados?

SIM

NÃO

6. Considera ter formação suficiente sobre adesão ao regime medicamentoso, fatores que interferem e estratégias de intervenção?

SIM

NÃO

Se respondeu “Não” na questão anterior, quais as necessidades formativas que considera necessitar?

7. Considera que um projeto que promova o Empoderamento Comunitário na adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, resultará em ganhos em saúde?

SIM

NÃO

8. Sente-se motivado/a para participar num projeto da ULSMT, que promova o empoderamento comunitário na adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados?

SIM

NÃO

9. Sente que o seu envolvimento num projeto da ULSMT, que promova o Empoderamento Comunitário na adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, possa representar um contributo importante para a melhoria dos indicadores de Saúde Pública?

SIM

NÃO

Volição

Que importância considero ter um projeto na área da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados:

0 (nada importante)	1	2	3	4	5 (moderadamente importante)	6	7	8	9	10 (extremamente importante)

Se respondeu um valor igual ou menor a 5 na questão anterior, que fatores considera potenciar a sua perceção de baixa importância:

Não é relevante para a minha vida

Não vai acrescentar valor

Não está alinhado com os meus valores pessoais

Outros quais: _____

Qual o seu nível de volição (motivação) para participar num projeto na área da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados:

0 (nada motivado/a)	1	2	3	4	5 (moderadamente motivado/a)	6	7	8	9	10 (extremamente motivado/a)

Se respondeu um valor igual ou menor a 5 na questão anterior, que fatores considera potenciar a sua baixa motivação:

Falta de tempo

Falta de recursos humanos

Falta de recursos materiais Indique até três que considera mais importantes: _____

Falta de recursos financeiros

Outros quais: _____

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

No que respeita ao Empoderamento Comunitário na adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, considera que existe na comunidade em que se integra uma estrutura organizativa formal ou informal (como um grupo de trabalho ou uma comissão) relacionada com a área?

SIM

NÃO

Se respondeu sim indique qual é a estrutura organizativa formal ou informal que considera existir:

No que respeita à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, considera que existe na comunidade em que se integra uma ou mais parcerias relaciona(s) com a área?

SIM

NÃO

Se respondeu sim indique que parceria(s):

No que respeita à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, considero que na comunidade em que se integra há processos de comunicação eficazes (para procura de informação, referenciações, reclamações, etc....)?

SIM

NÃO

Se respondeu sim indique que estratégias de comunicação existem?

Se respondeu não indique que dificuldades considera existir no que respeita à comunicação sobre adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados:

COPING COMUNITÁRIO

No que respeita à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, já teve experiências anteriores na participação em projetos ou atividades?

SIM

NÃO

Se respondeu sim indique as experiências que teve, de forma sucinta:

Já teve formação e/ou treino sobre a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados?

SIM

NÃO

Se respondeu sim, indique qual a formação/treino, em que contexto e há quanto tempo em anos (se for menos de 1 ano escreva "- 1 ano")

Formação	Contexto (ex. nome do curso ou formação em serviço)	Há quanto tempo

Independentemente de ter ou não experiências anteriores com adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, considera que tem competências/forças para contribuir para um projeto relacionado com esta problemática?

SIM

NÃO

Justifique a sua resposta de forma sucinta:

Gostaria de deixar alguma questão ou comentário adicional sobre este projeto:

ANEXO X – Questionário de Avaliação do Processo Comunitário (aplicado aos
idosos)



QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DO PROCESSO COMUNITÁRIO

Baseado na matriz de decisão clínica do MAIEC (Melo, 2020 e Melo, in Press)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Enquadramento: O projeto de investigação “Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso”, integra-se no MAIEC Lab do grupo NURSID do Centro de Investigação e Tecnologias da Saúde (CINTES(S), com epicentro da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e é coordenado pelo Prof. Doutor [REDAZIDO]. Este projeto tem como colaboradoras responsáveis Ana Carina Silva Cabecinhas e [REDAZIDO], sob orientação da Profª Doutora Teresa Kraus no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária - Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária II da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Explicação do estudo:

Nesta etapa do nosso estudo, temos como objetivo identificar o diagnóstico de enfermagem no foco “**Processo Comunitário**” para o “Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso”.

Para responder a este objetivo, pretendemos aplicar este questionário, baseado na matriz de decisão clínica do MAIEC (Melo 2020 e Melo in Press), que permite identificar 3 dimensões de diagnóstico relacionadas com a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados: a **liderança comunitária**, relacionada com os seus conhecimentos, crenças, aprendizagem de capacidades, volição e comportamentos de adesão; a **participação comunitária**, relacionada com a comunicação, parcerias e existência de estruturas organizativas e o **coping comunitário**, relacionado com as suas experiências anteriores e forças.

A sua participação no estudo, implica que, responda a este questionário, cujo tempo de resposta ronda os 10 min, onde terá oportunidade de partilhar as suas perceções e conhecimentos sobre a adesão medicamentoso nos idosos polimedicados.

Condições e financiamento: A investigação não oferece nenhum dano ao(s) à(s) participante(s) e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento aos(às) mesmos(as). Será assegurado o direito de resposta a qualquer pergunta a respeito da investigação e dos seus objetivos. Se, no decorrer do procedimento, o/a participante vier a manifestar sua vontade de interromper a sua participação, o investigador atenderá a sua vontade, garantindo ao participante o direito de abandono da mesma sem prejuízo para si. Este estudo foi submetido ao parecer da comissão de ética da ULSMT e teve parecer favorável.

Confidencialidade e anonimato: Durante o processo em curso, e mesmo na redação de artigo(s) em relação aos resultados, será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação do(s) a (as) participantes da investigação.

Grato pela atenção e disponibilidade para colaborar no nosso estudo:

O investigador responsável: Doutor [REDAZIDO], MAIEC Lab – NursID-CINTESIS | Contacto Tlm: [REDAZIDO] | endereço eletrónico: [REDAZIDO]

As colaboradoras responsáveis localmente,

Ana Carina Silva Cabecinhas e Ana Sofia Mendes Pereira Mateus Morais | Contactos Tlm: [REDAZIDO] | endereço eletrónico: [REDAZIDO].

Considero-me informado(a) e aceito participar neste estudo, respondendo ao questionário a seguir apresentado:

Sim

Não

LIDERANÇA COMUNITÁRIA

Código de participação: _____

Data da colheita de dados: __/__/202__

1. Sexo:

- a. Feminino
- b. Masculino

2. Sabe ler e escrever português:

- a. Sim
- b. Não

3. Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens.

Questões	Pontuação	Resultado
1. Em que ano estamos?	Correto: 0 pontos Incorreto: 4 pontos	
2. Em que mês estamos?	Correto: 0 pontos Incorreto: 3 pontos	
3. Peça a pessoa que memorize uma frase com um endereço/morada com 5 componentes (Abel, Silva, Rua da Sofia, nº42, Coimbra) – Repetir 3 vezes		
4. Conte na ordem inversa de 20 a 1 – tolerar se identifica e corrige de imediato o erro	Correto: 0 pontos Um erro: 2 pontos Mais do que um erro: 4 pontos	
5. Diga os meses do ano na ordem inversa – tolerar se identifica e corrige de imediato o erro	Correto: 0 pontos Um erro: 2 pontos Mais do que um erro: 4 pontos	
6. Repita a frase com o endereço/morada	Correto: 0 pontos 1 erro: 2 pontos 2 erros: 4 pontos 3 erros: 6 pontos 4 erros: 8 pontos Tudo errado: 10 pontos	

Fonte: João Luís Alves Apóstolo, Diana dos Santos Paiva, Rosa Carla Gomes da Silva, Eduardo José Ferreira dos Santos & Timothy John Schultz (2017): Adaptation and validation into Portuguese language of the sixitem cognitive impairment test (6CIT), Aging & Mental Health, DOI: 10.1080/13607863.2017.1348473

Pontos de corte:

Deterioração cognitiva [atendendo ao nível de escolaridade] se:

- [≤ 2 anos de escolaridade] ≥ 12;
- [3 a 6 anos de escolaridade] ≥ 10;
- [≥ 7 anos de escolaridade] ≥ 4.

Deterioração cognitiva [não atendendo ao nível de escolaridade] se: ≥ 10;

- 4. Doenças crónicas:**
- a. Hipertensão
 - b. Diabetes
 - c. Dislipidemia/Colesterol elevado
 - d. Dor crónica
 - e. Outras _____
- 5. No último ano (12 meses) quantas vezes recorreu a uma consulta no seu centro de saúde? _____**
- 6. No último ano (12 meses) quantas vezes recorreu ao serviço de urgência? _____**
- a. Qual o motivo? _____
- 7. No último ano (12 meses) onde lhe foram prescritos medicamentos?**
- a. Centro de Saúde
 - b. Serviço de urgência
 - c. Consulta Externa/Internamento
 - d. Privado
- 8. Quantos medicamentos diferentes toma por dia? _____**
- 9. Costuma tomar medicamentos que não são prescritos pelo médico?**
- a. Sim
 - b. Não
- 10. Tem uma farmácia habitual/farmacêutico onde habitualmente adquire os seus medicamentos?**
- a. Sim
 - b. Não
- 11. Habitualmente, quem adquire/compra os medicamentos?**
- a. O próprio
 - b. Outro , quem? _____
- 12. Tem ajuda na gestão dos seus medicamentos?**
- a. Sim
Se sim, de quem:
 - Médico
 - Enfermeiro
 - Farmacêutico
 - Familiar
 - Vizinho
 - b. Não

13. Adesão ao regime medicamentoso:

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

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

APÊNDICES

APÊNDICE I – Apresentação sobre “Violência no Namoro” utilizada para alunos do
7º ano

Plano da sessão – Violência no namoro

Violência no namoro		Data	29/11/2024
Formadores	Enfª Especialista da UCC [REDACTED]; Enfª Ana Carina Cabecinhas; colega mestranda	Hora	10h35-11h35
Destinatários	Alunos do 7º ano de uma escola do concelho de [REDACTED]	Local	Biblioteca da escola
Metodologia	Expositiva e participativa		
Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Humanos: Formadores e Participantes; Materiais: Cadeiras, mesa, computador e videoprojetor.		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Entender o significado do namoro; - Distinguir a violência no namoro; - Saber identificar os sinais de violência no namoro; - Identificar uma relação saudável; - Participar no <i>brainstorming</i> durante a sessão; - Saber como agir caso sejam vítimas de violência no namoro; - Esclarecer dúvidas e mitos. 		
Etapas	Conteúdos programáticos	Duração (60 minutos)	
Introdução	- Apresentar o tema e os formadores	3	
Desenvolvimento	- Falar sobre o que é o namoro	5	
	- Distinguir o namoro da violência no namoro	12	
	- Participar num <i>brainstorming</i> sobre uma relação saudável vs violência no namoro	20	
Conclusão	- Esclarecer o que é relação saudável vs violência no namoro	10	
	- Como agir em caso de situação de violência no namoro	5	
	- Esclarecer dúvidas	5	
Avaliação da sessão	- Solicitar que cada participante avalie a sessão de 1 a 5, colocando os dedos correspondentes no ar.		

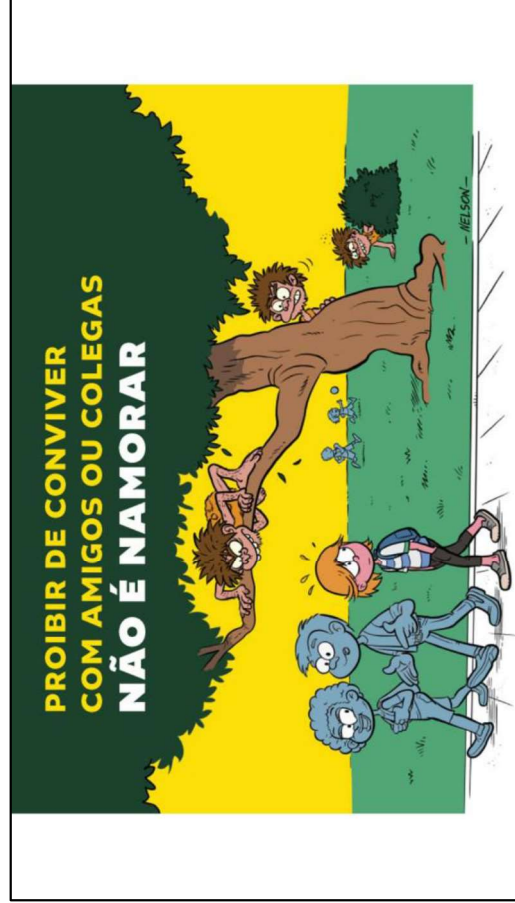
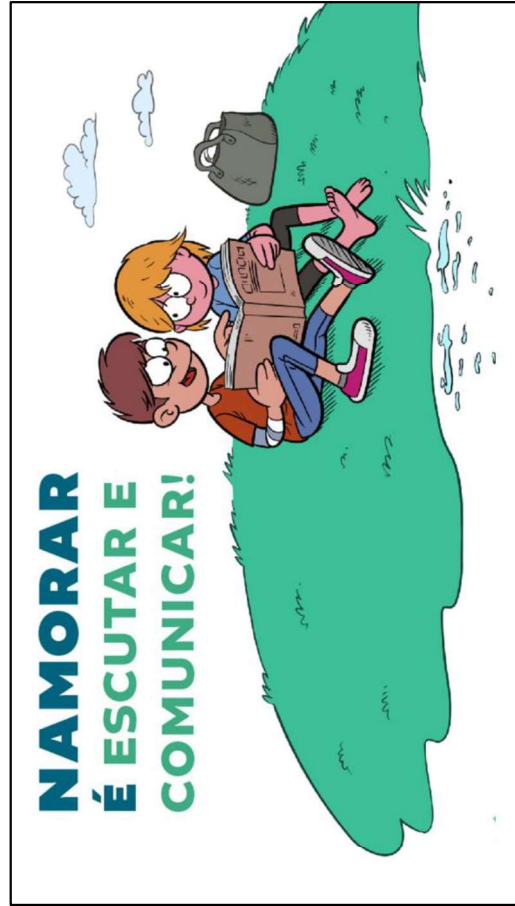
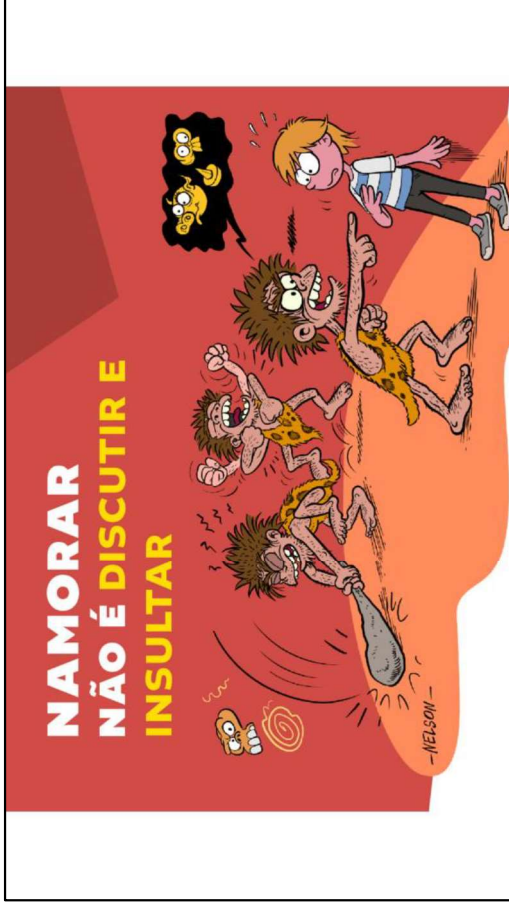


O que é namoro?

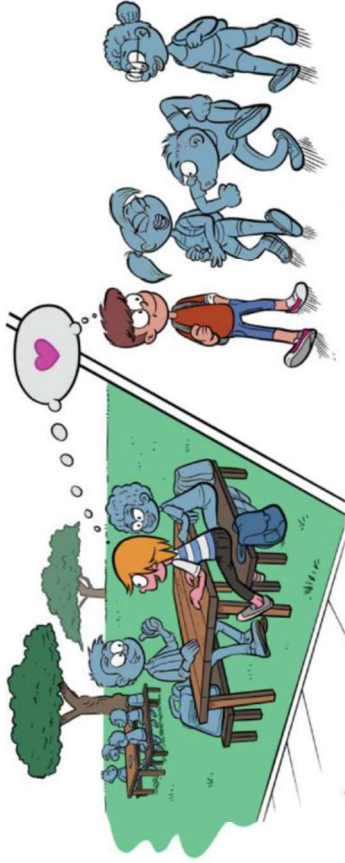
Relação entre duas pessoas, com o desejo de ficarem juntas, porém com regras estabelecidas de compromisso e fidelidade.

Enfe
Enfe Carolina Cabecinhass
Enfe

Novembro de 2024



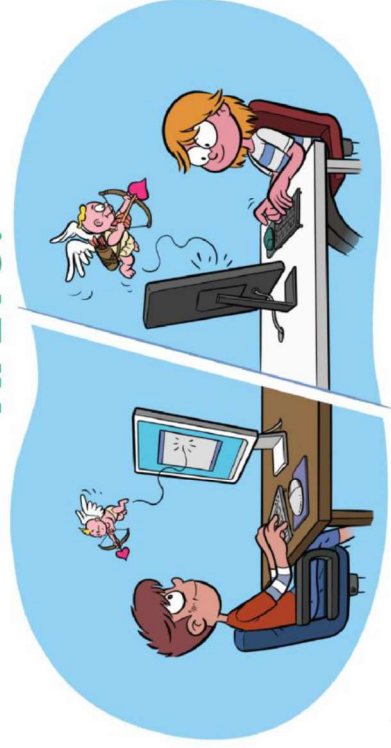
**NAMORAR É RESPEITAR E
CONFIAR!**



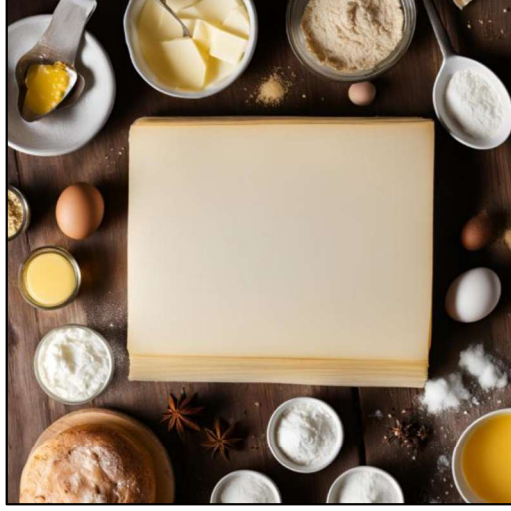
**INSULTAR ATRAVÉS DAS
REDES SOCIAIS/INTERNET
NÃO É NAMORAR**

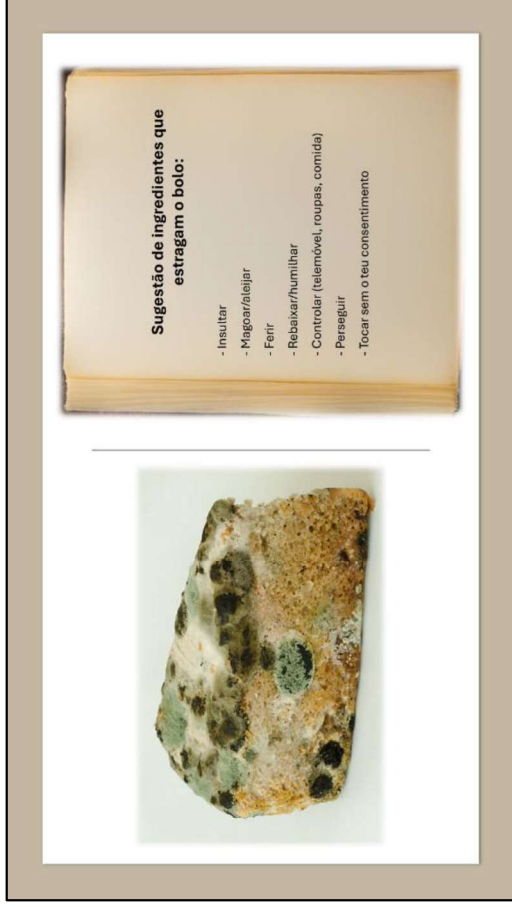
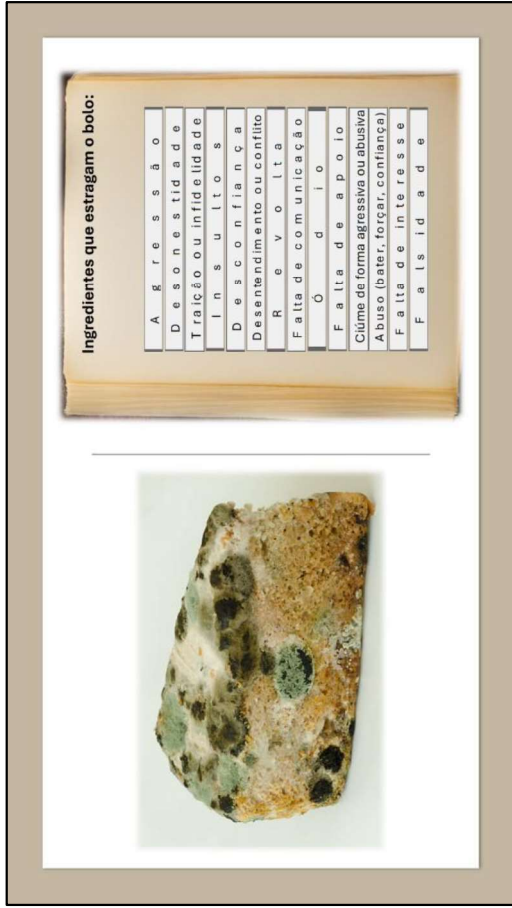
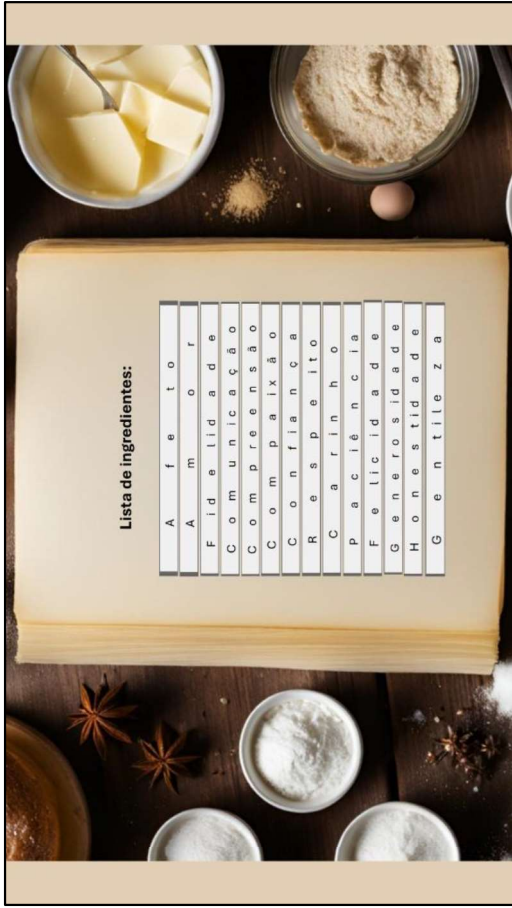


**NAMORAR É PARTILHAR
AFETO!**



**Receita para
o bolo do
namoro**
Ingredientes







Para uma relação saudável:

Dizer "não" pode ser difícil, mas é a forma certa de nos continuarmos a sentir bem connosco próprios

Nas relações saudáveis existe uma boa **comunicação**.
Devemos sentir-nos confortáveis para falar sobre qualquer tema

Educar para os Afetos, a Violência no Namoro!



— NELSON —

O que fazer?

Conversa com alguém da tua confiança que te possa ajudar a encontrar soluções (familiar, amigo/a, monitor/a, professor/a, psicólogo/a da escola)

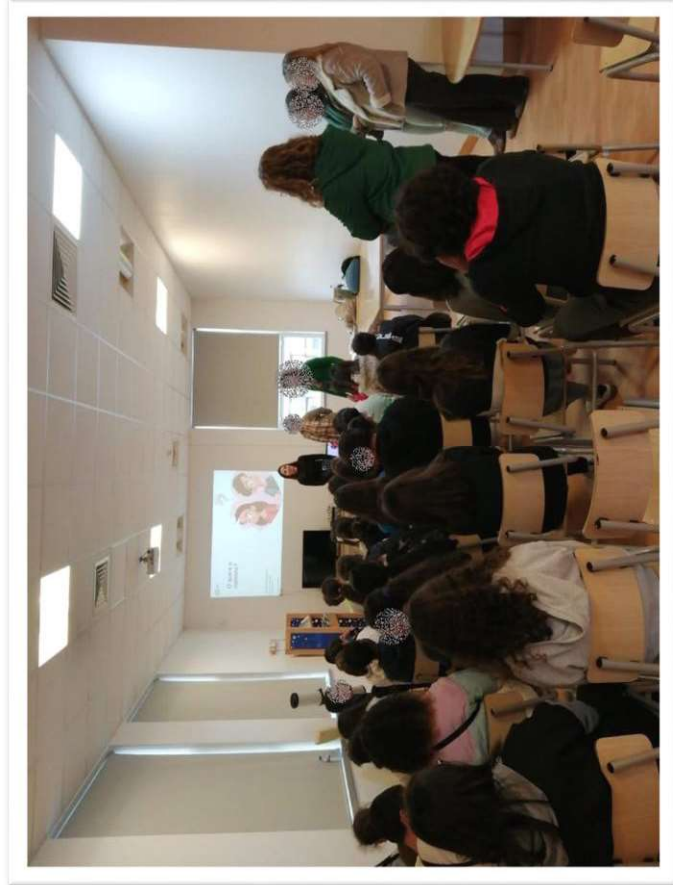
Este é um segredo mau!!



O que achaste desta apresentação?



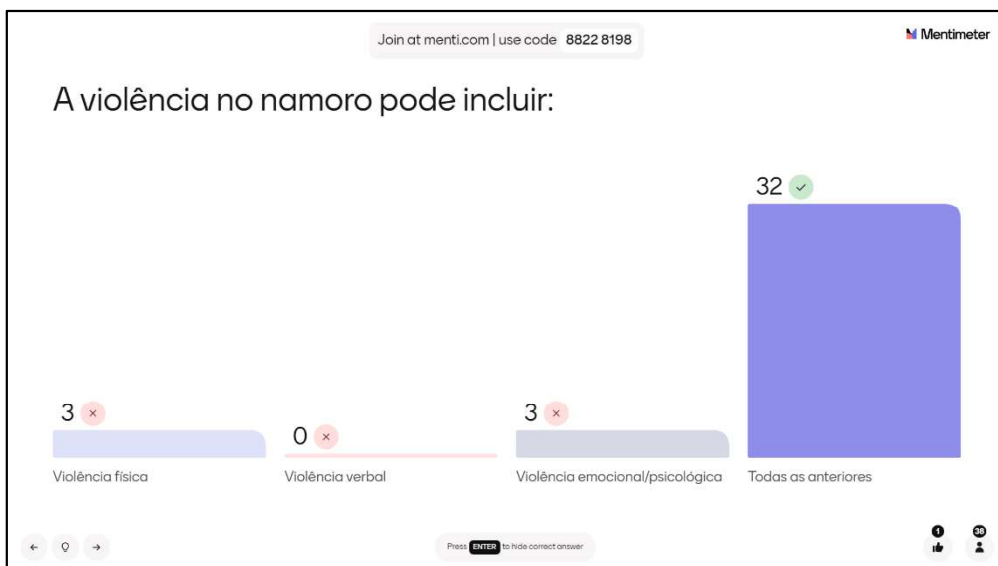
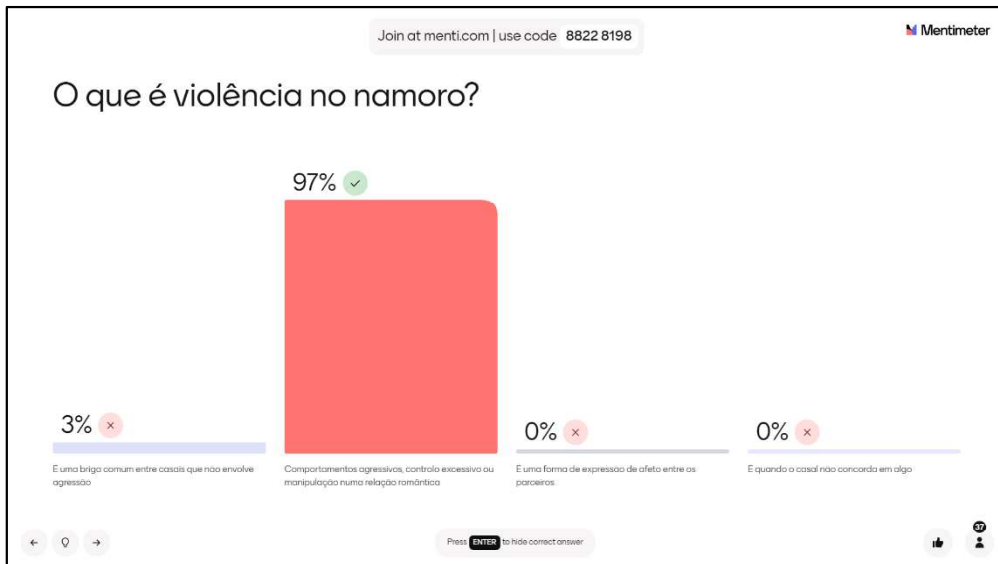
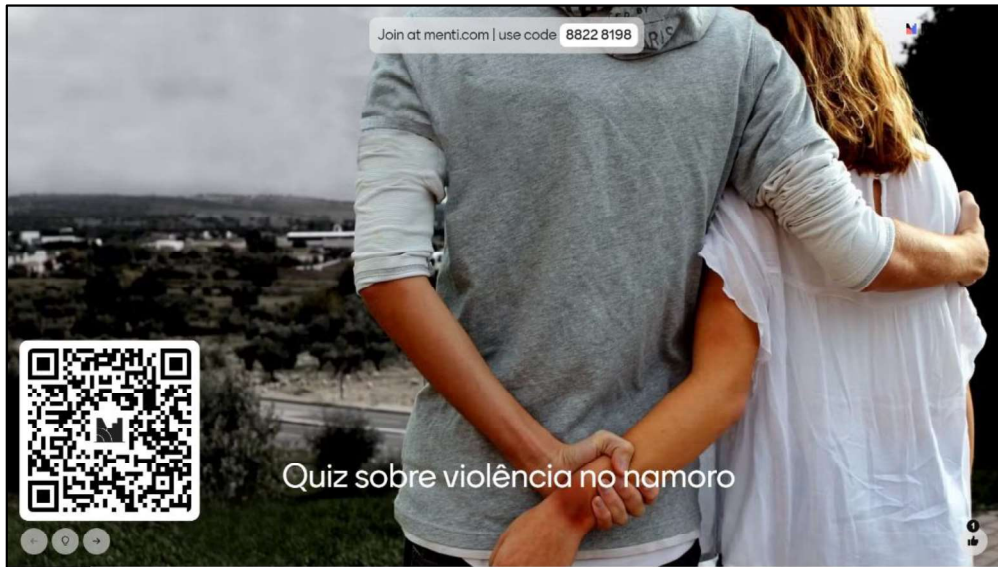
Registo fotográfico dos dias das sessões (realizadas a várias turmas):

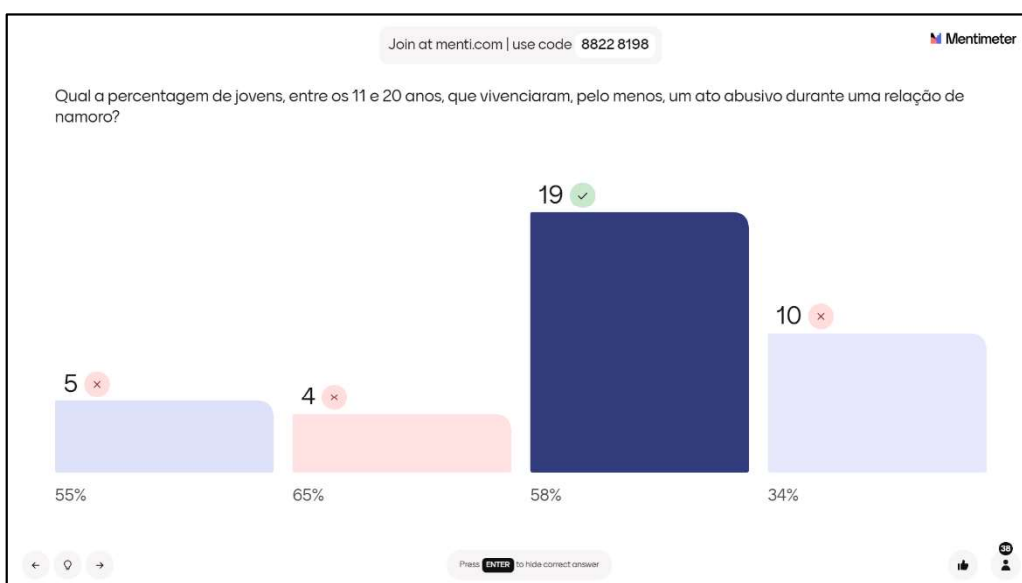
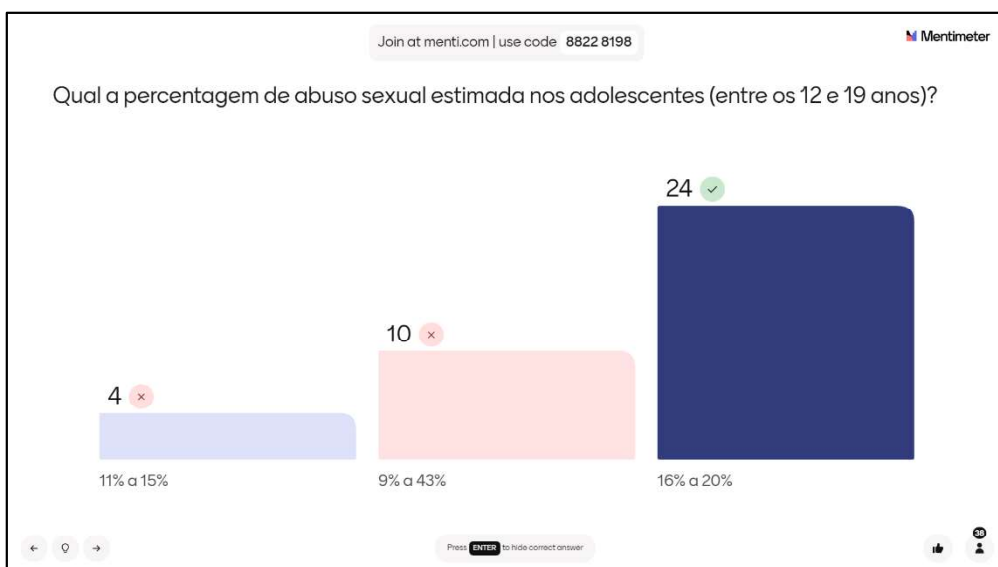
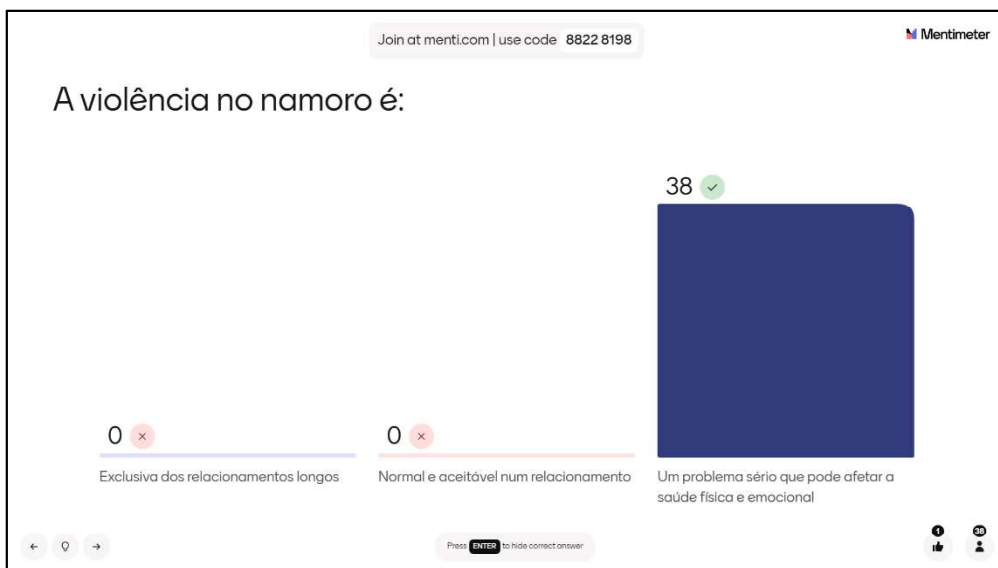


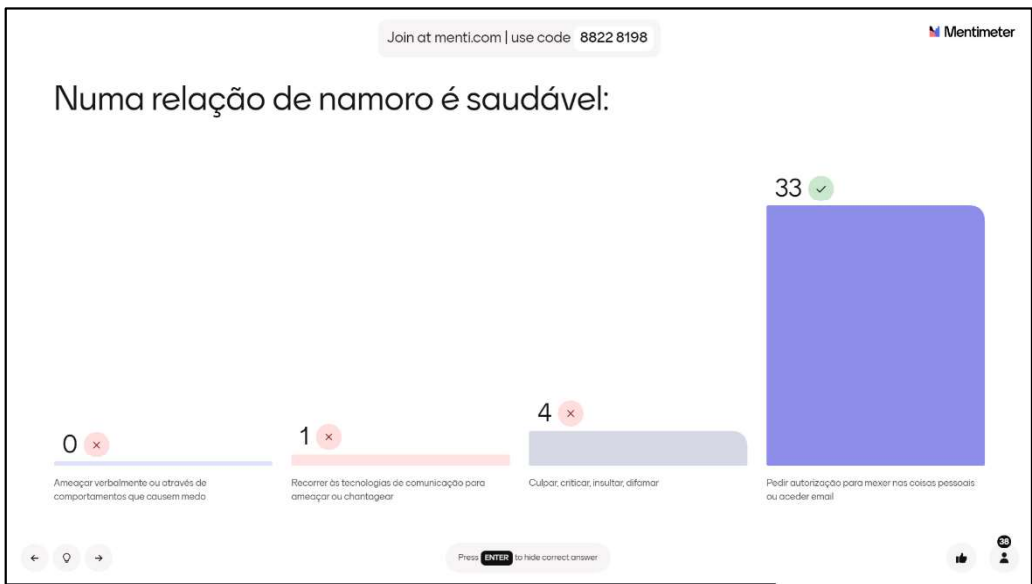
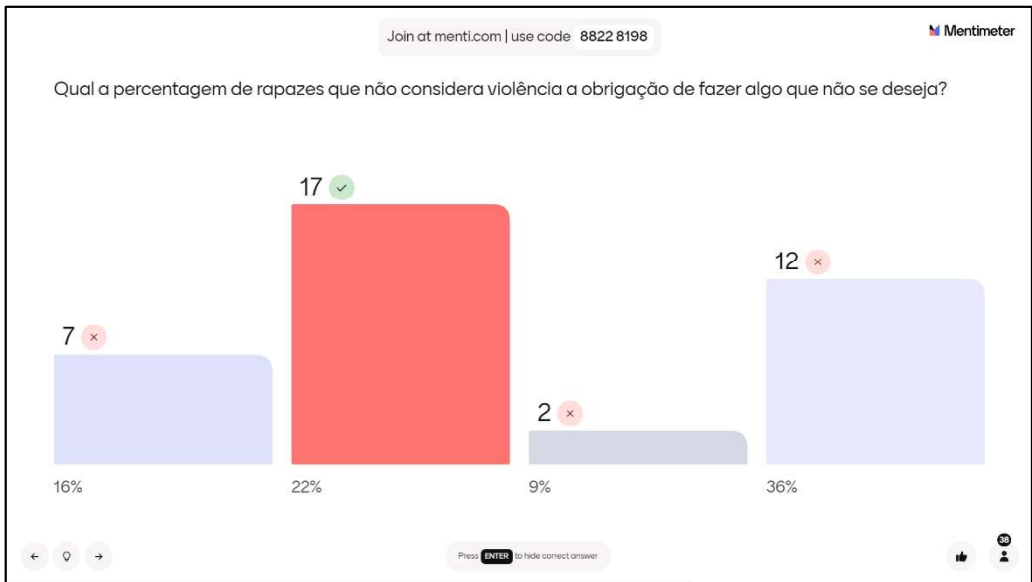
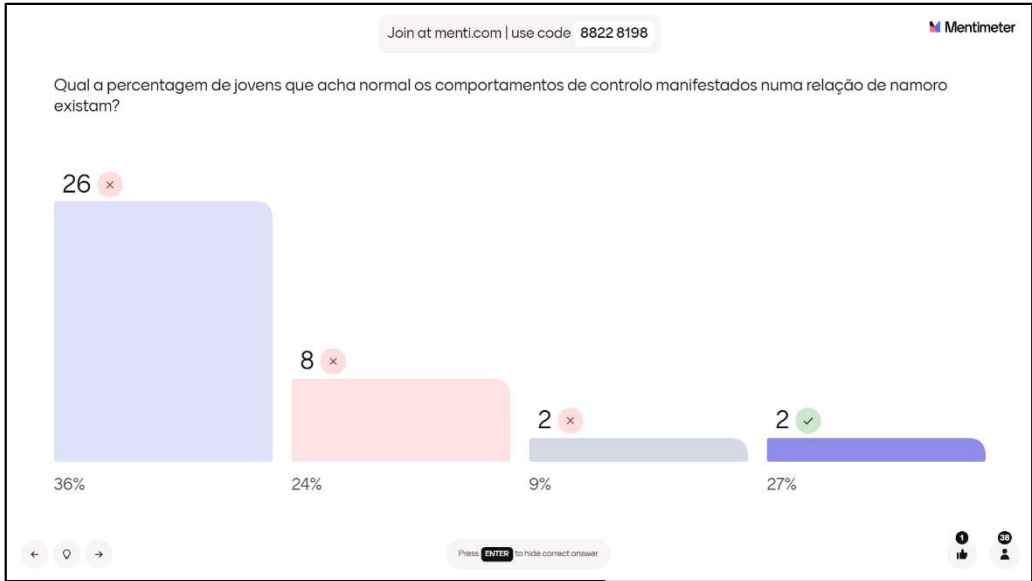


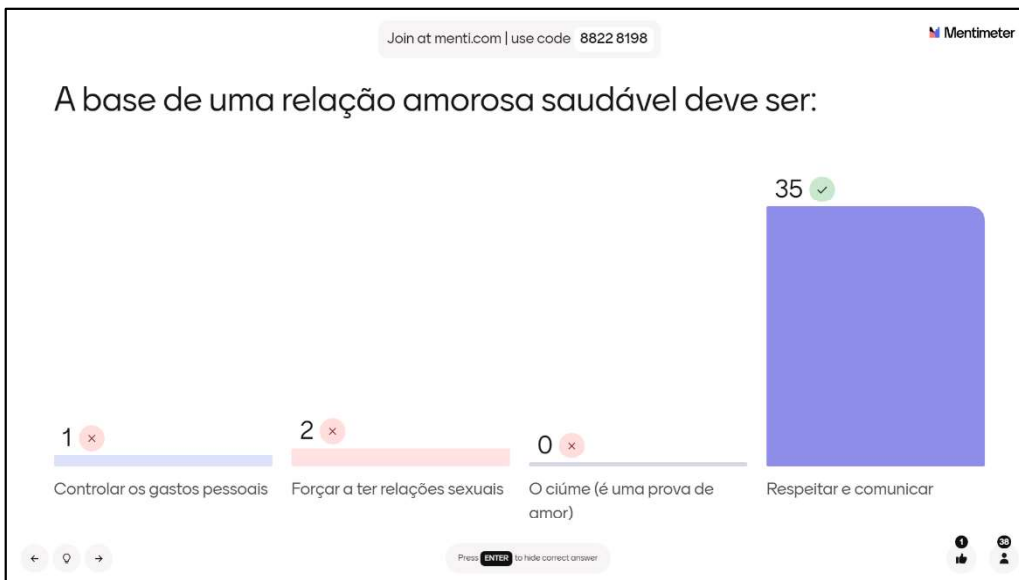
APÊNDICE II – Questionário aplicado na apresentação sobre “Violência no Namoro”
utilizada para alunos do 10º ano

Questionário aplicado aos alunos do 10º ano sobre violência no namoro

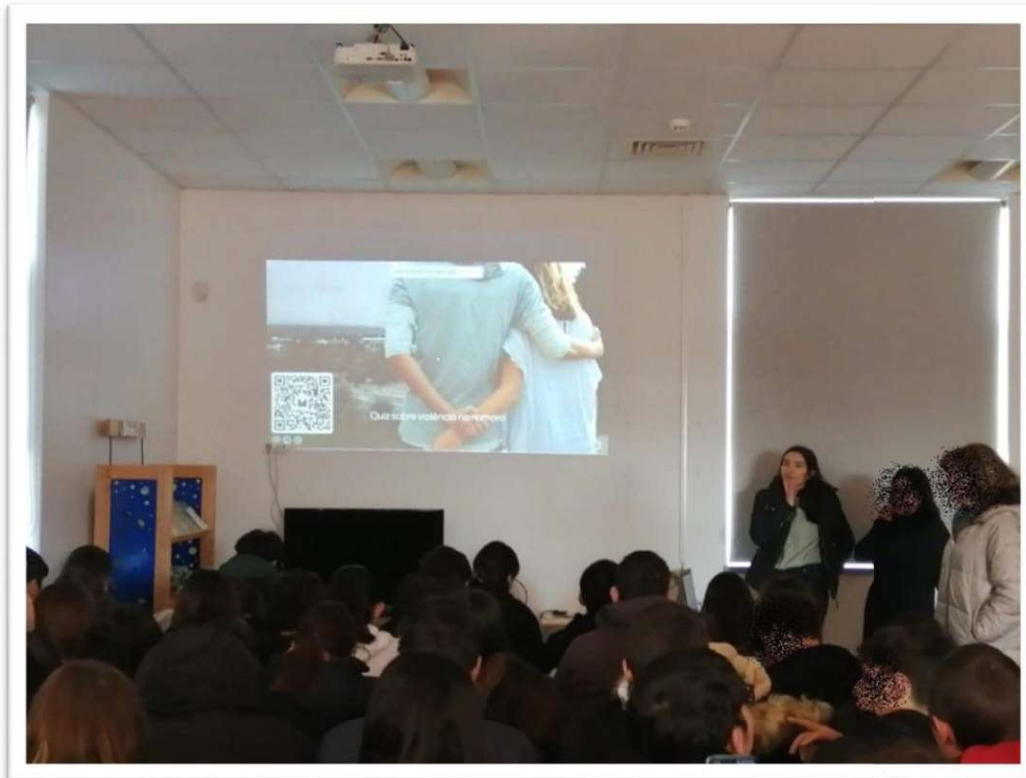









Registo fotográfico do dia da sessão:



APÊNDICE III – Apresentação sobre “Estratégias de Promoção da Saúde” utilizada
para os Enfermeiros da UCC

Plano da sessão - Estratégias para Promoção da Saúde

Tema	Estratégias para promoção da saúde	Data
Formadores	Enf ^{ra} Ana Carina Cabecinhas; colega mestrande	15/01/2025
Destinatários	Enfermeiros da UCC [REDACTED]	1 hora
Metodologia	Expositiva	Sala de reuniões da UCC [REDACTED]
Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Humanos: Formadores e Participantes; Materiais: Cadeiras, mesa, computador e videoprojector.	
Objetivos	- Atualizar conhecimentos na área das estratégias para a promoção da saúde; - Promover o recurso a novas estratégias.	
Etapas	Conteúdos programáticos	
Introdução	- Apresentar o tema	
Desenvolvimento	- Definir o conceito de Literacia em Saúde	
	- Fatores determinantes da Literacia em Saúde	
	- Distinguir Promoção da Saúde e Promoção da Literacia em Saúde	
	- Diferenciar Comunicação e Ativação	
Conclusão	- Métodos e meios para a promoção da Literacia em Saúde	
	- Esclarecer dúvidas	
Avaliação da sessão	- Solicitar que cada participante avalie a sessão de 1 a 5.	



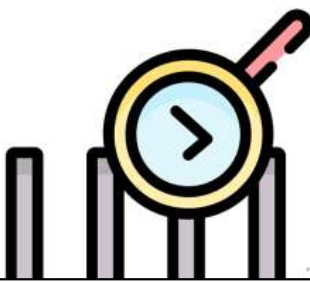
HEALTH PROMOTION

ANA CARINA CABECINHAS |

ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Fevereiro, 2025

Índice

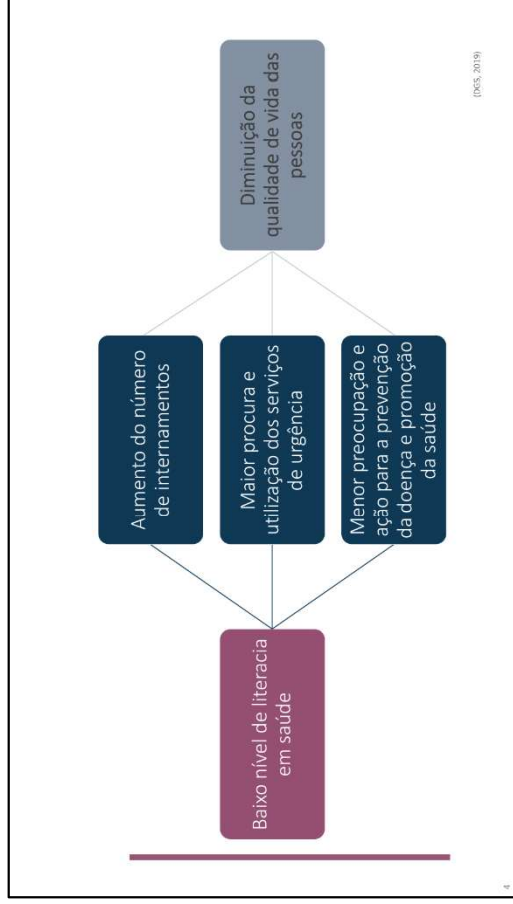


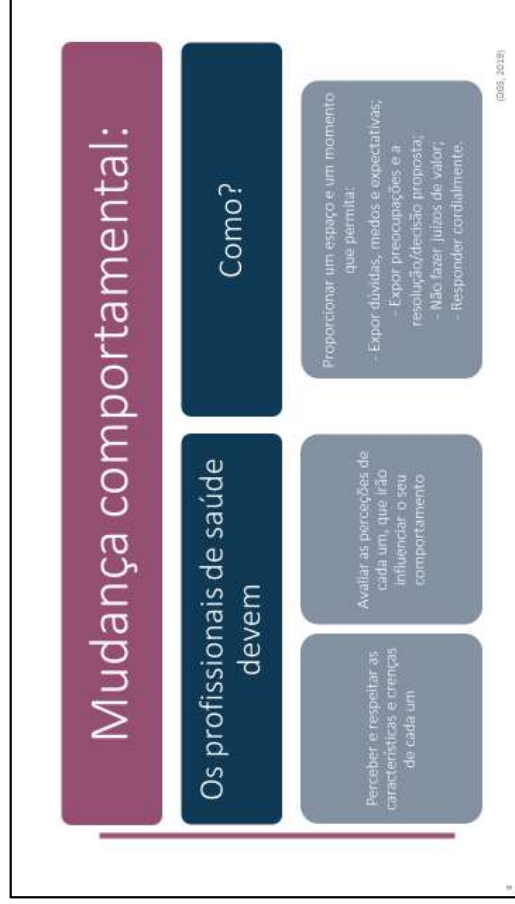
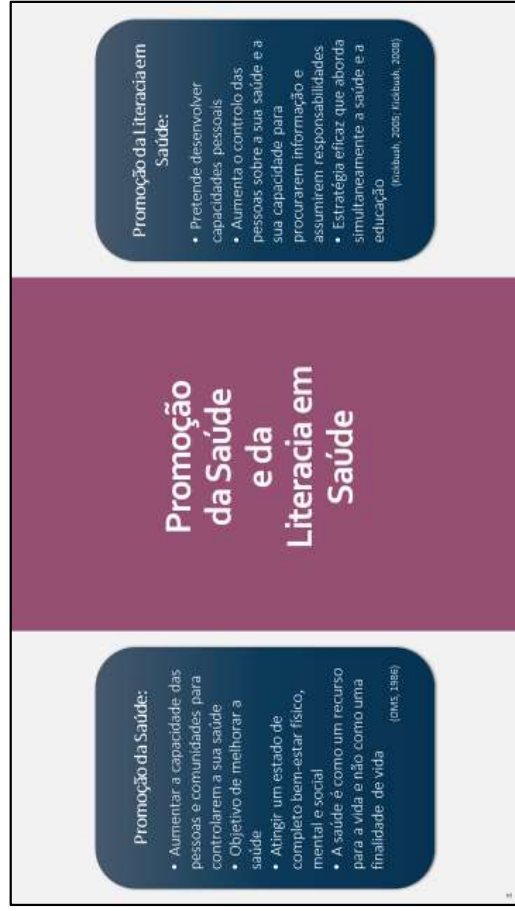
- 1 O que é a Literacia em Saúde?
- 2 Promoção da Saúde e Promoção da Literacia em Saúde
- 3 Comunicação e Ativação
- 4 Métodos e Meios para a Promoção da Literacia em Saúde



O que é a Literacia em Saúde?

"A Literacia em Saúde está ligada à literacia e implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a qualidade de vida durante o ciclo de vida." (OMS, 2013)





Comunicação e Ativação

Ativação:


- Conjunto de etapas e procedimentos que permitem a cada pessoa perceber as suas necessidades de informação de saúde, motivar-se a aceder e a gerir a informação necessária para tomar decisões e aprender com os resultados das decisões tomadas

(Goss, 2019)

Comunicação:

- Papel fundamental em toda a interação
- Por vezes a dificuldade de compreensão da comunicação com o profissional de saúde pode afetar a adesão às propostas, aos aconselhamentos e à mudança comportamental associada

(Goss, 2018)



Para a Ativação de comportamentos

O profissional de saúde deve:

- Ter uma linguagem acessível, assertiva, clara e positiva
- Ter uma relação terapêutica
- Ter controlo sobre a mensagem
- Disponibilizar de informação simples, confiável e fiável
- Afirmar-se como o polo comunicativo dinâmico Ser uma fonte
- Ter um grande envolvimento


(Haines, 2014)

Níveis de Ativação

NÍVEL 1	INICIAR A PARTICIPAÇÃO A pessoa não desempenha um papel ativo na sua saúde, apresentando-se como mero receptor de cuidados
NÍVEL 2	CONSTRUIR CONHECIMENTO E CONFIANÇA A pessoa procura perceber o seu estado de saúde e recomendações de saúde
NÍVEL 3	AÇÃO A pessoa conhece os fatos-chave e inicia a ação, podendo, porém, sentir falta de confiança ou de competências para manter o seu comportamento
NÍVEL 4	MANTER COMPORTAMENTOS A pessoa adota novos comportamentos, podendo não conseguir mantê-los face a situações de stress ou problemas de saúde

(Goss, 2014)

Métodos e meios para a promoção da literacia em saúde



Métodos e meios

Técnicas

- Teach back;
- Chunk and check;
- Linguagem simples;
- Utilize imagens.

Incentivar perguntas por parte das pessoas

- Método "ask me three" (pergunte-me três)

14

[Rodrigo F. 2021]

Métodos e meios

Estratégias de comunicação

- Ao falar com as pessoas tente:
- Levar o seu tempo a explicar com calma e a ouvir, sempre que possível;
 - Utilizar linguagem simples, sem jargões técnicos;
 - Limitar a quantidade de informação transmitida de cada vez;
 - Criar um ambiente livre de "vergonha", em que as pessoas possam colocar questões e falar abertamente.

Consentimento informado

- As pessoas têm o direito de serem envolvidas nas decisões sobre a sua condição;
- Deve ser fornecida toda a informação relevante, para que a pessoa a possa compreender, antes de ser pedido o consentimento.

17

[Rodrigo F. 2021]

Métodos e meios

Doenças crónicas

- Pessoas com doenças crónicas estão mais expostas a linguagem técnica;
- Pessoas com doenças crónicas e reduzidos níveis de Literacia em Saúde têm maior dificuldade em identificar uma deterioração na sua condição ou em procurar apoio em caso de deterioração.

Autogestão

- Peça-chave na otimização de resultados na doença crónica;
- Níveis de Literacia em Saúde adequados são fundamentais para a autogestão, níveis reduzidos podem afetar a capacidade que a pessoa tem de participar em decisões;
- Fornecer informação relevante e credível, utilizando alguns dos métodos acima descritos.

18

[Rodrigo F. 2021]

Estratégias de incentivo e motivação

Teoria da expectativa

Teoria do reforço

Teoria da equidade

19

[Rodrigo F. 2021]

V

Estratégias de incentivo à participação

Quebra gelo	World café
Focus group	

20 (Rodrigues F. 2021)

Estratégias para promover a saúde

Marketing social em saúde	Sound bites	Aconselhamento	Empoderamento	Educação para a saúde
---------------------------	-------------	----------------	---------------	-----------------------

21 (Rodrigues F. 2021)

Estratégias de envolvimento das pessoas

ALDA (Atenção, Interesse, Desejo e Ação)	PAS (Problema, Agitar e Solucionar)	CVB (Características, Vantagens e Benefícios)	IPPP (Imagem, Promessa, Prova e Pressão)
---	--	--	---

22 (Rodrigues F. 2021)

Propostas de manuais com sugestões de atividade para dinamizar

23

Exemplos de atividades

24

Crianças



Tema: **Bullying**

- Puzzle
- Mural da bondade
- Círculo do elogio
- Desafio da bondade

(Boggs et al., 2013)

25

Adolescentes

Tema: **Sexualidade / Relações saudáveis**

- O que é a sexualidade?
- Brinde às relações afetivas
- Receita do bolo do amor
- Criação e discussão de ideias (brainstorming)
- Mentimeter/quiz

- Podcast

(Machin, 2020)



26

Adultos/Idosos



Tema: **Prevenção de quedas**

- World café

Tema: **Adesão ao regime terapêutico**

- Focus group

(Bouquet, 2020)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berkman, N., Davis, T., & McCormack, L. (2010). Health Literacy: What is It? *Journal of Health Communication*(15), 9-19. doi:10.1080/10810730.2010.499985.
- Borges, E., Martins, T., Martins, A., Viana, A., Castanho, A., Morais, C., . . . Ribeiro, T. (s.d.). Saúde Escolar – Intervenções de promoção de saúde. Lidel.
- DSES. (setembro de 2019). Manual de boas práticas em Literacia em Saúde - capacitação dos profissionais de saúde. Lisboa.
- Kocubusch, I. (2008). *Healthy Societies: Addressing 21st Century Health Challenges*. Obtido de http://www.lionakocubusch.com/kocubusch-waleses/booy/kocubusch_Final_Report.pdf.
- Kocubusch, I., Watt, S., Maag, D. (2005). Navigating Health: The Role of Health Literacy. *Alliance for Health and the Future*. UK: International Longevity Centre. Obtido de https://www.ific.org.uk/index.php/publications/publication_details/navigating_health_the_role_of_health_literacy.
- Múrias, C. (2019). *Relações in: Igualdade no Namoro*. Manual de Educação de Parceiros para a Erradicação da Violência no Namoro. Lisboa: Associação Portuguesa de Cidadania Activa (APCA).
- OMS. (2013). *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen.
- Rodrigues, F. (fevereiro de 2021). *A saúde planenteia: metodologias colaborativas com a comunidade* (L. Press, Ed.). Lisboa.



Obrigada pela atenção!

APÊNDICE IV – Revisão da literatura: Empoderamento Comunitário de idosos
polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso

EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DE IDOSOS POLIMEDICADOS PARA A ADEÇÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO

INTRODUÇÃO

Assistimos a nível mundial ao envelhecimento populacional. Este fenómeno leva a transformações significativas no âmbito do sistema de saúde, político, social, financeiro e laboral, na aquisição de bens e serviços, na assistência social, na estrutura familiar e entre as próprias gerações (Ribeiro, 2023). O desenvolvimento natural do envelhecimento está associado a fragilidades, à perda de funcionalidade e ao aumento progressivo da dependência transitória ou definitiva (PDRNCCI 2016-2019). As doenças crónicas e as multimorbilidades geram impacto na qualidade de vida das pessoas idosas, considerando-se indispensável a adaptação dos cuidados de saúde às diferentes necessidades e maior proximidade à população, capacitando as pessoas e comunidade (DGS, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define doenças crónicas como doenças não transmissíveis, patologias de desenvolvimento lento, que se prolongam no tempo e são o resultado de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. Estas encontram-se frequentemente associadas a grupos etários mais avançados (WHO, 2023). Segundo Sequeira (2018), pessoas com mais de 65 anos de idade têm pelo menos uma doença crónica. Em Portugal, em 2023, cerca de 44,5% da população com 16 ou mais anos referiu ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado e com maior incidência na população idosa.

Assim, o recurso a múltiplos fármacos para controle destas comorbilidades torna-se uma realidade. Segundo a OMS (2019) polimedicação é a toma crónica e concomitante de cinco ou mais medicamentos, incluindo medicamentos sujeitos a receita médica, medicamentos de venda exclusiva em farmácia, medicamentos de venda livre ou suplementos alimentares. A prescrição do regime medicamentoso torna-se complexa, tendo em conta as características fisiológicas e fisiopatológicas da população idosa que induzem alterações na farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos, resultando em esquemas terapêuticos inadequados e pode ter consequências graves para estes utentes, como: maior risco de erros na administração de medicamentos, interações adversas entre medicamentos, baixa adesão ao tratamento e uma diminuição na qualidade de vida (Simões, 2023).

De acordo com a OMS (2016), quanto mais medicamentos uma pessoa tomar, maior é a probabilidade de a adesão ao regime medicamentoso ser comprometida. Este é um comportamento influenciado por múltiplos fatores, onde a intervenção do profissional de saúde, juntamente com a participação ativa do utente é essencial. Promover a adesão terapêutica envolve medidas educacionais,

comportamentais e tecnologias digitais, considerando as dimensões cognitiva, afetiva e comportamental. Na intervenção, destacam-se as relações interpessoais e a comunicação, tendo em conta crenças, preocupações e expectativas da pessoa acerca da doença (Camarneiro, 2021), motivo que, com frequência, leva a falhas na adesão à terapêutica.

O desenvolvimento de diversas estratégias, adaptadas a cada contexto e supervisionadas de forma a validar a sua efetividade, contribui para a prevenção de incidentes e erros de medicação, o que beneficia o utente, o profissional de saúde e a sociedade, resultando em ganhos em saúde, financeiros, económicos e de bem-estar (Sales, Coelho, Graça, & Paulino, 2021). Saliencia-se, que o foco do Enfermeiro deve estar, não só na adoção do tratamento prescrito, mas também num comportamento de autocuidado, consciente, gerido e mantido pelo utente. Assim, através da capacitação e do *empowerment* objetiva-se maior autonomia, capacidade de decisão e responsabilização pela sua saúde (Ribeiro, 2023). Avaliar o nível de *empowerment* em pessoas com doença crónica, permite medir o impacto dos cuidados de saúde na autogestão do regime terapêutico, sendo um indicador da qualidade dos cuidados e serviços prestados (Luz, Bastos, & Vieira, 2020). O *empowerment* considera variáveis como a motivação, o interesse, a autoestima, a autoeficácia e o sentido crítico, permitindo que a pessoa desenvolva as suas competências pessoais e sociais, promovendo ações que vão de encontro às suas necessidades de saúde (Nunes, 2020).

A segurança do doente, em geral, e a segurança na medicação em particular, originam um problema universal de saúde pública (Simões, 2023) e cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EESCSP) intervir nesta problemática, através de uma intervenção baseada em estratégias adequadas e de acordo com as suas competências específicas, considerando a capacitação de grupos/comunidade, sob a perspetiva da qualidade dos cuidados prestados e visando a prevenção de complicações para a saúde. Neste sentido, a intervenção do EESCSP é fundamental no diagnóstico e no Empoderamento Comunitário nos idosos, com 65 mais anos polimedicados, no domicílio.

Delineou-se como o objetivo para este estudo: identificar os fatores (estratégias) determinantes da adesão ao regime medicamentoso em idosos polimedicados, no domicílio (residentes na área de abrangência da UCC [REDACTED]). Pretende-se intervir e monitorizar o processo, otimizando os resultados no sentido de reduzir a prevalência das complicações de saúde decorrentes das doenças crónicas de base ou dos riscos associados à polimedicação.

Sob esta perspectiva, destaca-se a questão que norteou a presente proposta investigativa: Como aumentar a adesão dos idosos polimedicados ao regime medicamentoso através do Empoderamento Comunitário?

O presente trabalho é composto por introdução, metodologia, estratégia de pesquisa, apresentação dos resultados, discussão dos resultados e, por fim, a conclusão.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A pesquisa iniciou-se com a realização de uma pesquisa livre no Google Académico, seguida do protocolo de revisão integrativa da literatura. Os estudos que integram a revisão foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: estudos que abordem a gestão e/ou adesão ao regime terapêutico em pessoas com 65 ou mais anos, artigos num intervalo temporal nos últimos 5 anos, estudos redigidos em português e inglês, estudos com contexto cultural análogo ao nosso e de acesso integral acessível de forma gratuita.

Seguiu-se a elaboração da questão de investigação, de acordo com a mnemónica “PICO” – população(P), fenómeno de interesse (I) e contexto (Co). Neste caso, a população refere-se a pessoas com 65 ou mais anos, o fenómeno de interesse remete-nos para gestão do regime terapêutico e o contexto é no domicílio das pessoas.

Acrónimo	Significado	Componente da questão em estudo
P	População	Idosos (a partir 65A)
I	Fenómeno de interesse	Gestão do regime terapêutico
Co	Contexto	Domicílio

ESTRATÉGIA DE PESQUISA E IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS

A estratégia de pesquisa tem como objetivo localizar os estudos que cumpram com os critérios de inclusão acima referidos. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa livre na plataforma de pesquisa Google Académico.

De seguida, foi realizada uma pesquisa no dia 1 de setembro de 2024, limitada na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) (via PubMed) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) (via EBSCOhost) de forma a possibilitar a identificação de artigos sobre o tema. As palavras de texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes e os termos indexados utilizados para descrever os artigos foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa na MEDLINE (via PubMed) e CINAHL (via EBSCOhost).

O mapa de conceitos utilizados encontra-se no quadro seguinte. No anexo I encontra-se a fórmula utilizada.

	POPULAÇÃO	AND	CONCEITO	AND	CONTEXTO
Palavras-chave TI AND AB	"elderly"		"therapeutic regimen management" "polypharmacy" "nurs*" "empowerment"		"residence" "domicile"
OR					
Descritores MESH	"aged"		"medication adherence" "medication therapy management" "polypharmacy" "nurs*" "empowerment"		"housing"
Termos CINAHL	"aged" "Frail Elderly"		"medication regimen" "medication management" "polypharmacy" "nurs*" "empowerment"		"home environment"

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após uma pesquisa livre realizada na plataforma de pesquisa Google Académico, foram analisados 19 documentos, dos quais 4 artigos foram incluídos e que complementam o trabalho (artigo A a D).

Após a pesquisa em bases de dados (MEDLINE e CINAHL), todos os estudos identificados foram recolhidos e exportados para o Mendeley, um software bibliográfico, que remove os artigos que se apresentam em duplicado. Após um teste piloto, os títulos e resumos foram examinados para avaliação tendo em conta os critérios de inclusão definidos para a revisão. Os documentos potencialmente relevantes foram recuperados na íntegra.

Tal como apresentado na Figura seguinte através do fluxograma PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews), a pesquisa identificou 153 estudos potencialmente relevantes. Destes, nenhum se encontrava em duplicado; após avaliação do título 112 foram excluídos e 23 foram excluídos após avaliação do resumo; dos 18 estudos selecionados, 12 foram excluídos após leitura integral do texto por não cumprirem os critérios de inclusão e não responderem à questão de investigação. Assim, foram incluídos nesta revisão 6 estudos.

Identificação de estudos por meio de bases de dados e repositório

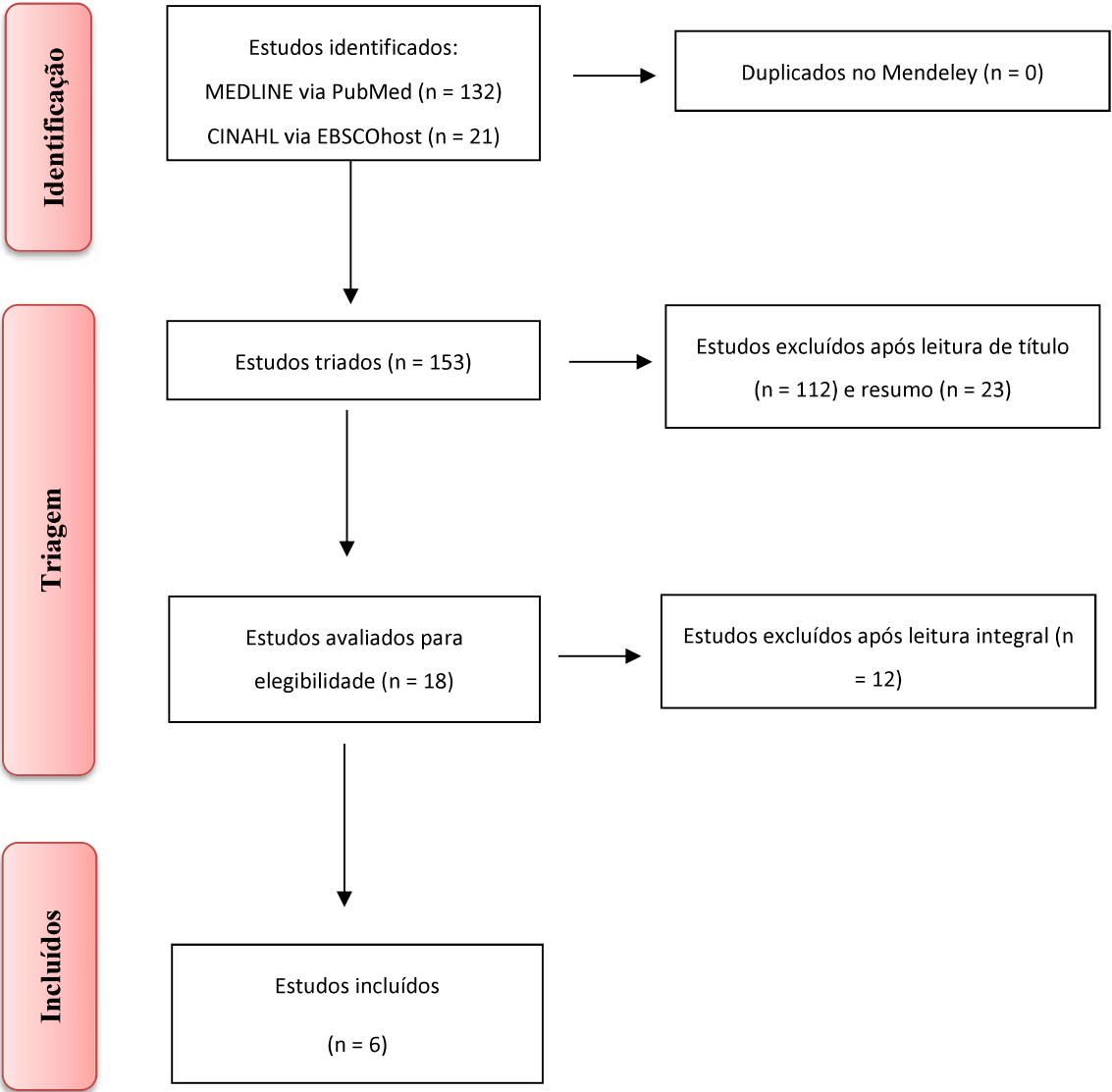


Figura - Fluxograma *PRISMA* 2020 adaptado
 Fonte: Page, et al., 2021

Artigo A

Plataforma pesquisa	de	Google Académico
Título	Avaliação da gestão e da adesão ao regime terapêutico em idosos polimedicados numa região da Beira Interior, Portugal	
Autor(es)	Mó R.; Plácido A.I.; Herdeiro M.T.; Martins C.; Carlos R.; Morgado M.; Roque F.	
Ano de publicação	Junho de 2020	
Origem	Beira Interior, Portugal	
Periódico	Acta Farmacêutica Portuguesa	

Objetivos/Finalidade	Caracterizar o perfil de consumo de medicamentos, identificar problemas com a gestão e a utilização de medicamentos e, ainda, avaliar a adesão à terapêutica, determinando fatores que contribuem para a uma menor adesão ao tratamento em idosos polimedicados de uma região da Beira Interior
População do estudo e tamanho da amostra	Doentes polimedicados com idade \geq 65 anos, de centros de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira (ACeS Cova da Beira), no qual estão inscritos 24800 idosos tendo sido elegíveis, através dos critérios de inclusão, 320 participantes
Metodologia/Métodos	Realizou-se um estudo transversal, entre os meses de junho e setembro de 2019 em 4 centros de saúde pertencentes ao ACeS Cova da Beira
Tipo de intervenção, comparador e detalhes	Aplicação de um questionário, por entrevista Desenvolvimento de material educacional (<i>posters</i> e <i>flyers</i>) e sessões educativas, para aplicar em centros de saúde e farmácias
Duração da intervenção	Entre junho e setembro de 2019
Resultados e detalhes destes	<p>Em média os participantes do estudo tomavam de forma crónica 6,8 medicamentos. A maioria dos participantes (93,8%) referiu ser responsável pela gestão diária da sua medicação, mas apenas (53,4%) dos participantes admitiram conseguir identificar os seus medicamentos pelo nome; 72,8% dos participantes identificam o medicamento pela caixa; 11,3% pela cor e 9,4% pela forma do medicamento; 30,3% afirmou ter mais dificuldade em lembrar-se da toma no período da manhã (pequeno-almoço e almoço). Como dificuldades sentidas com a toma da medicação 15% referiu ter dificuldades com os horários e 13,4% dificuldade em engolir os medicamentos.</p> <p>Uma das estratégias mais referida para evitar o esquecimento foi a utilização de uma caixa dispensadora de medicamentos (39,1%) e 18,1% guardava os medicamentos em diferentes sacos/locais de acordo com o horário da toma. O valor médio do nível de adesão foi de 5,41.</p> <p>Através da escala de MAT, foram identificados os fatores mais associados a menor adesão à terapêutica: a) esquecimento (33,1%); b) preocupação com efeitos secundários (19,4%), c) dificuldades na gestão da medicação (8,4%) e d) interferência que os medicamentos têm na vida social (7,2%).</p> <p>Foi identificada uma correlação positiva entre os níveis de adesão com a idade e rendimento, assim, quanto maior a idade e o rendimento, maior o nível de adesão e que o nível de adesão não se correlaciona com o número de medicamentos consumidos.</p> <p>Os idosos que tomavam medicamentos para o sistema cardiovascular apresentaram melhor adesão ao tratamento, do que os que consumiam medicamentos para outros problemas.</p>
Principais descobertas relacionadas com a pergunta da questão de investigação	<p>De acordo com este estudo uma menor adesão à terapêutica está associada a uma inapropriada gestão diária do regime terapêutico, baseada em falsas crenças e pelos comportamentos em relação aos medicamentos dos idosos.</p> <p>Foi também demonstrado que a criação de estratégias educativas direcionadas aos idosos, que incentivem uma melhor gestão dos medicamentos e promovam o empoderamento dos pacientes, é fundamental para melhorar a adesão ao tratamento e aumentar a segurança.</p>

Artigo B

Plataforma de pesquisa	Google Académico
Título	Padrões de gestão de medicamentos e características médicas e clínicas associadas entre idosos residentes em casa: um estudo transversal no centro de Portugal [Patterns of Medication Management and Associated Medical and Clinical Features among Home-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study in Central Portugal]
Autor(es)	Maria dos Anjos Dixe; Joana Pinho; Filipa Pereira; Henk Verloo; Carla Meyer-Masseti; Sónia Gonçalves Pereira

Ano de publicação	Janeiro de 2023
Origem	Leiria, Portugal
Periódico	International Journal of Environmental Research and Public Health
Objetivos/Finalidade	Identificar a atual gestão de medicamentos padrões e perfis de idosos que vivem no domicílio Explorar as associações entre condições de saúde e gestão de medicamentos e os preditores entre características sociodemográficas e padrões de PRM (Problemas Relacionados com a Medicação)
População do estudo e tamanho da amostra	Utentes idosos que vivem no domicílio com 65 ou mais anos, de um centro de saúde de Leiria, tendo participado 112 idosos, de acordo com os critérios de inclusão no estudo
Metodologia/Métodos	Estudo transversal e observacional
Tipo de intervenção, comparador e detalhes	Entrevista estruturada presencial com duração entre 15 a 20 minutos, após avaliação do estado cognitivo do idoso através do Teste de Comprometimento Cognitivo de 6 itens, com pontuação ≥ 10 , foram entrevistados diretamente, com < 10 foram entrevistados os cuidadores
Duração da intervenção	Entre março e abril de 2022
Resultados e detalhes destes	<p>A maioria dos participantes tinham um baixo nível de escolaridade, viviam com condições socioeconómicas precárias. Estudos anteriores referem estes fatores como potenciais de risco para a não adesão ou interrupção dos medicamentos prescritos, bem como as interações medicamentosas, o uso excessivo e escolha errada de medicamentos.</p> <p>Os riscos de um PRM com a automedicação de medicamentos de venda livre não prescritos aumentaram potencialmente; um quinto dos participantes, apresentava comprometimento cognitivo moderado, frequentemente associado a um risco aumentado de não adesão, levando a maiores riscos de PRMs e má gestão de medicamentos, referido noutros estudos. No entanto, os resultados deste estudo mostram que os idosos com deficiências cognitivas receberam mais apoio de cuidadores informais e profissionais, conferindo-lhes proteção na gestão da medicação.</p> <p>Este estudo não evidenciou problemas na gestão de medicamentos associados ao sexo ou situação familiar. Considerando a idade, a autogestão da medicação apresentou melhores resultados com melhores participantes mais jovens, melhores scores de fragilidade e de status cognitivo, de acordo com estudos anteriores.</p> <p>91,1% dos participantes deste estudo, apresentava múltiplas condições crónicas e mais de metade (58,9%) demonstraram ter fragilidade, o que levou metade dos participantes à polifarmácia.</p> <p>Dada a combinação de multimorbidade, polifarmácia e alta prevalência de fragilidade na amostra deste estudo, os participantes estavam expostos a um elevado risco de PRM, em concordância com outros estudos que sugerem que fatores relacionados com a idade, multimorbidade, dor crónica, polifarmácia e fragilidade, devem ser considerados na prescrição de medicação.</p> <p>A adoção de estratégias é recomendada para reduzir fatores de risco modificáveis – como pré-fragilidade e fragilidade moderada - e para otimizar a adesão à medicação, reduzir o uso excessivo e evitar a subutilização de medicamentos como medidas eficazes para diminuir o risco de PRMs e permitir que os idosos permaneçam nos seus domicílios. Sugestões também sustentadas por outros autores de diferentes países, que afirmaram que intervenções voltadas para a redução e otimização dos medicamentos podem melhorar a adequação da medicação para idosos frágeis que vivem em casa. No entanto, não se verificam mudanças significativas nas associações entre polifarmácia e autogestão de medicamentos, uso de medicamentos de venda livre, viver sozinho, compreensão limitada da própria terapia farmacológica e/ou patologia, ou ter múltiplos prescritores.</p>
Principais descobertas relacionadas com a pergunta da questão de investigação	A fragilidade e a morbilidade associadas à polifarmácia em idosos com 65 ou mais anos que vivem no seu domicílio, coloca-os em risco de maiores PRM e agravadas pelo comprometimento cognitivo. Neste estudo este último fator foi considerado como protetor de PRM, no sentido em que os utentes com maior comprometimento cognitivo, recebiam mais apoio na gestão da medicação, por cuidadores informais e profissionais. É

importante a abordagem multidisciplinar e colaborativa na gestão de medicamentos de idosos com 65 ou mais anos que vivem no seu domicílio, a fim de prevenir PRM e consequente institucionalização.

Artigo C

Plataforma de pesquisa	de	Google Académico
Título	Medida de Adesão Terapêutica nos Idosos: Um Estudo em Três Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados [Measurement of Therapeutic Adherence in the Elderly: A Study in Three Primary Health Care Centers]	
Autor(es)	Filipa Ladeiro; Ana Cláudia Magalhães; Diana Costa; Joana Vidal-Castro	
Ano de publicação	Junho de 2019	
Origem	Moimenta da Beira, Tarouca e Mirandela; Portugal	
Periódico	Gazeta Médica	
Objetivos/Finalidade	Avaliar o nível de adesão terapêutica nos idosos e estudar a associação entre a adesão e dados sociodemográficos, número de fármacos e doenças crónicas e pretende aumentar o conhecimento sobre esta temática.	
População do estudo e tamanho da amostra	Indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos portadores de medicação e patologias crónicas, das Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Moimenta da Beira, Tarouca e Mirandela tendo sido selecionados 293 utentes.	
Metodologia/Métodos	Estudo observacional transversal	
Tipo de intervenção, comparador e detalhes	Aplicação do questionário de autopreenchimento, validado para a população portuguesa “Medida de Adesão aos Tratamentos” (MAT). O questionário tem uma duração estimada de preenchimento de 5 minutos.	
Duração da intervenção	Entre setembro, outubro e novembro 2017	
Resultados e detalhes destes	<p>Do total dos participantes no estudo, 59,4% eram do género feminino. A mediana da idade foi de 74 anos e as faixas etárias com mais indivíduos foram 65-69 anos com 32,4% indivíduos e 70- 74 anos com 24,6% indivíduos.</p> <p>Dos inquiridos 33,1% apresentavam escolaridade igual ou inferior a 4 anos, 38,2% tinham 4 anos de escolaridade, 7,8% com 6 anos de escolaridade, 9,6% com 9 anos de escolaridade, 2% detinham 11 anos de escolaridade, 1% com 12 anos de escolaridade, 2% bacharelato, 1% com curso técnico profissional, 4,1% com licenciatura e 1% a escolaridade era desconhecida.</p> <p>A patologia mais frequente foi a dislipidemia com 14,7%, seguida pela hipertensão arterial com 11,6% e a diabetes tipo 2 com 5,5%. A maioria dos utentes que participou no estudo 25,3% apresentava as três patologias (hipertensão arterial, diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 e dislipidemia).</p> <p>Os participantes tinham em média 4 fármacos diferentes prescritos, notando-se que 67,9% dos tinham ≤ 5 fármacos prescritos, e 6 indivíduos tinham ≥ 10 fármacos prescritos.</p>	
Principais descobertas relacionadas com a pergunta da questão de investigação	O sexo masculino e a idade são fatores que podem influenciar a maior ou menor adesão terapêutica, os homens, os grupos etários mais jovens e os indivíduos mais escolarizados, apresentaram maior adesão terapêutica.	

Artigo D

Plataforma de pesquisa	de	Google Académico
Título	A importância da literacia em saúde na gestão do regime terapêutico: Um instrumento facilitador à adesão do medicamento	

Autor(es)	Sandra Laia Esteves
Ano de publicação	Outubro de 2023
Origem	Portugal
Periódico	Revista Portuguesa de Literacia em Saúde
Objetivos/Finalidade	Caracterizar a relação entre a evidência científica da Gestão do Regime Terapêutico e as perceções e dificuldades que os utentes possuem em contexto real e apurar quais as estratégias que usam para gerir a sua medicação
População do estudo e tamanho da amostra	11 idosos residentes no Concelho e Distrito de Castelo Branco (em meio rural); Critérios de inclusão: idosos com idade superior a 65 anos, com funções cognitivas mantidas e com polimedicação (prescrições acima de 5 medicamentos)
Metodologia/Métodos	Revisão sistemática e integrativa da literatura, estudo exploratório descritivo
Tipo de intervenção, comparador e detalhes	Foi aplicado um instrumento de recolha de dados com quatro questões: caracterização socio demográfica do utente; duas questões: “para que serve a medicação” e “quando a deve tomar”; a quarta questão era aberta, dando oportunidade ao utente de exprimir “que dificuldades sente em gerir a sua medicação”
Duração da intervenção	-
Resultados e detalhes destes	<p>Caracterização da amostra:</p> <p>- Cinco idosos do sexo masculino e seis do sexo feminino; com idades entre os 65 e 94 anos; maioritariamente de estado civil casado/a. Relativamente às habilitações literárias, quatro idosos são analfabetos, dois cumpriram o 1.º ano do 1º ciclo e cinco completaram o 4.º ano de escolaridade do ensino básico. Quanto ao nível socioeconómico, seis, quatro e um, idosos beneficiam de pensão mínima, média e alta, respetivamente.</p> <p>Perceções e dificuldades acerca da gestão do regime terapêutico e estratégias utilizadas para gerir a medicação:</p> <p>- A maioria conhece a indicação terapêutica da medicação, apenas pelo <i>design</i> da embalagem original a que estão habituados. A maioria dos intervenientes confirma que desconhece o nome do medicamento e distingue a polimedicação que cumpre através do <i>design</i> da embalagem original (se for sempre a mesma);</p> <p>- Quanto à posologia, alguns têm dúvidas (caracterizados pelo analfabetismo) e outros conhecem pelo <i>design</i> e orientações escritas na embalagem;</p> <p>- A maioria dos intervenientes da amostra refere que não saber ler dificulta a distinção da medicação, e memoriza a indicação terapêutica associada ao <i>design</i> da embalagem original.</p> <p>Como estratégia, procedeu-se à elaboração de um Instrumento Facilitador à Adesão do Medicamento (IFAM) que integra um Guia Terapêutico e uma Etiqueta do Medicamento Orientadora “EMO”, que possuem linguagem simples e acessível; com imagens associadas à indicação terapêutica e posologia para fixar nas embalagens originais da terapêutica, baseados na prescrição clínica. Este instrumento pretende aumentar a adesão ao regime terapêutico e diminuir ou evitar erros na toma da medicação em indivíduos com baixa literacia em saúde. E pretende também ser acessível aos indivíduos invisíveis com a aplicação de braille, de acordo com as considerações legais existentes que regulam esta matéria.</p>
Principais descobertas relacionadas com a pergunta da questão de investigação	<p>- A uniformização do <i>design</i> da embalagem influencia significativamente a precisão e a eficiência da tomada de decisões dos doentes sobre a medicação, nomeadamente conhecer a sua indicação terapêutica e respetiva posologia;</p> <p>- Em Portugal acima de 50% da população portuguesa apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado e estes possuem três vezes mais probabilidade de interpretar erradamente os rótulos das embalagens dos medicamentos;</p> <p>- Uma comunicação em saúde clara e acessível é fundamental para que a intervenção dos profissionais de saúde, enquanto agentes de mudança de comportamento, seja mais eficiente e segura. Os contributos estão relacionados com a clareza e simplicidade da linguagem utilizada, com a assertividade, positividade e empatia;</p>

	<p>- O uso correto de informação acerca do medicamento traduz melhor conhecimento, melhor adesão e maiores benefícios terapêuticos, o que proporciona aumento dos níveis de Literacia em Saúde. Na prática clínica, são notórios estes aspetos: os utentes com baixos níveis de LS revelam enormes dificuldades em compreender o uso do medicamento, em saber gerir a sua própria terapêutica, desconhecem a indicação terapêutica (para que serve) e os poucos que conhecem associam-na ao <i>design</i> da embalagem original (estratégia de memorização). Estes comportamentos são propícios a graves consequências que podem comprometer a saúde dos utentes, como a troca de medicação, aumento de erros na toma e dosagem. E geram, por sua vez, aumento dos gastos em saúde que, consequentemente, se torna um fator crítico para a sustentabilidade do SNS.</p> <p>- A melhoria das práticas dos profissionais de saúde, que podem implementar estratégias comunicacionais (de forma verbal e escrita) são facilitadoras da capacitação dos utentes e cuidadores a uma adequada e segura Gestão do Regime Terapêutico, para o aumento dos níveis de Literacia em Saúde e da adesão terapêutica do utente, para a redução de custos de saúde, melhor qualidade de vida e bem-estar dos utentes, com vista à obtenção de ganhos de saúde.</p>
--	---

Artigo nº 1

Base de dados	MEDLINE via PubMed
Título	Polifarmácia entre pacientes idosos na Polónia: prevalência, fatores predisponentes e estratégias de gestão [Polypharmacy among elderly patients in Poland: prevalence, predisposing factors, and management strategies]
Autor(es)	Emilia Błaszczyńska-Marunowska, Kacper Jagiełło, Tomasz Grodzicki, Łukasz Wierucki, Małgorzata Sznitowska, Zbigniew Kalarus, Marcin Renke, Katarzyna Mitręga, Krzysztof Rewiuk, Tomasz Zdrojewski
Ano de publicação	Setembro de 2022
Origem	Polónia
Periódico	Polish archives of internal medicine
Objetivos/Finalidade	Fornecer dados atualizados sobre farmacoterapia na população idosa da Polónia; determinar fatores predisponentes à polifarmácia e à polifarmácia excessiva e identificar idosos com maior probabilidade de necessitar de intervenções multidisciplinares nesta área.
População do estudo e tamanho da amostra	População polonesa de 2017, com amostra de 3.014 idosos residentes em casa com mais de 65 anos
Metodologia/Métodos	Estudo observacional transversal
Tipo de intervenção, comparador e detalhes	Aplicação de um questionário aos idosos, ou seus familiares ou cuidadores
Duração da intervenção	2017 a 2019
Resultados e detalhes destes	<p>Observa-se um alto consumo de medicamentos entre a população idosa na Polónia. Num estudo anterior, no país, a prevalência de polifarmácia em pessoas com mais de 65 anos, foi também elevada.</p> <p>A maioria dos inquiridos tomava 5 a 9 comprimidos por dia. E a maioria dos inquiridos tomava 1 a 4 comprimidos por dia não sujeitos a receita médica.</p> <p>O consumo de pelo menos 1 medicamento com prescrição foi declarado por 88,8% de todos os inquiridos; ligeiramente mais frequente nas mulheres (89,7%) do que nos homens (87,3%).</p> <p>A polifarmácia foi identificada em 53,5% de todos os indivíduos com mais de 65 anos, mais frequentemente em homens, na faixa etária de 85 a 89 anos, nos participantes com ensino básico e de cidades pequenas.</p>

	<p>As doenças crónicas mais frequentes, identificadas foram a hipertensão arterial, a diabetes <i>mellitus</i> e a insuficiência cardíaca crónica. O fator predisponente mais forte para a polifarmácia foi a multimorbidade.</p> <p>A redução da polifarmácia inadequada é um importante objetivo de saúde pública identificado pela OMS - Terceiro Desafio Mundial para a Segurança dos Doentes: Medicação Sem Danos e está associada a um menor risco de reações adversas a medicamentos e hospitalizações em idosos.</p> <p>Existem várias estratégias de gestão disponíveis para otimizar a farmacoterapia e prevenir problemas relacionados com a medicação.</p> <p>As intervenções lideradas por médicos são baseadas em ferramentas padronizadas, como os critérios de Beers, os critérios STOPP e os critérios START, bem como a lista FORTA, a lista PRISCUS, o Medi-cation Appropriateness Index ou o Good-Palliative-Geriatric Practice Algorithm.</p> <p>Os programas de educação do prescriptor são outra estratégia para reduzir os erros de prescrição e os programas de apoio à decisão clínica estão mais acessíveis devido à informatização dos sistemas de saúde.</p> <p>A educação direta ao doente sobre os benefícios e malefícios dos medicamentos pode levar a uma significativa quebra na utilização de medicamentos potencialmente inadequados.</p> <p>A reavaliação da medicação orientada por farmacêuticos varia consoante os países e pode incluir serviços como avaliações da medicação, planos de medicação, planos de cuidados e avaliações de acompanhamento. Estas interações permitem poupar custos devido à redução do número de resultados adversos, e podem também melhorar a adequação da prescrição.</p> <p>Este estudo evidencia que se deve estabelecer uma abordagem médica e farmacêutica abrangente com base em revisões de medicamentos conduzida por farmacêuticos.</p>
Principais descobertas relacionadas com a pergunta da questão de investigação	<p>Este estudo revela que os idosos polacos que vivem em casa consomem um grande número de medicamentos prescritos e não prescritos. Os fatores que predispõem à polifarmácia e à polifarmácia excessiva incluem multimorbidade, sexo masculino, idade de 85 a 89 anos, baixo nível de educação e que vivem em cidades mais pequenas. A polifarmácia pode ter consequências negativas para a saúde, pelo que devem ser adotadas medidas coordenadas entre médicos e farmacêuticos, no sentido da melhoria da segurança e da qualidade da farmacoterapia nos idosos.</p> <p>Os grupos de utentes idosos de alto de alto risco são os mais suscetíveis de necessitar de atenção especial e podem obter maior benefício de intervenções multidisciplinares no domínio da farmacoterapia.</p>

Artigo nº2

Base de dados	CINAHL via EBSCOhost
Título	Gestão colaborativa de medicamentos para idosos após alta hospitalar: um estudo descritivo qualitativo [Collaborative medication management for older adults after hospital discharge: a qualitative descriptive study]
Autor(es)	Filipa Pereira; Marion Bieri; Maria Manuela Martins; María del Río Carral; Henk Verloo
Ano de publicação	Outubro de 2022
Origem	Valais, Suíça
Periódico	BMC Nursing
Objetivos/Finalidade	Descrever as necessidades percebidas, de idosos, no seu domicílio que tomam vários medicamentos diferentes, após a alta hospitalar, bem como dos seus cuidadores informais e profissionais, para uma gestão colaborativa de medicamentos
População do estudo e tamanho da amostra	Idosos polimedicados que vivem em suas casas, seus cuidadores informais e profissionais de saúde Idosos (n = 28), cuidadores informais (n = 17) e cuidadores profissionais (n = 13)
Metodologia/Métodos	Estudo descritivo qualitativo

Tipo de intervenção, comparador e detalhes	Entrevistas individuais semiestruturadas com idosos e cuidadores profissionais e entrevistas conjuntas com idosos e seus cuidadores informais
Duração da intervenção	-
Resultados e detalhes destes	<p>Este estudo revelou quatro temas principais sobre a gestão colaborativa de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necessidades percebidas por idosos e cuidadores informais, de maior envolvimento no planeamento da alta hospitalar: descritas insatisfações de idosos e cuidadores informais com o planeamento da alta, não terem sido suficientemente ouvidos e consultados aquando das decisões da alta e a alta de idosos para casa ocorrer muito cedo, não deixando tempo para os cuidadores discutirem ou questionarem sobre mudanças na medicação; - Necessidades percebidas pelos idosos de serem informados, ouvidos e ativamente envolvidos na tomada de decisões: por um lado, os idosos desejavam controlar a sua medicação enquanto outros descreveram ter perdido a capacidade de administrá-los. Ainda assim, a maioria descreveu, em diferentes níveis, o seu desejo de ser informado, de ser ouvido e de se envolver na tomada de decisões sobre a gestão de medicamentos, no sentido de manter a autonomia. - Necessidades percebidas pelos cuidadores informais, de ajuda no apoio e coordenação da gestão de medicamentos: destacada a complexidade do suporte que os cuidadores informais fornecem na gestão de medicamentos e nas suas necessidades para continuar a apoiar os seus familiares, coordenando os diferentes profissionais envolvidos. As expectativas dos cuidadores informais sobre o papel dos profissionais, nem sempre correspondeu aos cuidados realmente fornecidos; - Necessidades percebidas por idosos e cuidadores informais e profissionais de melhor comunicação e coordenação entre cuidadores profissionais: vários participantes referiram os enfermeiros de família como os profissionais mais envolvidos na sua gestão de medicamentos (assumindo uma função de coordenação). Salientou-se as dificuldades na comunicação entre os vários profissionais de saúde envolvidos na alta hospitalar, que incluem muitas vezes: enfermeiros de família, das residências para idosos, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e médicos especialistas. <p>Neste estudo referiu que a colaboração entre farmacêuticos e enfermeiros de apoio ao domicílio foi fortalecida com um projeto piloto regional sobre a prevenção de eventos adversos a medicamentos: facultando aos pacientes polimedicados as suas caixas de comprimidos semanais preparadas numa farmácia. Todas as entrevistas apontaram para a melhoria da comunicação e coordenação entre os profissionais para uma gestão colaborativa de medicamentos mais eficaz.</p>
Principais descobertas relacionadas com a pergunta da questão de investigação	<p>Descrever as necessidades percebidas, de idosos, no seu domicílio que tomam vários medicamentos diferentes, após a alta hospitalar, bem como dos seus cuidadores informais e profissionais, revelou oportunidades para melhorar a segurança e eficácia e prevenir danos relacionados com medicamentos.</p> <p>Quatro necessidades principais emergiram da análise:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os idosos e os seus cuidadores informais manifestaram a necessidade de maior envolvimento no planeamento da alta; a necessidade de serem informados, ouvidos e envolvidos na tomada de decisões; - Os cuidadores informais descreveram as suas necessidades de ajuda para dar suporte e coordenar a gestão de medicamentos; - Idosos, cuidadores informais e profissionais de saúde expressaram as necessidades de melhor comunicação e coordenação entre os diferentes profissionais. <p>Este estudo ao identificar as necessidades revelou duas estratégias para melhorar a gestão colaborativa de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar os medicamentos do utente, envolvendo um profissional de saúde comunitário que assume uma responsabilidade abrangente; - Capacitar idosos e seus cuidadores informais na gestão de medicamentos após a alta hospitalar. <p>De salientar que neste estudo os enfermeiros focavam-se na complexidade da gestão de medicação que teria de ocorrer nas casas dos idosos (incluindo limitações funcionais,</p>

	<p>valores e preferências, e a disponibilidade de cuidadores informais). Este estudo também sugere que, o acompanhamento por um profissional de saúde comunitário qualificado em gestão de cuidados e com vínculos comunitários estabelecidos com vários outros serviços pode ser uma maneira mais eficiente de gerir a medicação complexa necessária para múltiplas condições crónicas.</p> <p>E enfatizou que os enfermeiros eram os cuidadores profissionais que mais interagiam com todos os atores envolvidos na gestão de medicamentos, dada a sua proximidade com o paciente e o seu relacionamento colaborativo com os médicos.</p> <p>Os achados deste estudo revelaram também que ao facilitar o empoderamento dos idosos, os prestadores de cuidados de saúde promovem a gestão colaborativa da medicação e a tomada de decisões partilhada, o que os pode encorajar a assumir o controlo da sua própria saúde. Os idosos podem beneficiar de uma abordagem conjunta de empoderamento e monitorização, com um profissional de saúde comunitário a assumir a responsabilidade de partilhar informações e tarefas relacionadas com a gestão da medicação.</p>
--	--

Artigo nº3

Base de dados	CINAHL via EBSCOhost
Título	<p>Gestão segura de medicamentos para idosos polimedicados, no seu domicílio, após alta hospitalar: um estudo qualitativo das perspetivas de idosos, cuidadores informais e profissionais de saúde</p> <p>[Safe Medication Management for Polymedicated Home-Dwelling Older Adults after Hospital Discharge: A Qualitative Study of Older Adults, Informal Caregivers and Healthcare Professionals' Perspectives]</p>
Autor(es)	Filipa Pereira; Marion Bieri; Maria Manuela Martins; María del Río Carral; Henk Verloo
Ano de publicação	Maio de 2022
Origem	Valais, Suíça
Periódico	Nursing reports
Objetivos/Finalidade	Identificar e categorizar as dificuldades vivenciadas e os padrões de resposta adotados por idosos polimedicados no seu domicílio, pelos seus cuidadores informais e profissionais de saúde na gestão de medicamentos de idosos após a alta hospitalar
População do estudo e tamanho da amostra	Idosos polimedicados que vivem em suas casas, seus cuidadores e profissionais de saúde. 28 idosos polimedicados residentes em casa, que receberam alta hospitalar nos últimos 90 dias; 17 cuidadores informais, identificados pelo idoso, como a pessoa mais envolvida na gestão sua medicação e 13 profissionais de saúde mais envolvidos na gestão da sua medicação
Metodologia/Métodos	Descritivo qualitativo através de análise de conteúdo dedutiva secundária de dados de um estudo primário de métodos mistos
Tipo de intervenção, comparador e detalhes	Realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com idosos e profissionais de saúde e entrevistas conjuntas com idosos e seus cuidadores informais.
Duração da intervenção	-
Resultados e detalhes destes	<p>A análise das perspetivas de idosos, cuidador informal e profissional de saúde permitiu identificar a existência de dificuldades (stressores) vivenciadas pelos idosos e também identificar padrões de resposta (estratégias de reconstituição) adotadas para superar os stressores e restaurar a estabilidade do sistema e otimizar a gestão da medicação, de acordo com o Modelo de Sistemas de Neuman.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stressores intrapessoais: reações à perda de autonomia, variando da revolta à resignação; esforços para manter o controle da gestão da medicação; e contradições entre as prescrições e os valores e preferências dos idosos e seus cuidadores informais; - Stressores interpessoais: comunicação disfuncional entre idosos/cuidadores informais e profissionais de saúde; e gestão inadequada da dor;

	<ul style="list-style-type: none"> - Stressores extrapessoais: retorno precoce e apressado para casa e coordenação disfuncional entre os profissionais de saúde; Estratégias de Reconstituição Intrapessoal: - Confiar nos outros e deixar de lado certas tarefas e responsabilidades; - Mobilizar o autoconhecimento e as experiências passadas todos os dias para manter o controle da gestão de medicamentos; Estratégias de Reconstituição Interpessoal: - Coordenação mais eficaz entre os intervenientes envolvidos na gestão da medicação; - Privilegiar as preferências medicamentosas dos idosos; - Definir um projeto para o futuro com a rede de cuidados; - Estabelecer uma rotina para garantir uma gestão segura da medicação; - Existir o mínimo possível de mudanças nos regimes de medicamentos, no entanto, apostar em novas abordagens ou ferramentas que tornem a gestão mais segura; Estratégias de Reconstituição Extrapessoal: - Intervenções que envolveram todos os processos de entrega de medicamentos da rede de cuidados: prescrição, transcrição, dispensa, administração e monitorização; - Os enfermeiros estão particularmente envolvidos nas fases de transcrição e dispensa e, às vezes, também na fase de administração; - O papel de monitorização é menos visível, por algumas dificuldades na interpretação de sinais/sintomas clínicos e na transmissão de informações para a restante equipa interdisciplinar.
<p>Principais descobertas relacionadas com a pergunta da questão de investigação</p>	<p>O Modelo de Sistemas de Neuman permitiu descrever e compreender as dificuldades (stressores) e os padrões de resposta (estratégias de reconstituição) de idosos polimedicados no seu domicílio, na gestão da sua medicação após a alta hospitalar.</p> <p>Os autores destacam que os idosos estavam especialmente expostos a uma variedade de stressores intra, inter e extrapessoais que afetavam a gestão da sua medicação. E também que os padrões de resposta ou estratégias de reconstituição nem sempre eram bem-sucedidos ou satisfatórios, tendo sido identificados como stressores, por vezes.</p> <p>Foi identificado pelos participantes, o grau de estabilidade no momento da alta, como um stressor extrapessoal, o "retorno precoce e apressado para casa" representa um risco maior de problemas relacionados com a medicação. Este estudo indica que raramente os idosos eram integrados na tomada de decisões, no planeamento da alta ou alterações na medicação. Não estar envolvido nas decisões relacionadas com a medicação, por vezes, levava à não adesão deliberada ao tratamento, evidenciado pelos autores e contribuiu para as dificuldades de entenderem o seu regime de medicamentos e as alterações efetuadas.</p> <p>Os participantes identificaram a comunicação e a coordenação de cuidados como um problema relacionado com a medicação, bem como informações insuficientes sobre medicamentos, embora neste estudo fosse evidenciado que os idosos não queriam necessariamente saber mais sobre os medicamentos, mas ser devidamente informados sobre quaisquer mudanças e participar nas decisões.</p> <p>Os dados obtidos através das perspetivas profissionais focam-se em stressores extrapessoais e reconstituição extrapessoal e evidenciam perspetivas desalinhas entre idosos/cuidadores informais e os profissionais de saúde que identificam divergência nas metas e valores de gestão de medicamentos, além de uma falha na centralização no paciente.</p> <p>Este estudo sugeriu que a gestão de medicamentos de idosos após a alta hospitalar poderia beneficiar de uma abordagem liderada por enfermeiros, que compartilhariam informações sobre as melhores práticas e acordariam responsabilidades com os idosos e seus cuidadores informais, bem como, poderia fortalecer as linhas de defesa dos idosos, que foram interrompidas, através de intervenções de prevenção secundária e terciária. Segundo a Perspetiva do Modelo de Sistema de Neuman de Prática Colaborativa Interprofissional Liderada por Enfermeiros, os enfermeiros podem esclarecer e compartilhar processos de tomada de decisão e facilitar discussões entre cuidadores interprofissionais e idosos.</p> <p>Com uma abordagem interprofissional, co-construída com idosos e cuidadores informais, os gestores de enfermagem de cuidados comunitários podem contribuir significativamente</p>

para prevenir internamentos hospitalares, readmissões, institucionalizações e mortes precoces, além de reduzir os custos para o sistema de saúde.

Artigo nº 4

Base de dados	MEDLINE via PubMed
Título	O Impacto dos Determinantes Sociais da Saúde na Adesão à Medicação: uma revisão sistemática e meta-análise [The Impact of Social Determinants of Health on Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-analysis]
Autor(es)	Marcee E. Wilder; Paige Kulie; Caroline Jensen; Paul Levett; Janice Blanchard; Luis W. Dominguez; Maria Portela; Aneil Srivastava; Yixuan Li; Melissa L. McCarthy
Ano de publicação	Janeiro de 2021
Origem	Washington DC, EUA
Periódico	JGIM
Objetivos/Finalidade	Resumir as evidências sobre a relação entre determinantes sociais de saúde (DSS) e adesão à medicação (AM).
População do estudo e tamanho da amostra	Adultos com 18 anos ou mais, com avaliação de pelo menos um determinante social da saúde e a adesão à medicação foi a principal medida de resultado.
Metodologia/Métodos	Revisão sistemática da literatura
Tipo de intervenção, comparador e detalhes	Revisão sistemática da literatura com recurso ao Preferred Reporting Items for Systematic Formato de revisões e meta-análises (PRISMA). A pesquisa foi realizada em três bases de dados: PubMed, Scopus e Cochrane Clinical Trials Register
Duração da intervenção	dezembro de 2018
Resultados e detalhes destes	Na relação entre DSS e adesão à medicação em geral, verificou-se que os determinantes sociais adversos estavam associados a menor adesão. Para fatores específicos de DSS, apenas a insegurança alimentar e a instabilidade habitacional foram correlacionadas com baixa adesão à medicação. Para todos os outros determinantes sociais específicos, as evidências eram inconsistentes ou havia apenas um estudo que avaliou o determinante específico.
Principais descobertas relacionadas com a pergunta da questão de investigação	A insegurança alimentar foi associada a uma menor adesão à medicação, no sentido em que a falta de alimentos aumenta a fome e resulta em priorização das necessidades básicas de sobrevivência em detrimento de outras. A instabilidade habitacional também foi associada a uma adesão mais baixa à medicação. Este estudo evidencia que para melhorar a adesão à terapêutica, temos de ter em conta um contexto mais amplo da pessoa e basear intervenções e políticas que abordem os DSS adversos que dificultam a adesão à terapêutica.

Artigo nº5

Base de dados	CINAHL via EBSCOhost
Título	“É um trabalho a ser feito”. Gerir a polifarmácia em casa: Um estudo de entrevista qualitativa explorando as experiências de idosos com com fragilidade [“It's a job to be done”. Managing polypharmacy at home: A qualitative interview study exploring the experiences of older people living with frailty]
Autor(es)	Giorgia Previdoli; David P. Alldred; Jonathan Silcock; Savi Tyndale-Biscoe; Daniel Okeowo; V-Lin Cheong; Beth Fylan
Ano de publicação	Janeiro de 2024
Origem	South and West Yorkshire, Reino Unido
Periódico	Health Expectations

Objetivos/Finalidade	Entender as experiências de autogestão de medicamentos de pacientes idosos com fragilidade leve a moderada e polimedicados, que vivem em casa e as estratégias que utilizam para gestão de medicamentos.
População do estudo e tamanho da amostra	Entre abril de 2021 e agosto de 2022., 32 pacientes com 65 anos ou mais com fragilidade leve ou moderada e que tomavam cinco ou mais medicamentos foram recrutados de 10 consultórios médicos e da coorte de pesquisa CARE 75+.
Metodologia/Métodos	Estudo qualitativo
Tipo de intervenção, comparador e detalhes	Entrevistas semiestruturadas pessoalmente, por telefone ou online, que foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas usando análise temática reflexiva.
Duração da intervenção	Entre junho de 2021 e fevereiro de 2022
Resultados e detalhes destes	<p>Neste estudo foram desenvolvidos cinco temas relativos às experiências de autogestão:</p> <p>Administrar muitos medicamentos é um trabalho especializado para o qual não me candidatei:</p> <p>Os participantes referiram-se às habilidades e conhecimentos necessários, incluindo entender medicamentos, as mudanças na medicação; monitorizar a sua adesão e como se sentem; antecipar problemas; e concentrarem-se para evitar erros, usaram sistemas de pedidos on-line,</p> <p>Apesar dos desafios, alguns descreveram sentir-se confiantes e satisfeitos com os seus medicamentos e como os estavam a administrar. Conseguir manter o controle da sua medicação, faz com que se sintam no controle e orgulhosos;</p> <p>Os medicamentos mantêm-me ativo, mas o que aconteceu com a minha vida?</p> <p>Alguns consideraram os benefícios de tomar medicamentos maiores do que os riscos; no entanto, alguns dos efeitos colaterais tiveram impacto na sua qualidade de vida e mudanças nas suas rotinas diárias. Outros expressaram preocupação sobre tomar muitos medicamentos, tornarem-se viciados ou continuar a tomar medicamentos que deveriam ter sido prescritos por um período limitado. Alguns que se esqueciam de tomar a medicação, desenvolveram estratégias para garantir a sua adesão. Os que administravam os medicamentos dos familiares, além dos seus, relataram uma carga maior.</p> <p>Administrar medicamentos num sistema pouco claro:</p> <p>Alguns participantes, sentiam-se negligenciados, não ouvidos ou incompreendidos pelos profissionais de saúde em relação aos seus medicamentos, mas como dependiam da contribuição de diferentes profissionais de saúde mal coordenados, eles próprios precisavam ser proativos para cobrir as lacunas de comunicação. Referiram também, que aprenderam a autogerir os medicamentos por meio de tentativa e erro, e alguns desejavam que a sua equipa de atendimento tivesse mais tempo para discutir riscos e benefícios dos tratamentos ou para considerar tratamentos alternativos.</p> <p>Outros relataram que não lhes foi oferecida uma revisão de medicamentos ou não tinham a certeza se a sua medicação havia sido revista ou não.</p> <p>O apoio com medicamentos que valorizo e que facilita o meu trabalho:</p> <p>Alguns participantes descreveram que se sentiram seguros ao ter pessoas próximas, dispostas a ajudar, enquanto outros expressaram preocupação com a ideia de se tornarem um fardo. Alguns anteciparam não conseguir administrar medicamentos à medida que envelheciam e prepararam a sua rede de apoio. Outros referiram que bons relacionamentos estabelecidos com médicos locais e funcionários da farmácia comunitária, é facilitador.</p> <p>O acompanhamento que os profissionais faziam após a introdução de um novo medicamento, oferecendo alternativas se fossem relatados efeitos colaterais ou reduzindo a medicação, foi descrito como positivo.</p> <p>Os meus medicamentos são-me familiares — não há mais nada que eu precise (ou queira) saber:</p> <p>Para alguns, os medicamentos estavam incorporados nas suas rotinas diárias e tomavam-nos automaticamente, às vezes sem saber o que eram. Alguns presumiam que cada profissional de saúde, em todos os sítios, tinha acesso às informações mais atualizadas</p>

	<p>sobre a sua história e medicamentos, pelo que não necessitavam de uma lista atualizada. Outros relataram que não questionariam a decisão tomada pelo profissional de saúde, nem sentiam necessidade de saber mais sobre a sua medicação e usaram palavras como "fé", "aceitação" e "seguir em frente" para descrever a sua reação às decisões tomadas pelos médicos. Outros disseram que, por confiarem na equipa de saúde, não sentiam necessidade de verificar se os medicamentos prescritos estavam corretos.</p>
Principais descobertas relacionadas com a pergunta da questão de investigação	<p>Os pacientes descreveram as atividades necessárias como um trabalho qualificado, que se tornou mais exigente devido à fragmentação do sistema e expressaram sentimentos mistos sobre o impacto que os medicamentos tiveram nas suas vidas. A maioria dos participantes valorizou a ajuda prática e o incentivo recebidos das suas redes de apoio. Muitos foram proativos na autogestão, procurando opções de tratamento com profissionais de saúde. Outros preferiram "seguir as orientações" e evitaram um envolvimento mais ativo, confiando no sistema de saúde.</p> <p>Carga de trabalho da gestão de medicamentos</p> <p>Este estudo confirma que a autogestão segura de medicamentos requer uma série de conhecimentos e habilidades. E não podemos ignorar as desigualdades inerentes, como a alfabetização em saúde, níveis de privação, barreiras linguísticas, raça e etnia e acesso a apoio social.</p> <p>Funções do paciente na gestão da segurança dos medicamentos</p> <p>Este estudo destaca oportunidades para formalizar e apoiar os papéis dos pacientes, especialmente com fragilidade, através da disponibilização de ferramentas de suporte e orientação adicionais, para descrever e corrigir erros. E capacitando os que têm capacidade e vontade de se envolver, enquanto para os que não podem ou preferem não participar ativamente, explorar alternativas como o envolvimento de redes de apoio, ou um acompanhamento mais próximo e frequente, se viável.</p> <p>Fardo do tratamento</p> <p>Muitos participantes descreveram alterações na qualidade de vida, devido aos efeitos colaterais ou pela complexidade do próprio regime, bem como a excessiva carga de informações e optaram por tomar a medicação de forma automática, em vez de se envolverem em processos exigentes de tomada de decisão. Alguns adotaram estratégias, como saltar doses ou mesmo suspender os tratamentos. Devido à falta de comunicação eficaz com a equipa de saúde, em alguns casos, as decisões foram tomadas sem consultar os profissionais de saúde, o que pode ter sérias implicações de segurança. As revisões estruturadas de medicamentos foram centrais na tentativa de mitigar problemas com medicamentos e melhorar a adesão em idosos frágeis e polimedicados.</p> <p>Gestão de medicamentos num sistema fragmentado</p> <p>Os participantes deste estudo evidenciaram que a fragmentação do sistema era uma causa de frustração e uma fonte adicional de complexidade e adicionalmente um risco à segurança do paciente, especialmente em transições de cuidados.</p> <p>Ajuda com medicamentos</p> <p>Todos os pacientes neste estudo revelaram que administravam os seus medicamentos, sozinhos, ainda que alguns com apoio de familiares e amigos.</p>

Artigo nº6

Base de dados	CINAHL via EBSCOhost
Título	Gestão de medicamentos pós-alta: as experiências, perceções e papéis dos idosos e dos seus familiares cuidadores [Post-discharge medicines management: the experiences, perceptions and roles of older people and their family carers]
Autor(es)	Justine Tomlinson, Jonathan Silcock, Heather Smith, Kate Karban e Beth Fylan
Ano de publicação	Setembro de 2020
Origem	Reino Unido
Periódico	Health Expectations

Objetivos/Finalidade	Explorar as experiências de pacientes idosos e seus familiares cuidadores à medida que eles vivenciam atuou na gestão de medicamentos pós-alta
População do estudo e tamanho da amostra	27 idosos juntamente com nove cuidadores familiares, foram entrevistados
Metodologia/Métodos	Estudo qualitativo descritivo que utilizou entrevistas para averiguar as opiniões, sentimentos e perspectivas dos participantes
Tipo de intervenção, comparador e detalhes	Os participantes solicitaram que seu cuidador familiar fosse entrevistado ao mesmo tempo que eles. Todos os participantes incluídos tiveram pelo menos uma mudança ou recomendação sobre seus medicamentos (média 4,6 alterações)
Duração da intervenção	Entre agosto de 2018 e novembro de 2019
Resultados e detalhes destes	<p>Os temas centrais foram os seguintes: impacto da transição, estratégias de segurança e papel de gestão de medicamentos.</p> <p>Encontraram-se três temas principais e oito subtemas que descrevem como: internamento hospitalar, seguida de transição para casa com troca de medicação, foi vivenciado como uma rutura no conhecimento, na rotina e nas capacidades.</p> <p>Deficiências nas conversas sobre medicamentos e o fornecimento de informações na alta afetaram significativamente as habilidades dos participantes para administrar seus medicamentos. Os participantes sentiram que essas conversas muitas vezes careciam de detalhes, não respondeu sua pergunta ou simplesmente não aconteceu</p> <p>Trabalhos anteriores enfatizaram que as pessoas idosas que vivem com fragilidade querem estar envolvidas nos seus cuidados, no entanto, ainda não está claro como e em que medida. Este estudo demonstrou uma série de atividades que pacientes mais velhos podem e devem ser envolvidos.</p> <p>A literatura defende o envolvimento dos pacientes como parceiros nos seus cuidados, a fim de superar ameaças à segurança e melhorar os resultados centrados no paciente. Além disso, baixos níveis de participação dos pacientes estão associados a um custo de cuidados de saúde 8% a 21% mais elevado.</p> <p>Assim, os profissionais de saúde devem trabalhar em conjunto com os pacientes para incentivar a tomada de decisão compartilhada.</p> <p>Belcher et al identificaram três categorias de tomada de decisão sobre medicamentos no paciente idoso: aquelas que não querem participar; aqueles que não podem; e aqueles que podem e devem participar.</p> <p>O tratamento que envolve o paciente deve ser realizado como parte do processo de alta hospitalar. Eassey et al argumentam que é responsabilidade dos profissionais de saúde avaliar a preferência dos pacientes do nível de envolvimento. Flink et al demonstraram ainda que os profissionais de saúde são fundamentais para incentivar o envolvimento dos pacientes e familiares/cuidadores, na maioria das vezes por meio de conversas de apoio.</p> <p>Envolver os pacientes ao longo de sua jornada para resolver quaisquer défices de conhecimentos e competências parecem ser uma forma de garantir que os pacientes e seus familiares/cuidadores têm as ferramentas para a gestão de medicamentos. Outras intervenções, como educação do paciente e serviços para conciliar medicamentos antigos e novos, foram propostos para ajudar melhor os pacientes a se prepararem para a alta e apoiar transições bem-sucedidas do hospital para casa.</p> <p>Os pacientes podem contribuir para a segurança dos medicamentos através de: aplicar conhecimentos sobre riscos de medicamentos, comunicar com os profissionais de saúde, utilizando bulas de medicamentos e rótulos, e reconhecendo níveis de confiança.</p>
Principais descobertas relacionadas com a pergunta da questão de investigação	<p>As oportunidades de interagir com pessoas mais velhas são um recurso para uma gestão bem-sucedida de medicamentos pós-alta através de conversas apropriadas durante todo o internamento hospitalar (incluindo alta) e compartilhando a tomada de decisão.</p> <p>A fim de promover um maior envolvimento dos idosos no cuidado dos seus medicamentos, por exemplo, na Inglaterra através do Departamento de Saúde e Assistência Social em que o hospital transfere informações à farmácia comunitária, contudo isto não parece que isto incluía o utente no processo.</p>

Durante o internamento, os utentes enfrentaram interrupções significativas nos seus medicamentos reconhecimento e capacidades, que impactam a sua gestão habilidades de desenvolvimento quando estiver em casa.

Existem oportunidades para envolver os idosos que vivem com fragilidade e, quando apropriado os seus familiares/cuidadores, durante o internamento hospitalar e no período pós-alta, para garantir uma gestão eficaz de medicamentos.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos nesta revisão revelam a existência de dificuldades/fatores que determinam a gestão de medicamentos, bem como as necessidades percebidas por idosos, cuidadores informais e profissionais de saúde. Foram identificadas também, as estratégias mais frequentemente adotadas, para fazer face a essas dificuldades na gestão da polimedicação pelos idosos, cuidadores informais e profissionais de saúde.

Diversos estudos têm sido desenvolvidos em volta desta temática. Num estudo realizado por Mó, et al. (2020), em média, os participantes tomavam de forma crónica 6,8 medicamentos e a maioria (93,8%) referiu ser responsável pela gestão diária da sua medicação. Identificando-se a literacia em saúde, como um fator importante na gestão adequada de medicamentos, considerando que a maioria reconhece o medicamento pela caixa, cor ou formato e apenas metade reconhece os seus medicamentos pelo nome.

O estudo desenvolvido na Polónia por Bleszyńska-Marunowska, et al. (2022), revelou que os idosos polacos que vivem em casa consomem um grande número de medicamentos prescritos e não prescritos. A polifarmácia foi identificada na maioria dos indivíduos com mais de 65 anos. Este estudo evidencia que os fatores que predispõem à polifarmácia e à polifarmácia excessiva incluem: multimorbidade, sexo masculino, faixa etária de 85 a 89 anos, menor nível de escolaridade e indivíduos que vivem em cidades mais pequenas.

De acordo com Esteves (2023), em Portugal, acima de 50% da população portuguesa apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado. Doentes com baixos níveis de Literacia em Saúde possuem três vezes mais probabilidade de interpretar erradamente os rótulos das embalagens dos medicamentos. Por sua vez, estes comportamentos geram aumento dos gastos em saúde que, conseqüentemente, se torna um fator crítico para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.

De forma a entender as experiências de autogestão de medicamentos, de utentes idosos polimedicados que vivem em casa, o estudo realizado por Pereira, Bieri, Carral, Martins, & Verloo (2022a), revelou como necessidades fundamentais, as necessidades percebidas por idosos e cuidadores informais, de maior envolvimento no planeamento da alta hospitalar e de serem informados, ouvidos e ativamente envolvidos na tomada de decisões, bem como uma melhor

comunicação e coordenação entre cuidadores profissionais. Neste estudo, a maioria dos idosos descreveu, em diferentes níveis, o seu desejo de ser informado, de ser ouvido e de se envolver na tomada de decisões sobre a gestão de medicamentos em casa após a alta hospitalar, no sentido de manter a autonomia.

Em concordância com um outro estudo dos mesmos autores (Pereira, Bieri, Martins, Carral, & Verloo, 2022b), onde sob a perspetiva do Modelo de Sistemas de Neuman, identificou como stressores intrapessoais, as reações à perda de autonomia, os esforços para manter o controlo da gestão da medicação e contradições entre as prescrições e os valores e preferências dos idosos e seus cuidadores informais. Os idosos não pretendem saber mais sobre os medicamentos, mas ser devidamente informados e participar das decisões. Não estar envolvido nas decisões induz à não adesão deliberada ao tratamento, evidenciado pelos autores e contribuiu para as dificuldades de entenderem o seu regime de medicamentos e as alterações efetuadas.

De acordo com Dixe, et al. (2023), a fragilidade e a morbilidade associadas à polifarmácia em idosos com 65 ou mais anos que vivem no seu domicílio, foram identificadas como fatores de risco de Problemas Relacionados com a Medicação (PRMs) e agravadas pelo comprometimento cognitivo. Assim como sugerido no estudo de Bleszyńska-Marunowska, et al. (2022), em que o fator predisponente mais robusto para a polifarmácia foi a multimorbilidade.

Idosos e cuidadores informais descreveram uma comunicação disfuncional entre idosos/cuidadores informais e profissionais de saúde e ter poucas oportunidades de discutir novas prescrições com a equipa em ambientes hospitalares (Pereira F. , Bieri, Carral, Martins, & Verloo, 2022a), assim como, foi evidenciada a existência de perspetivas desalinhadas entre idosos/cuidadores informais e os seus profissionais de saúde que identificam divergências nas metas e valores de gestão de medicamentos, além de uma falha na centralização no utente.

Considerando o risco de danos associados aos medicamentos, a polifarmácia exige uma comunicação profissional eficaz e uma gestão colaborativa dos medicamentos (Wong, 2020). Esta envolve uma abordagem interprofissional centrada no paciente para otimizar a gestão de medicamentos e as decisões de tratamento, minimizando os danos relacionados aos medicamentos, promovendo a adesão aos medicamentos e aumentando a segurança dos medicamentos (DGS, 2017; Wong, 2020).

A necessidade de ajuda no apoio e coordenação da gestão e medicamentos foi referenciada por Pereira, Bieri, Carral, Martins, & Verloo (2022a) e por Previdoli, et al. (2024), como fator de segurança para os idosos, ao terem pessoas próximas, dispostas a ajudar, enquanto outros expressam preocupação com a ideia de se tornarem um fardo. O contacto próximo com médicos locais e

funcionários da farmácia comunitária, é facilitador e o acompanhamento fornecido por profissionais de saúde é descrito como positivo.

Błeszyńska-Marunowska, et al. (2022), no seu estudo defende que a polifarmácia pode ter consequências negativas para a saúde, pelo que devem ser adotadas medidas coordenadas entre médicos e farmacêuticos, no sentido da melhoria da segurança e da qualidade da farmacoterapia nos idosos, referindo ainda que os idosos são os mais suscetíveis de necessitar de cuidados especiais e podem obter maior benefício de intervenções multidisciplinares no domínio da farmacoterapia.

Um estudo descritivo quantitativo de (Ozkan, Taskin Yilmaz, Karakoc Kumsar, & Uyar, 2020), sobre o conhecimento, atitudes e comportamentos relacionados com o uso de medicamentos por idosos com condições crónicas que vivem em casa, revelou que 75% dos participantes afirmaram não ter recebido nenhuma informação sobre o uso de medicamentos; 82% desconheciam os potenciais efeitos colaterais; 68% omitiram algumas doses dos medicamentos; 46% interromperam a medicação sem consultar o médico; 19% não tomam os medicamentos regularmente; 82% usaram outros medicamentos sem o conselho do médico, situações que podem desencadear PRMs (Ozkan, Taskin Yilmaz, Karakoc Kumsar, & Uyar, 2020). Uma menor adesão à terapêutica está associada a uma inadequada gestão diária do regime terapêutico, baseada em falsas crenças e pelos comportamentos em relação aos medicamentos dos idosos, segundo o estudo de Mó, et al. (2020).

Wilder, et al. (2021) procuraram estabelecer uma relação entre determinantes sociais de saúde e adesão à medicação, tendo verificado que os determinantes sociais adversos estavam associados a uma menor adesão. Para fatores específicos de determinantes sociais de saúde, apenas a insegurança alimentar e a instabilidade habitacional foram correlacionadas com baixa adesão à medicação. A insegurança alimentar foi associada a uma menor adesão à medicação, no sentido em que a falta de alimentos resulta em priorização das necessidades básicas de sobrevivência em detrimento de outras. A instabilidade habitacional também foi associada a uma adesão mais baixa à medicação. Este estudo evidencia que para melhorar a adesão à terapêutica, temos de ter em conta um contexto mais amplo da pessoa e basear as intervenções e políticas em abordagens que incluam os determinantes sociais de saúde adversos que dificultam a adesão à terapêutica.

Através dos resultados obtidos nesta revisão, identificaram-se como estratégias para melhorar a gestão de medicamentos o acompanhamento de gestão da medicação por um profissional de saúde comunitário, assumindo uma responsabilidade abrangente e capacitar idosos e seus cuidadores informais na gestão de medicamentos após a alta hospitalar. Através de uma abordagem conjunta de empoderamento e monitorização, com um profissional de saúde comunitário responsável, que pode ser facilitador na gestão complexa da medicação e a tomada de decisões partilhada, permitindo o

controlo da sua própria saúde (Pereira F. , Bieri, Carral, Martins, & Verloo, 2022a). O mesmo estudo evidencia que os Enfermeiros são os profissionais que mais interagem com todos os envolvidos na gestão de medicamentos, devido à sua proximidade com o utente e restantes profissionais. Num outro estudo da mesma autora, também em 2022, através da perspetiva do Modelo de Sistema de Neuman, os Enfermeiros comunitários, podem contribuir significativamente para prevenir internamentos hospitalares, readmissões, institucionalizações e mortes precoces, além de reduzir os custos para o sistema de saúde. Foi ainda apresentado, como estratégias adotadas pelos utentes para lidar com esta problemática, estabelecer uma rotina individual; confiar e deixar de lado certas tarefas e responsabilidades, nomeadamente da gestão de medicamentos e mobilizar o autoconhecimento e as experiências para manter o controlo da gestão de medicamentos (Pereira, Bieri, Martins, Carral, & Verloo, 2022b).

Antecipar com a prevenção, foi uma estratégia sugerida no estudo de Dixe, et al. (2023), antes da diminuição das capacidades cognitivas e do aumento da fragilidade, reduz custos para as famílias, para o sistema de saúde e sociedade, conduzindo à melhoria da qualidade de vida dos idosos. Os autores deste estudo recomendam a adoção de estratégias que permitam reduzir os fatores de risco modificáveis e sugerem reduzir o uso excessivo de medicamentos e evitar a sua subutilização, para diminuir o risco de PRMs e potenciar a adesão à medicação.

Para Bleszyńska-Marunowska, et al. (2022), a redução da polifarmácia inadequada é um importante objetivo de saúde pública identificado pela OMS como Terceiro Desafio Mundial para a Segurança dos Doentes: Medicação Sem Danos e está associada a um menor risco de reações adversas a medicamentos e hospitalizações em idosos.

Mó, et al. (2020), enfatizou que a criação de estratégias educativas direcionadas aos idosos, que estimulem uma melhor gestão dos medicamentos e promovam o empoderamento dos utentes, sendo isso essencial para melhorar a adesão à medicação e aumentar a segurança.

Esteves (2023), vem reforçar a necessidade de uma comunicação em saúde clara e acessível para que a intervenção dos profissionais de saúde, enquanto agentes de mudança de comportamento, seja mais eficiente e segura. Devido aos baixos níveis de literacia em saúde que se registam em Portugal, de acordo com o estudo desta autora, diferentes apresentações na rotulagem e no *design* da embalagem afetam significativamente a precisão e a eficiência da tomada de decisões dos doentes sobre a medicação, nomeadamente conhecer a sua indicação terapêutica e respetiva posologia, pelo que a aposta deve ser na uniformização do *design* da embalagem.

Estas estratégias são corroboradas por Tomlinson, Silcock, Smith, Karban, & Fylan (2020), o seu estudo destacou o internamento hospitalar como o momento com maior risco de comprometimento da gestão do regime terapêutico. A transferência do hospital para o domicílio é marcada por uma rutura nas rotinas, capacidades e conhecimentos e, portanto, para ser possível obter uma gestão terapêutica bem-sucedida no momento após a alta, é necessária uma comunicação apropriada durante todo o internamento hospitalar (incluindo a alta) e partilhar a tomada e decisões entre o utente/famíliares e profissionais de saúde, envolvendo os pacientes como parceiros nos seus cuidados.

A gestão segura de medicamentos é especialmente desafiadora entre idosos polimedicados que vivem em casa após a alta hospitalar. Os gestores de Enfermagem de cuidados comunitários podem desempenhar um papel fundamental na prevenção de internamentos hospitalares, readmissões, institucionalizações e mortes precoces, além de ajudar a reduzir os custos com o sistema de saúde (Pereira, Bieri, Martins, Carral, & Verloo, 2022b).

CONCLUSÃO

Os resultados desta revisão integrativa da literatura evidenciam a existência de fatores e necessidades não atendidas, que influenciam a adesão ao regime medicamentoso, bem como as estratégias desenvolvidas para evitar danos e otimizar a gestão do regime terapêutico em idosos com polifarmácia no seu domicílio.

Utentes com baixos níveis de Literacia em Saúde possuem três vezes mais probabilidade de interpretar erradamente os rótulos das embalagens dos medicamentos, sendo por isso importante: uniformizar o *design* da embalagem e o profissional ter uma comunicação em saúde clara e acessível, apropriada (durante o internamento hospitalar, incluindo a alta) e partilhar a tomada de decisões entre o utente/famíliares e profissionais de saúde.

Os idosos devem estar envolvidos em todas as fases do processo, é importante ter uma abordagem centrada na pessoa, tendo em conta o idoso como pessoa com capacidade de tomar decisões autónomas e considerando as necessidades percebidas de idosos e cuidadores, atendendo às suas preferências, valores e metas. O que conduz ao aumento do bem-estar e da satisfação. Bem-estar e satisfação promovem melhor adesão ao regime medicamentoso e comportamentos de autogestão em pessoas com doenças crónicas.

Conclui-se que o desenvolvimento de um modelo de gestão de medicamentos que seja centrado no utente, interprofissional e colaborativo é fundamental para prevenir problemas relacionados com a medicação. A prevenção, antes da diminuição das capacidades cognitivas e do aumento da fragilidade, não apenas melhora a qualidade de vida dos idosos, mas também contribui para a redução de custos

para as famílias, o sistema de saúde e a sociedade em geral. Desta forma, investir em tecnologias e práticas preventivas é uma estratégia inteligente e necessária para enfrentar os desafios do envelhecimento populacional.

A capacitação e o empoderamento são considerados essenciais para melhorar a adesão ao regime medicamentoso, permitindo um controlo sobre a sua saúde e aumentar a segurança. O Enfermeiro comunitário detém uma posição privilegiada que permite gerir esta problemática, devido à proximidade com o utente e restantes profissionais.

Os estudos sobre a gestão do regime medicamentoso em idosos polimedicados, ao revelarem fatores que interferem com a adesão e as estratégias de intervenção, sustentam um caminho para melhorar a saúde e o bem-estar dos idosos. Aplicando os conhecimentos obtidos, é possível desenvolver práticas mais seguras, políticas de saúde mais eficazes e uma melhor qualidade de vida para a população idosa.

As limitações do estudo são decorrentes da dimensão da amostra bibliográfica e da heterogeneidade dos estudos. A pesquisa incluiu estudos em português e inglês, não identificando estudos publicados em outras línguas.

No que respeita à aplicabilidade destes resultados consideramos a formação de profissionais de saúde; programas de educação para utentes idosos e cuidadores e a integração de cuidados multidisciplinares. Evidenciando implicações significativas na melhoria da qualidade de vida, pela redução de efeitos adversos e maior adesão ao regime medicamentoso; na redução de custos de saúde e otimização de recursos, bem como no desenvolvimento de políticas de saúde baseadas em evidências.

Trabalhos anteriores enfatizaram que as pessoas idosas que vivem com fragilidade querem estar envolvidas nos seus cuidados, no entanto, importa clarificar como e de que forma se podem envolver estes utentes. E ainda aprofundar a temática da reconciliação terapêutica com programas de revisão terapêutica nas instituições de saúde.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bleszyńska-Marunowska, E., Jagiełło, K., Grodzicki, T., Wierucki, Ł., Sznitowska, M., Kalarus, Z., . . . Zdrojewski, T. (2022). Polypharmacy among elderly patients in Poland: prevalence, predisposing factors, and management strategies. *Polish Archives of Internal Medicine*, 132 (12). doi:10.20452/pamw.16247
- Camarneiro, A. P. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência* (Série V, nº7: e20145). doi:DOI: 10.12707/RV20145
- DGS. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Lisboa. Obtido de <https://www.anmp.pt/wp-content/uploads/2020/03/198a.pdf>
- DGS. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Lisboa. Obtido de <https://www.anmp.pt/wp-content/uploads/2020/03/198a.pdf>

- Dixe, M. D., Pinho, J., Pereira, F., Verloo, H., Meyer-Masseti, C., & Pereira, S. G. (2023). Patterns of Medication Management and Associated Medical and Clinical Features among Home-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study in Central Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 1701. doi:10.3390/ijerph20031701
- Esteves, S. L. (2023). A importância da literacia em saúde na gestão do regime terapêutico: Um instrumento facilitador à adesão do medicamento. *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*, 1
- Ladeiro, F., Magalhães, A. C., Costa, D., & Vidal-Castro, J. (2019). Medida de Adesão Terapêuticas em Idosos: Um Estudo em Três Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. *Gazeta Médica*, 6. Obtido de <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/261/154>
- Luz, E., Bastos, F., & Vieira, M. (2020). Construção e validação da Escala de Empowerment Individual no contexto da doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. V(3). Obtido de <https://www.redalyc.org/journal/3882/388264768003/388264768003.pdf>
- Mó, R., Plácido, A. I., Herdeiro, M. T., Martins, C., Carlos, R., Morgado, M., & Roque, F. (2020). Avaliação da gestão e da adesão ao regime terapêutico em idosos polimedicados numa região da Beira Interior, Portugal. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 9, 2, 3-15. Obtido de <https://actafarmacêuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/218>
- Nunes, C. A. (janeiro de 2020). Adesão à Terapêutica na Doença Crónica: Literacia em Saúde, Crenças sobre Medicamentos e Fontes de Informação em Saúde
- OMS. (2016). Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care
- OMS. (2019). Medication Safety in Polypharmacy - technical report. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>
- Ozkan, I., Taskin Yilmaz, F., Karakoc Kumsar, A., & Uyar, K. (2020). Knowledge, Attitude and Behaviours regarding Medication Use in Elderly with Chronic Diseases in Turkey. *Elder. Health J*(6, 42–49)
- Page, M. J., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, 71. doi:10.1136/bmj.n71
- PDRNCCI 2016-2019. (s.d.). Obtido em 21 de março de 2024, de <https://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019/c5053a1b-582a-40f0-b601-cc1bb6f29a6e>
- Pereira, F., Bieri, M., Carral, M. d., Martins, M. M., & Verloo, H. (2022a). Collaborative medication management for older adults after hospital discharge: a qualitative descriptive study. *21*, 284. doi:10.1186/s12912-022-01061-3
- Pereira, F., Bieri, M., Martins, M. M., Carral, M. D., & Verloo, H. (2022b). Safe Medication Management for Polymedicated Home-Dwelling Older Adults after Hospital Discharge: A Qualitative Study of Older Adults, Informal Caregivers and Healthcare Professionals' Perspectives. *Nursing reports*, 12, 403-423. doi:10.3390/nursrep12020039
- Previdoli, G., Alldred, D., Silcock, J., Tyndale-Biscoe, S., Okeowo, D., Cheong, V.-L., & Fylan, B. (2024). 'It's a job to be done'. Managing polypharmacy at home: A qualitative interview study exploring the experiences of older people living with frailty. *Health Expectations*, 27. doi:10.1111/hex.13952
- Ribeiro, M. d. (2023). Promoção da literacia para a gestão do regime terapêutico: Mais conhecimento, melhor saúde. Setúbal. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45412/1/Relat%3%b3rio%20Vers%3%a3o%20definitiva.pdf>
- Sales, L., Coelho, A., Graça, A., & Paulino, E. (2021). *Segurança na Medicação. Em F. Barroso, S. Ramos, & L. Sales, Guia Prático Para a Segurança do Doente*. Lidel.
- Sequeira, C. (2018). Cuidar de idosos com dependência física e mental. 2ª edição. Coimbra: Quarteto Editoria
- Simões, C. d. (setembro de 2023). Prevenção do risco associado à polimedicação e gestão segura. Coimbra.
- Tomlinson, J., Silcock, J., Smith, H., Karban, K., & Fylan, B. (2020). Post-discharge medicines management: the experiences, perceptions and roles of older people and their family carers. *Health Expectations*, 1603–1613. doi:10.1111/hex.13145
- WHO. (16 de setembro de 2023). Doenças não comunicáveis. Obtido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Wildner, M. E., Kulie, P., Jensen, C., Levett, P., Blanchard, J., Dominguez, L. W., . . . McCarthy, M. L. (2021). The Impact of Social Determinants of Health on Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-analysis. *JGIM*, pp. 1359-1370. doi:10.1007/s11606-020-06447-0
- Wong, C. (2020). Medication-related problems in older people: how to optimise medication management. *Hong Kong Medical Journal*(26(6):510

ANEXO 1 – Pesquisa nas bases de dados

PUBMED

Fórmula de pesquisa:

(elderly[Title/Abstract] AND (therapeutic regimen management[Title/Abstract] OR polypharmacy[Title/Abstract] OR nurs*[Title/Abstract] OR empowerment[Title/Abstract]) AND (residence[Title/Abstract] OR domicile[Title/Abstract])) OR (Aged AND (medication adherence OR medication therapy management OR treatment adherence and compliance OR polypharmacy OR nurs* OR empowerment) AND housing[MeSH Terms])

Opções selecionadas:

- Text availability: Free full text
- Publication date: 5 years
- Article Language: English, Portuguese

*132 resultados

History and Search Details				Download	Delete
Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#1	...	>	Search: (elderly[Title/Abstract] AND (therapeutic regimen management[Title/Abstract] OR polypharmacy[Title/Abstract] OR nurs*[Title/Abstract] OR empowerment[Title/Abstract]) AND (residence[Title/Abstract] OR domicile[Title/Abstract])) OR (Aged AND (medication adherence OR medication therapy management OR treatment adherence and compliance OR polypharmacy OR nurs* OR empowerment) AND housing[MeSH Terms]) Filters: Free full text, in the last 5 years, English, Portuguese	132	08:44:02

CINAHL

Fórmula de pesquisa:

TI (elderly AND (therapeutic regimen management OR polypharmacy OR nurs* OR empowerment) AND (residence OR domicile)) AND AB (elderly AND (therapeutic regimen management OR polypharmacy OR nurs* OR empowerment) AND (residence OR domicile)) OR MH (Aged AND (medication regimen OR medication management OR polypharmacy OR nurs* OR empowerment) AND home environment)

Opções selecionadas:

- Texto Integral
- Data de Publicação: 2019.01.01-2024.12.31
- Idioma: Inglês e Português

* 21 resultados

Histórico de Pesquisas/Alertas		
Imprimir Histórico de Pesquisas	Criar Pesquisas	Criar ou Alertas
<input type="checkbox"/> Selecionar / Desmarcar todos	<input type="checkbox"/> Pesquisar com AND	<input type="checkbox"/> Pesquisar com OR
<input type="button" value="Atualizar Resultados de Pesquisa"/>		
N.º de identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa
<input type="checkbox"/> S1	TI (elderly AND (therapeutic regimen management OR polypharmacy OR nurs* OR empowerment) AND (residence OR domicile)) AND AB (elderly AND (therapeutic regimen management OR polypharmacy OR nurs* OR empowerment) AND (residence OR domicile)) OR MH (Aged AND (medication regimen OR medication management OR polypharmacy OR nurs* OR empowerment) AND home environment)	Limitadores - Texto Integral, Data de Publicação: 20190101-20241231 Expansores - Apêixes, sinônimos equivalentes Restringir por Language: - português Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Proximidade

APÊNDICE V – Consentimentos informados entregues aos profissionais de saúde e
aos idosos

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

CONSENTIMENTO INFORMADO ENTREGUE AOS PARTICIPANTES PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Por favor, leia com atenção as seguintes informações. Se achar que algo não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concordar com a proposta que lhe é feita, agradecemos a sua assinatura neste documento.

Título do estudo: Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) - Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso.

Enquadramento: O projeto de investigação “Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso”, integra-se no MAIEC Lab do grupo NURSID do Centro de Investigação e Tecnologias da Saúde (CINTES(S), com epicentro da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e é coordenado pelo Prof. Doutor [REDACTED]. Este projeto tem como colaboradoras responsáveis Ana Carina Silva Cabecinhas e [REDACTED], sob orientação da Profª Doutora Teresa Kraus no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária - Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária II da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Explicação do estudo: Nesta etapa do nosso estudo, temos como objetivos: avaliar o nível de empoderamento comunitário relacionado com a adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados, na UCC de Almourol; identificar os focos comunitários comprometidos (liderança, participação e/ou coping) do Processo Comunitário para a adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados, na UCC de Almourol; intervir e avaliar os resultados. Para responder a estes objetivos, pretendemos aplicar a Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAVEC) (Melo et al, 2019), que permite identificar a perceção dos membros desta comunidade face a nove domínios do empoderamento comunitário (a participação, a liderança, as estruturas organizativas, a avaliação dos problemas, a mobilização dos recursos, a capacidade para questionar, as ligações a outras pessoas e organizações, o papel dos agentes externos e a capacidade de gestão do programa/projeto).

A sua participação no estudo, implica que, participe numa sessão de grupo focal com a duração média de 1h30 min, onde terá oportunidade de dar a sua opinião sobre o nível de empoderamento da sua comunidade para a adesão ao regime medicamentoso. Terá sempre o apoio do investigador principal

e/ou colaboradores no processo de diagnóstico, intervenção e avaliação de resultados durante o desenvolvimento deste projeto.

Condições e financiamento: A investigação não oferece nenhum dano ao(s) à(s) participante(s) e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento aos(às) mesmos(as). Será assegurado o direito de resposta a qualquer pergunta a respeito da investigação e dos seus objetivos. Se, no decorrer do procedimento, o/a participante vier a manifestar sua vontade de interromper a sua participação, o investigador atenderá a sua vontade, garantindo ao participante o direito de abandono da mesma sem prejuízo para si. Este estudo foi submetido ao parecer da comissão de ética da ULSMT e teve parecer favorável.

Confidencialidade e anonimato: Durante o processo em curso, e mesmo na redação de artigo(s) em relação aos resultados, será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação do(s) a (as) participantes da investigação.

Grato pela atenção e disponibilidade para colaborar no nosso estudo:

O investigador responsável: Doutor [REDACTED], MAIEC Lab – NursID-CINTESIS | Contacto Tlm: [REDACTED] | endereço eletrónico: [REDACTED]

As colaboradoras responsáveis localmente,

Ana Carina Silva Cabecinhas e [REDACTED] | Contactos Tlm: [REDACTED] e [REDACTED] | endereço eletrónico: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelas investigadoras.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ___ / ___ /20___

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

CONSENTIMENTO INFORMADO ENTREGUE AOS PARTICIPANTES IDOSOS.

Estudo no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária- Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária II.

Por favor, leia com atenção as seguintes informações. Se achar que algo não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concordar com a proposta que lhe é feita, agradecemos a sua assinatura neste documento.

Identificação dos Colaboradores Responsáveis: Ana Carina Silva Cabecinhas e [REDACTED].

Título do estudo: Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso

Estudo descritivo, quantitativo, não experimental, [REDACTED], Portugal.

Introdução e contexto: O projeto de investigação “Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso”, integra-se no MAIEC Lab do grupo NURSID do Centro de Investigação e Tecnologias da Saúde (CINTES(S), com epicentro da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e é coordenado pelo Prof. Doutor [REDACTED]. Este projeto tem como colaboradoras responsáveis Ana Carina Silva Cabecinhas e [REDACTED], sob orientação da Profª Doutora Teresa Kraus no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária - Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária II da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Este estudo irá ser desenvolvido na Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) de [REDACTED] – Unidade de [REDACTED], inserida na Unidade Local de Saúde do Médio Tejo (ULSMT).

O envelhecimento tem associadas múltiplas comorbidades, muitas delas crónicas, que frequentemente implicam a toma de vários medicamentos em simultâneo, denominado por polimedicação, e que se associa a efeitos indesejáveis e evitáveis, colocando a população idosa em situação de maior vulnerabilidade, traduzindo-se em maior dificuldade na adesão à medicação e num aumento de custos para utentes e Sistemas de Saúde.

A gestão eficaz de medicamentos torna-se assim, essencial para responder à problemática, com a adoção de estratégias facilitadoras, conjuntamente com a capacitação e o empoderamento da

população, que permitem contribuir para melhorar a adesão do regime medicamentoso, aumentar a segurança, melhorar a qualidade de vida e obter ganhos em saúde.

Objetivos do estudo: Este projeto está a ser desenvolvido em [REDACTED], com a participação de idosos e profissionais de saúde e objetiva: avaliar o nível de empoderamento comunitário relacionado com a adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados, na UCC de Almourol; identificar os focos comunitários comprometidos (liderança, participação e/ou coping) do Processo Comunitário para a adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados, na UCC de [REDACTED]; intervir e avaliar os resultados, no período de outubro 2024 a fevereiro 2025.

Procedimentos: Inicialmente será aplicado um questionário para medição do nível de empoderamento comunitário, relacionado com a adesão ao regime medicamentoso dos idosos sujeitos a polimedicação, através da identificação da perceção de membros da comunidade quanto aos (9) domínios do empoderamento comunitário (a participação, a liderança, as estruturas organizativas, a avaliação dos problemas, a mobilização dos recursos, a capacidade para questionar, as ligações a outras pessoas e organizações, o papel dos agentes externos e a capacidade de gestão do projeto). Será também aplicado um questionário que identifica o Processo Comunitário, através do reconhecimento das suas dimensões (Liderança comunitária - relacionada com os seus conhecimentos, crenças, aprendizagem de capacidades, volição e comportamentos de adesão; Participação comunitária - relacionada com a comunicação, parcerias e existência de estruturas organizativas; Coping comunitário - relacionado com as suas experiências anteriores, forças e mecanismos de coping comunitário). Para além deste questionário, serão também aplicados, questionários sociodemográficos e a escala MAT (Medida de Adesão aos Tratamentos), integrados no questionário MAIEC (na dimensão "Liderança Comunitária: Conhecimentos"), que avalia o nível de conhecimento dos idosos sujeitos a polimedicação sobre a adesão ao regime medicamentoso e que acrescenta informação pertinente para a estruturação da intervenção junto dos idosos

Elegibilidade: Neste estudo participam utentes da USF de [REDACTED], com 65 ou mais anos, que residam no seu domicílio (a uma distância até ao limite máximo de 5km da unidade UCC de [REDACTED], com um regime medicamentoso com 5 ou mais medicamentos prescritos, sem médico de família, autónomos, sem alterações cognitivas, com domínio da língua portuguesa (leitura, escrita e fala) e com interesse em participar no estudo.

Riscos e benefícios: Não se preveem riscos associados à sua participação neste estudo.

Pagamento ou compensação: A participação no estudo não implica qualquer tipo de despesa financeira, nem receber qualquer tipo de recompensa material ou financeira pela participação neste estudo.

Participação voluntária: A sua participação neste estudo é voluntária, e pode abandoná-la a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si e sem ter de facultar qualquer justificação.

Ética: Este estudo foi submetido à Comissão de Ética da ULS Médio Tejo e obteve o parecer favorável para a sua realização.

Confidencialidade e Proteção de Dados: Toda a informação será confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada, mantendo no decorrer do processo o anonimato dos dados. O acesso aos mesmos será restrito aos investigadores para o presente estudo, que estão obrigados a manter a confidencialidade e anonimato dos dados e para publicação no âmbito académico decorrentes do estágio. Os dados serão armazenados e conservados apenas pelo período necessário para cumprir as finalidades que motivaram a sua recolha e tratamento, ou até cinco anos após a conclusão da recolha de dados, de acordo com a legislação em vigor. Sublinha-se que os nomes dos participantes não serão utilizados, pois será atribuído a cada questionário uma atribuído um código de identificação alfanumérico, que o irá identificar.

Contactos: Caso tenha alguma dúvida sobre a sua participação ou queira desistir do estudo, poderá entrar em contacto com Ana Carina Silva Cabecinhas – [REDACTED], ou [REDACTED].

Declaro ter lido e compreendido as informações que me foram fornecidas pela(s) pessoa(s) acima mencionada(s). Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo “Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso”.

Depois de informado das condições da investigação acima referidas, declaro que fiquei esclarecido e aceito participar neste estudo de forma voluntária.

Sim Não

Data: __/__/__

Nome (conhecido apenas da equipa de investigação): _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura dos investigadores:

[REDACTED]

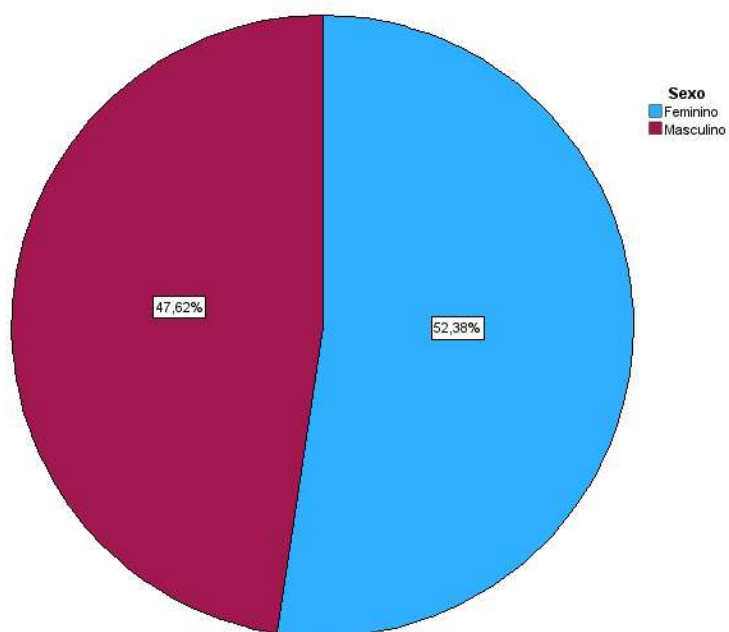
[REDACTED]

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 3 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA AS INVESTIGADORAS, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

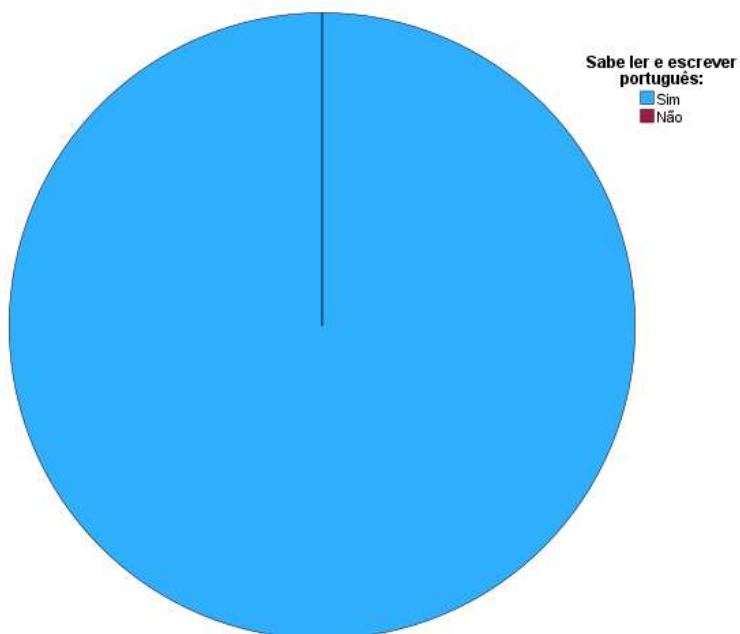
APÊNDICE VI – Tratamento dos dados estatísticos obtidos nos Questionários de
Diagnóstico do Processo Comunitário

Questionário aplicado aos idosos

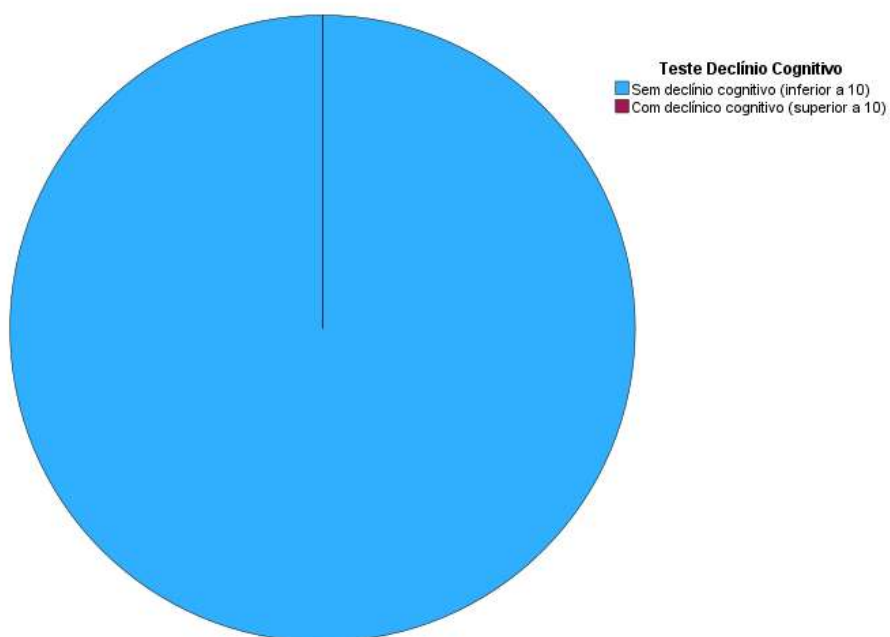
1. Sexo:



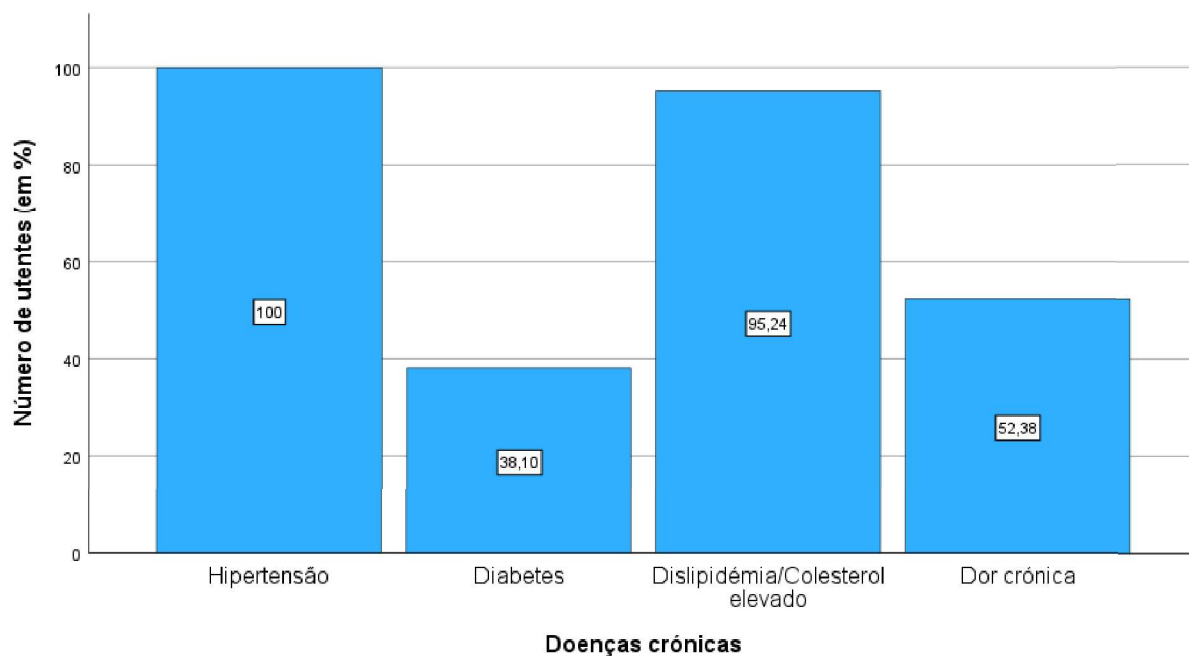
2. Sabe ler e escrever português:



3. Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens



4. Doenças crónicas:

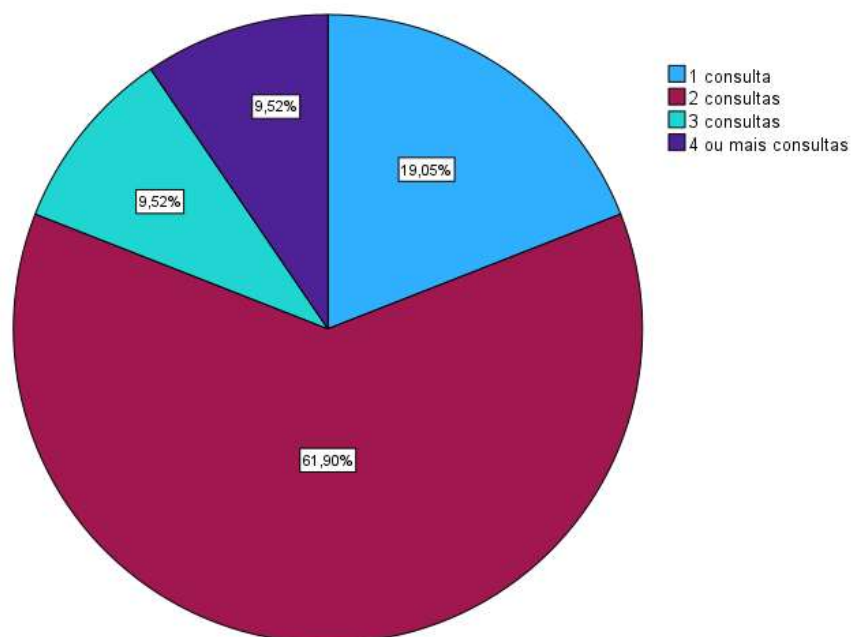


- Cansaço
- Osteoporose
- Alterações da próstata
- Cirurgia a próstata
- Valvulopatia

Outras doenças (resposta livre):

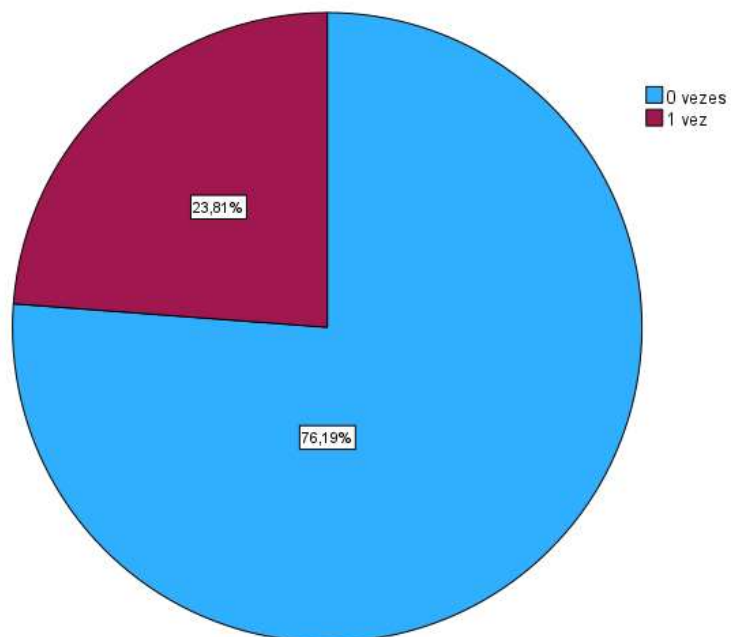
- Bronquite asmática
- Próstata
- Apneia sono
- Asma, mama, coração
- Hiperuricémia

5. No último ano (12 meses) quantas vezes recorreu a uma consulta no seu centro de saúde?



Média	2,10
Desvio padrão	0,831
Moda	2
Mínimo	1
Máximo	4

6. No último ano (12 meses) quantas vezes recorreu ao serviço de urgência?

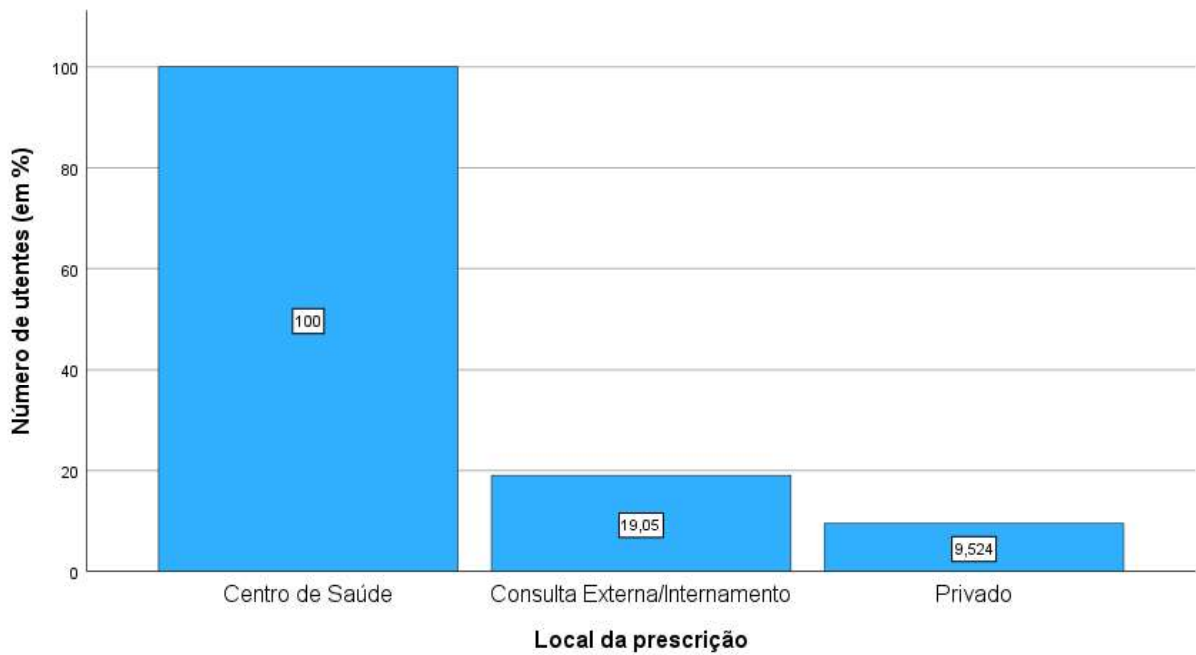


Motivo da ida ao Serviço de Urgência (resposta livre):

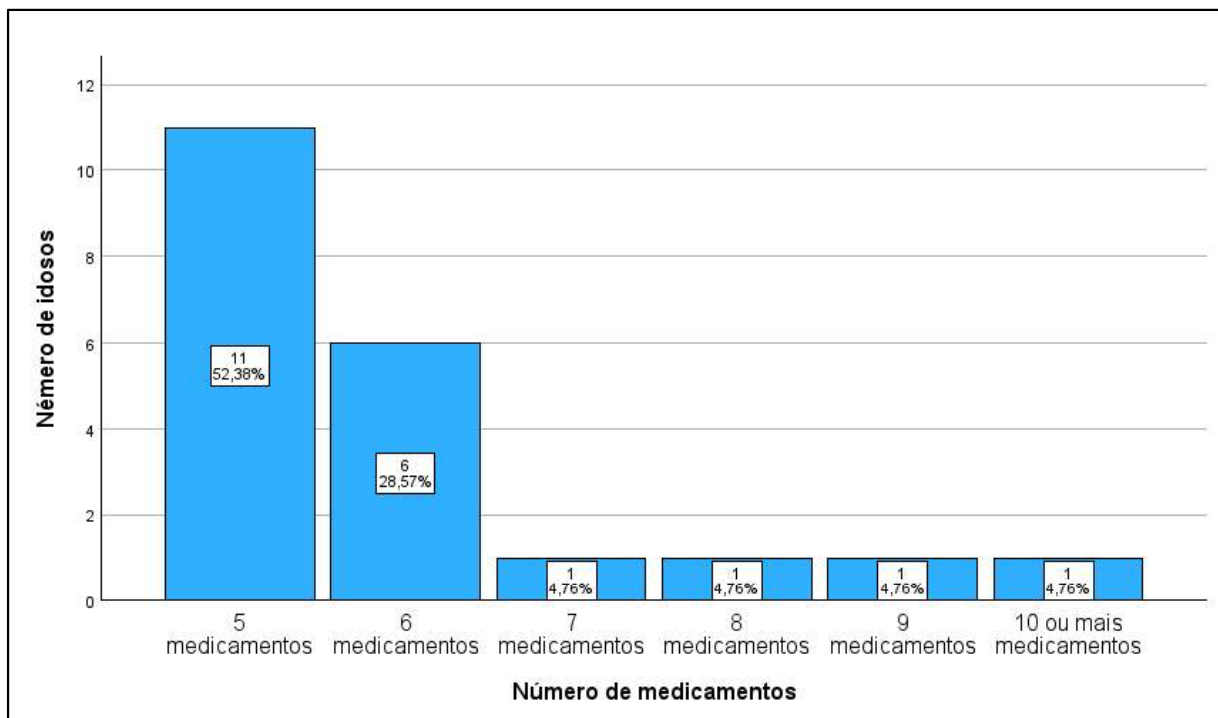
- Dores MI
- Traumatismo joelho
- Fratura do ombro
- Reação medicamento
- Fratura anca

Média	1,24
Desvio padrão	0,436
Moda	1
Mínimo	1
Máximo	2

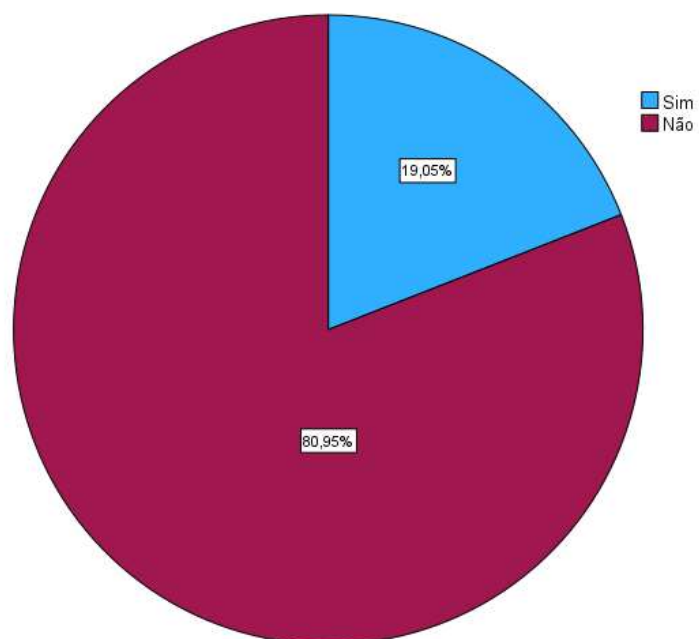
7. No último ano (12 meses) onde lhe foram prescritos medicamentos?



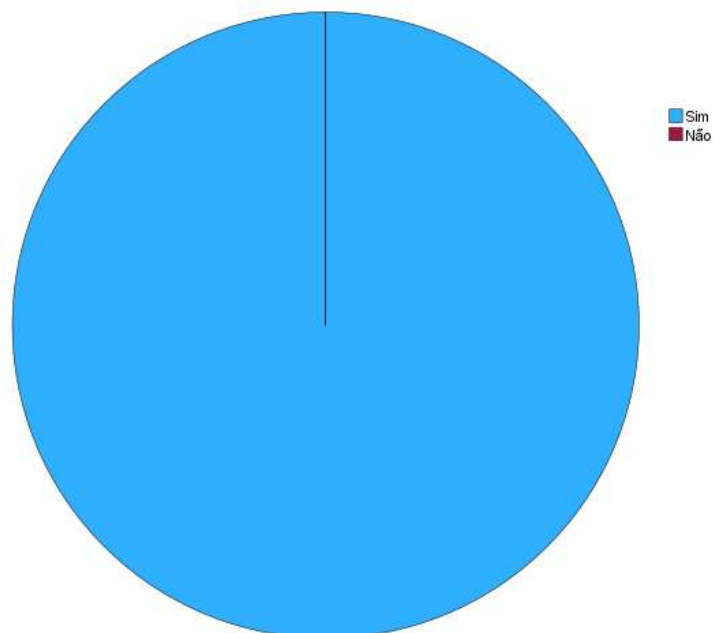
8. Quantos medicamentos diferentes toma por dia?



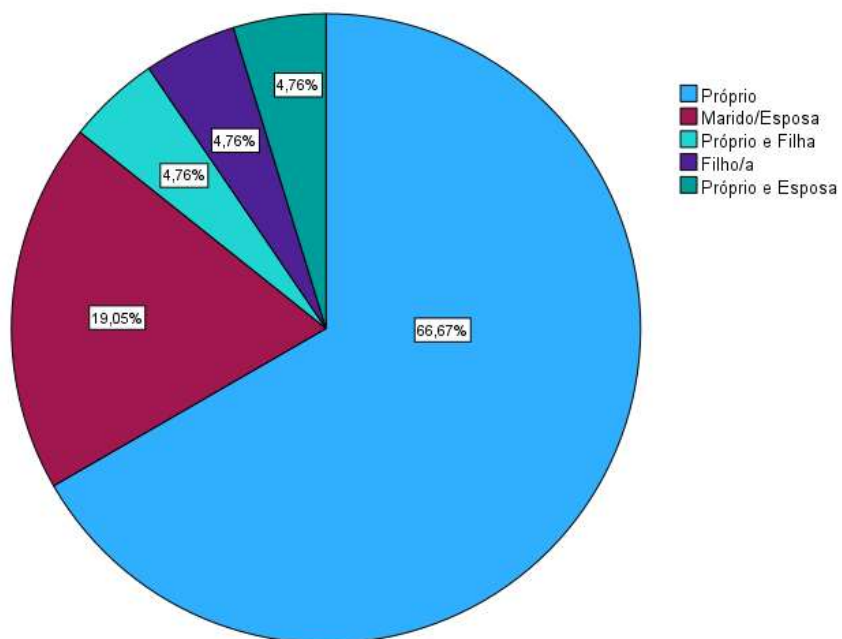
9. Costuma tomar medicamentos que não são prescritos pelo médico?



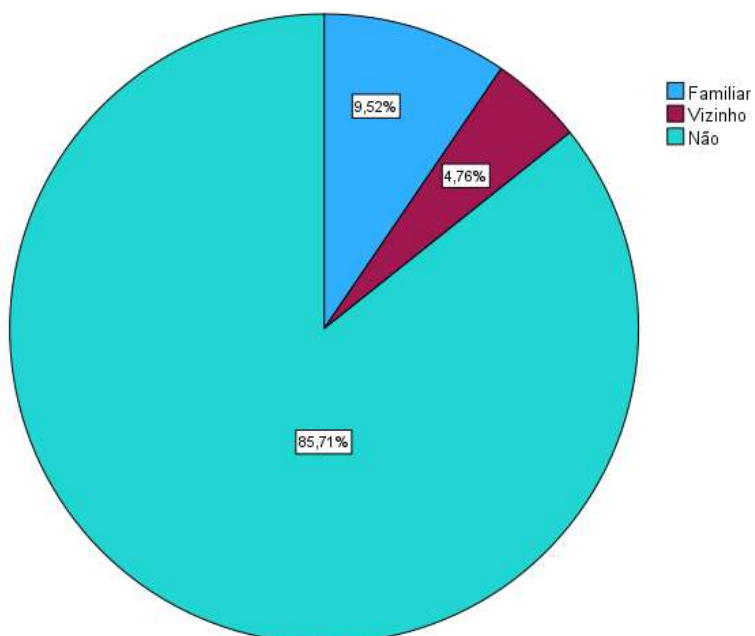
10. Tem uma farmácia habitual/farmacêutico onde habitualmente adquire os seus medicamentos?



11. Habitualmente, quem adquire/compra os medicamentos?

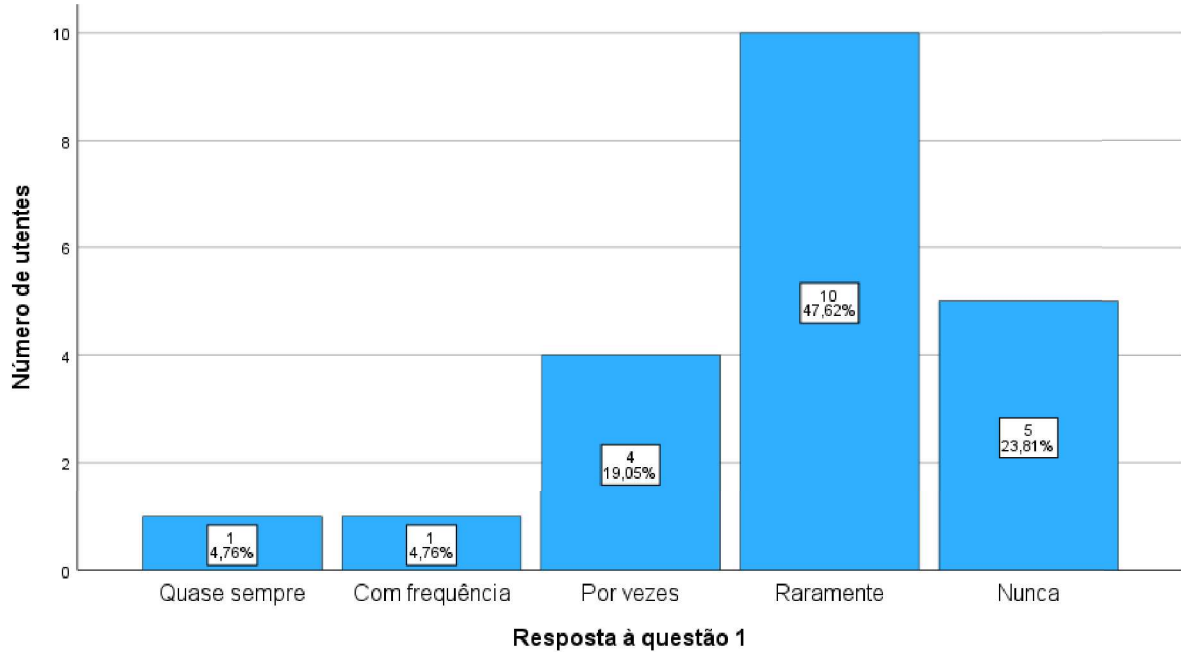


12. Tem ajuda na gestão dos seus medicamentos?

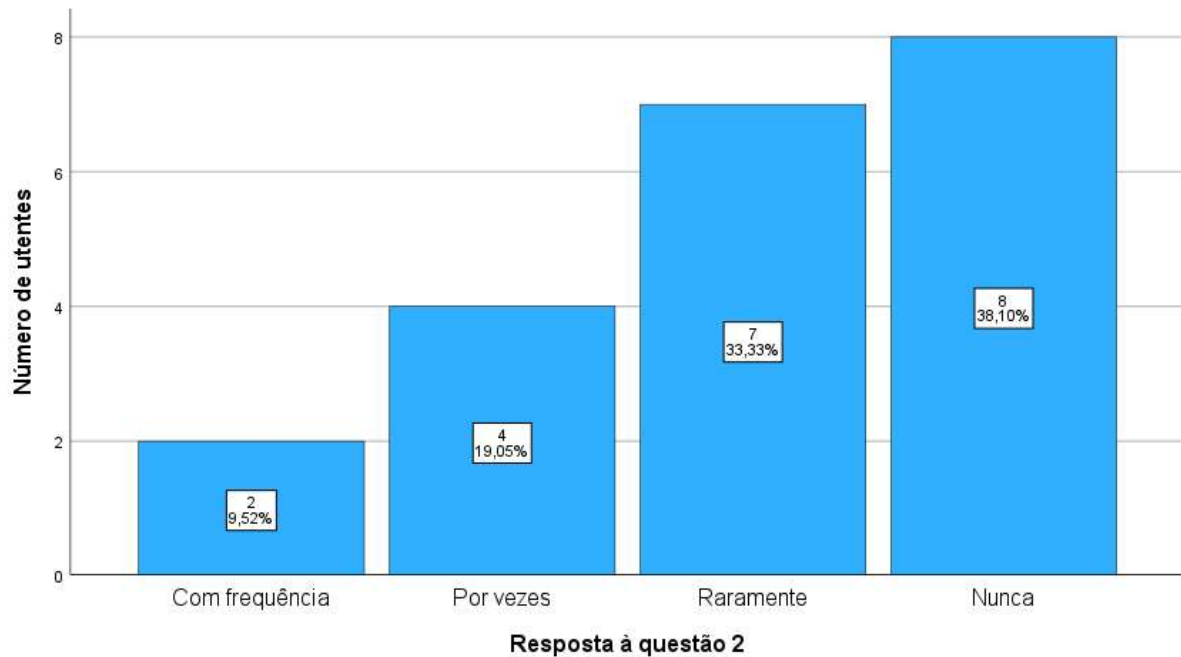


Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

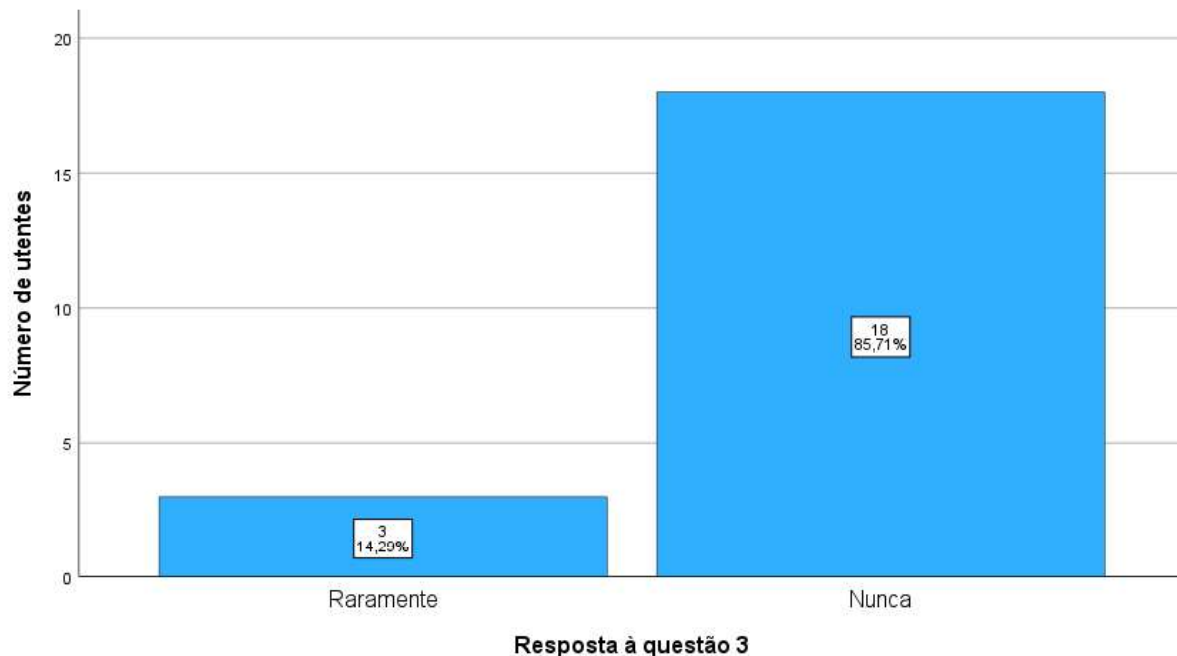
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?



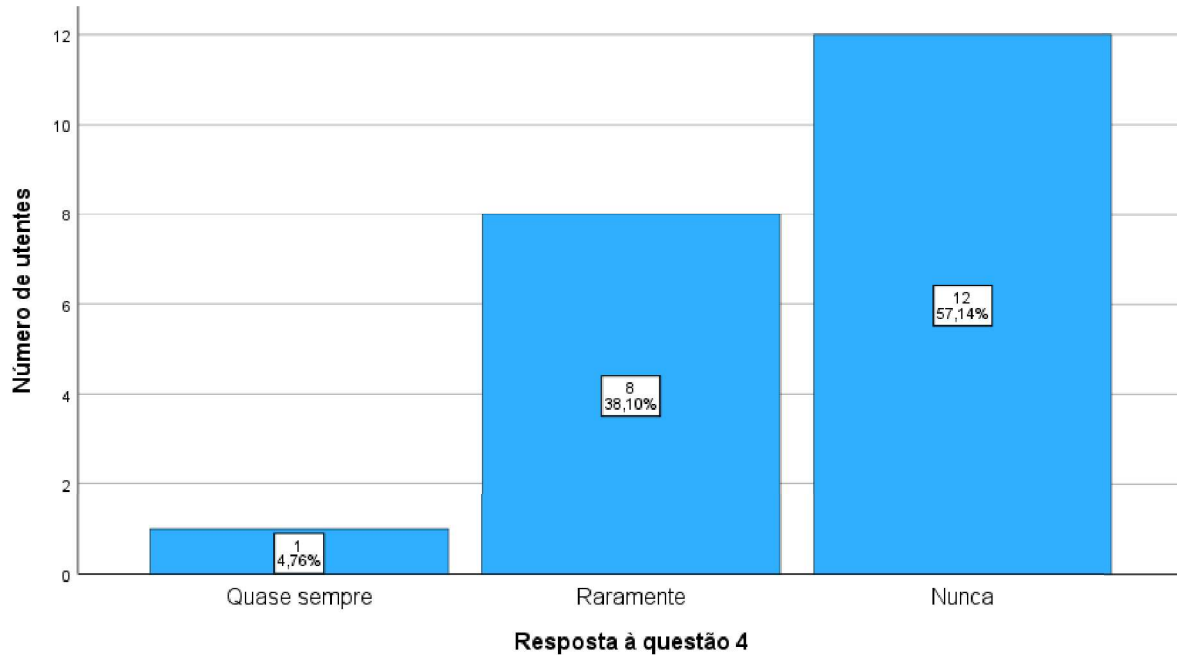
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?



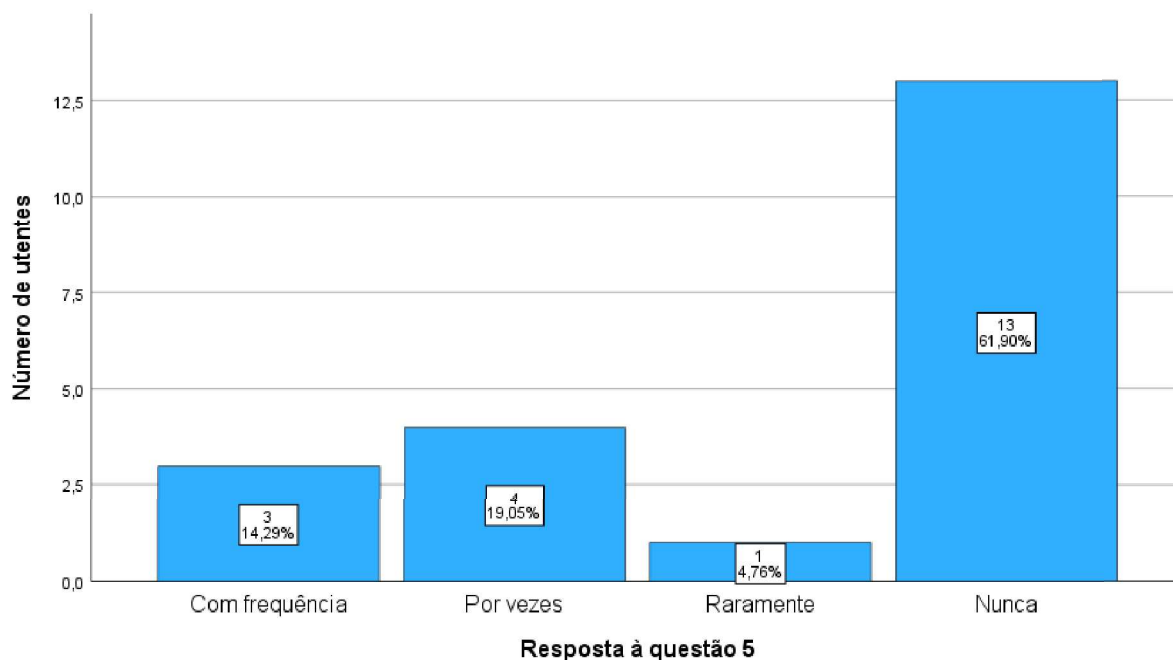
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?



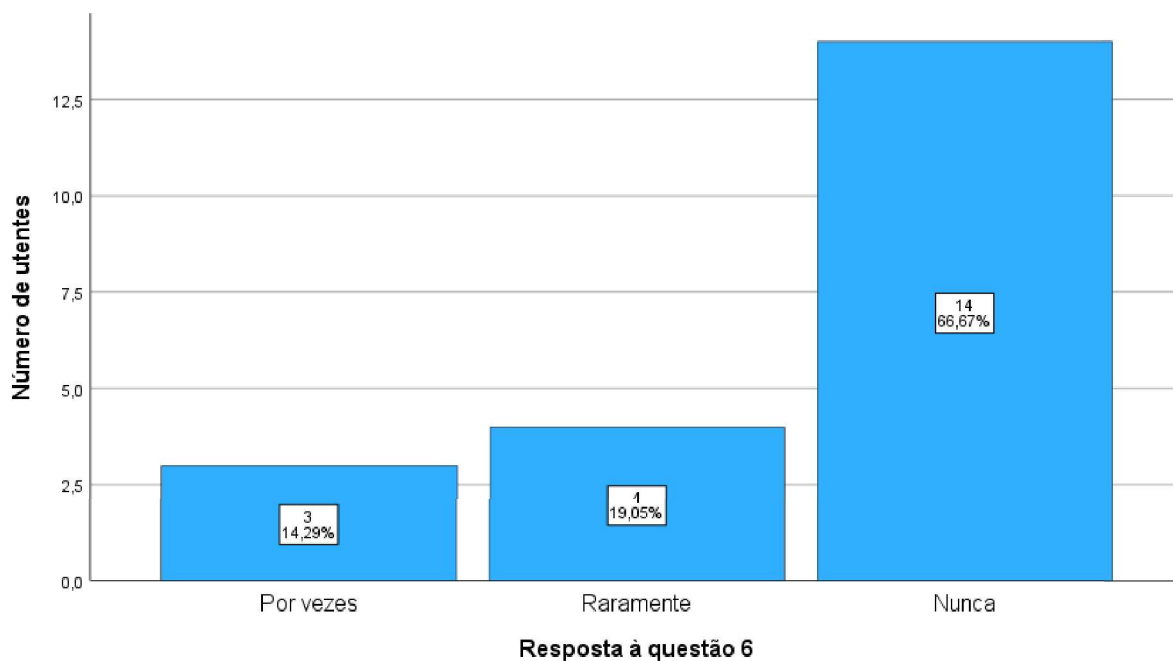
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?



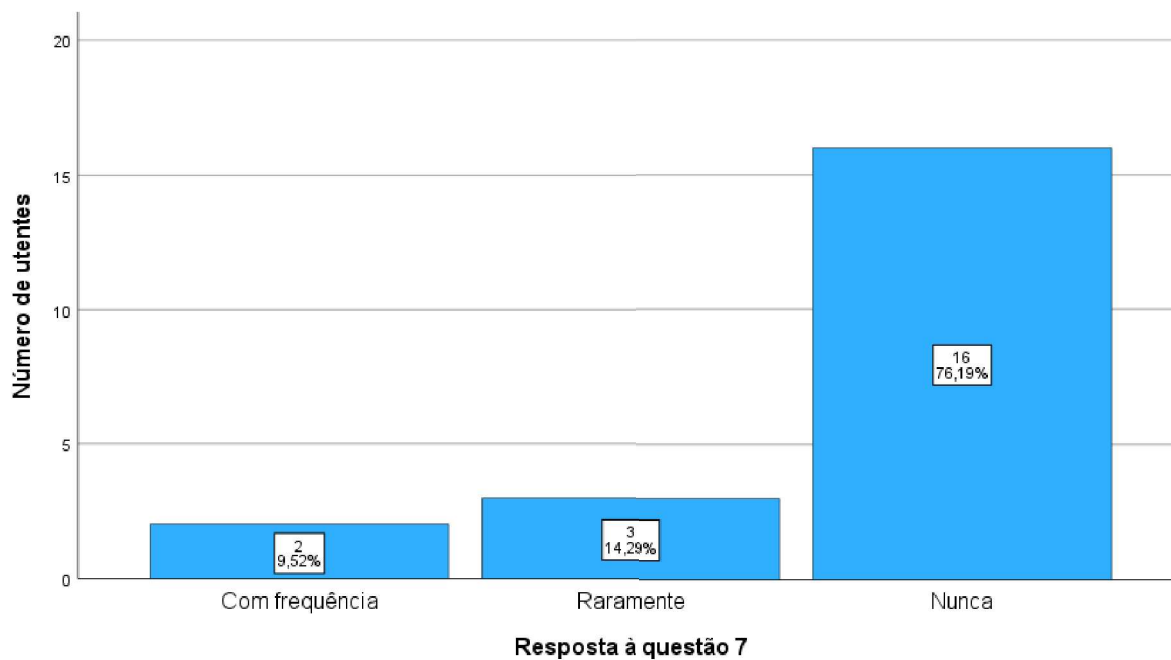
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?



6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

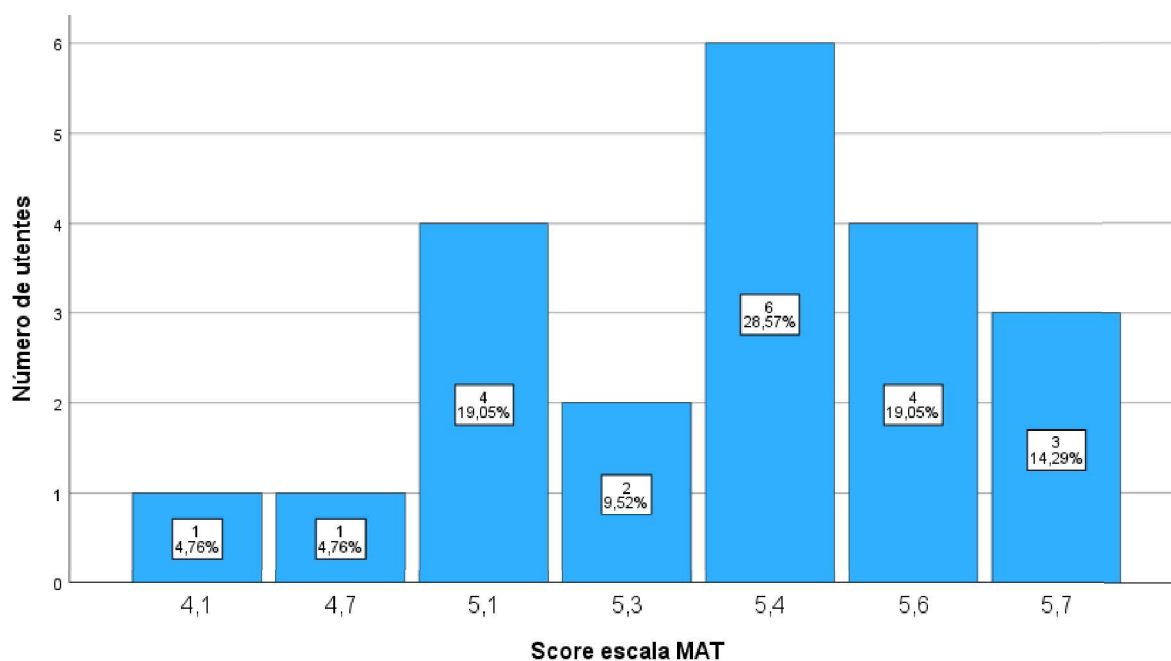


7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?



Score final da escala MAT

Média	5,333
Desvio padrão	0,3651
Mínimo	4,1
Máximo	5,7



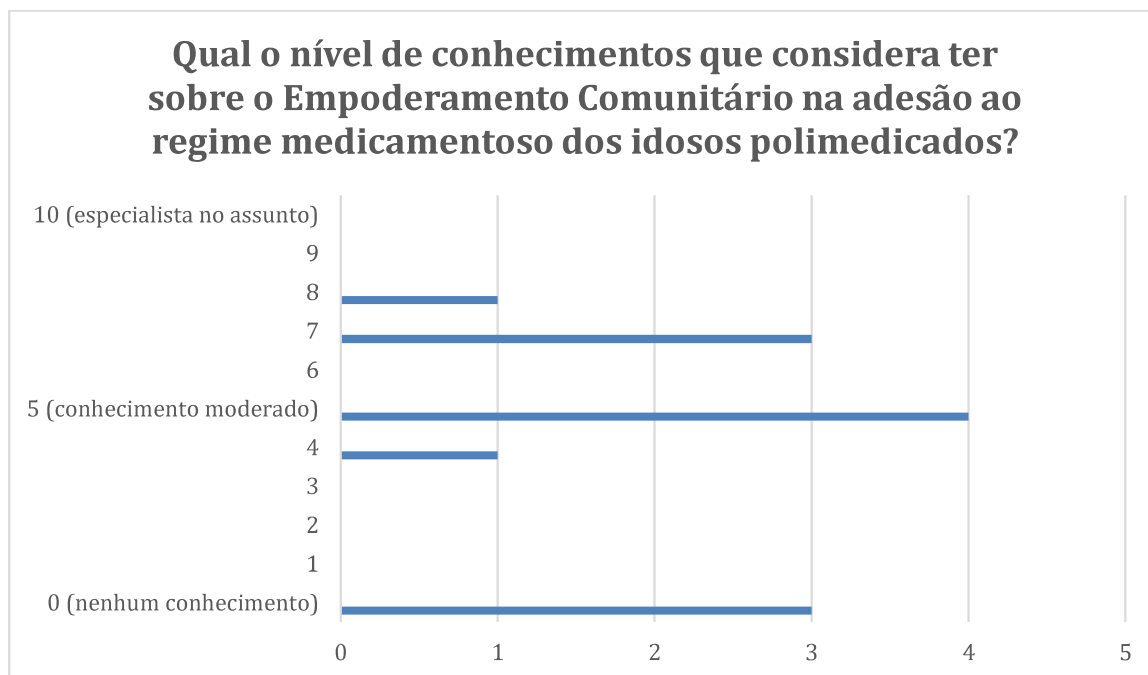
Questionário aplicado aos profissionais de saúde

LIDERANÇA COMUNITÁRIA

Qual o nível de conhecimentos que considera ter sobre o Empoderamento Comunitário na adesão ao regime medicamentoso dos idosos polimedicados?

Média	4,416667
Moda	5
Desvio padrão	2,906367

Qual o nível de conhecimentos que considera ter sobre o Empoderamento Comunitário na adesão ao regime medicamentoso dos idosos polimedicados?	freq	%
0 (nenhum conhecimento)	3	25%
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	1	8%
5 (conhecimento moderado)	4	33%
6	0	0%
7	3	25%
8	1	8%
9	0	0%
10 (especialista no assunto)	0	0%

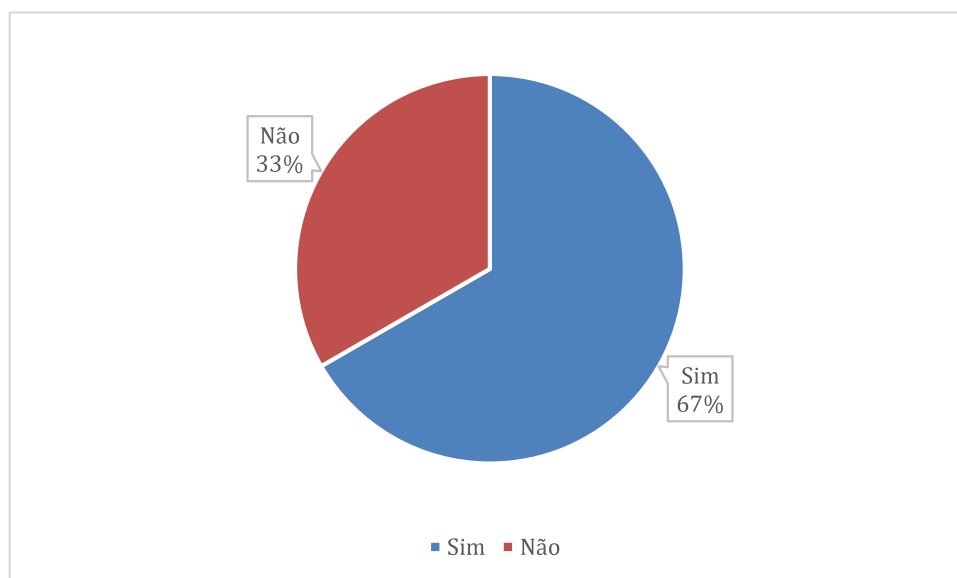


Indique onde adquiriu conhecimentos sobre Reconciliação terapêutica, Discrepância na medicação, Segurança na medicação e Processo de gestão da medicação:

- Numa ou mais formações;
- Em livros e fontes de formação pessoal (por exemplo tutoriais na internet);
- No curso básico de cuidados paliativos e num congresso sobre feridas complexas.
- Na especialidade de saúde mental no estágio da comunidade trabalhando com o utente e seu cuidador
- Na licenciatura em enfermagem
- Nunca fiz nenhuma formação, só do dia a dia profissional
- Além da licenciatura em enfermagem, toda a prestação de cuidados efetuada durante muitos anos consecutivos, a atualização de conhecimentos em jornadas, workshops, a pós-graduação em cuidados continuados assim como o mestrado em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública
- Experiência profissional
- Em livros e fontes de formação pessoal (por exemplo tutoriais na internet)

Questões sobre o dominar para garantir liderança no processo:

1. Considera que a sua unidade tem os recursos adequados para que possa contribuir eficazmente, para a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados?

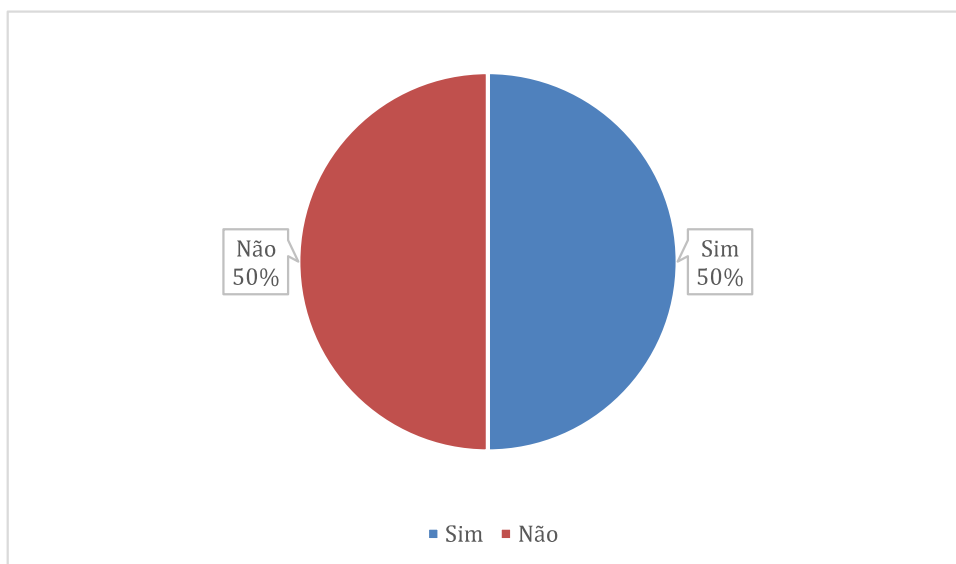


Se respondeu “Não” na questão anterior, indique qual ou quais os recursos que considera ter em falta? (por exemplo, recursos humanos, recursos materiais como computadores, recursos logísticos como carros para deslocação, recursos organizacionais como horários, outros)

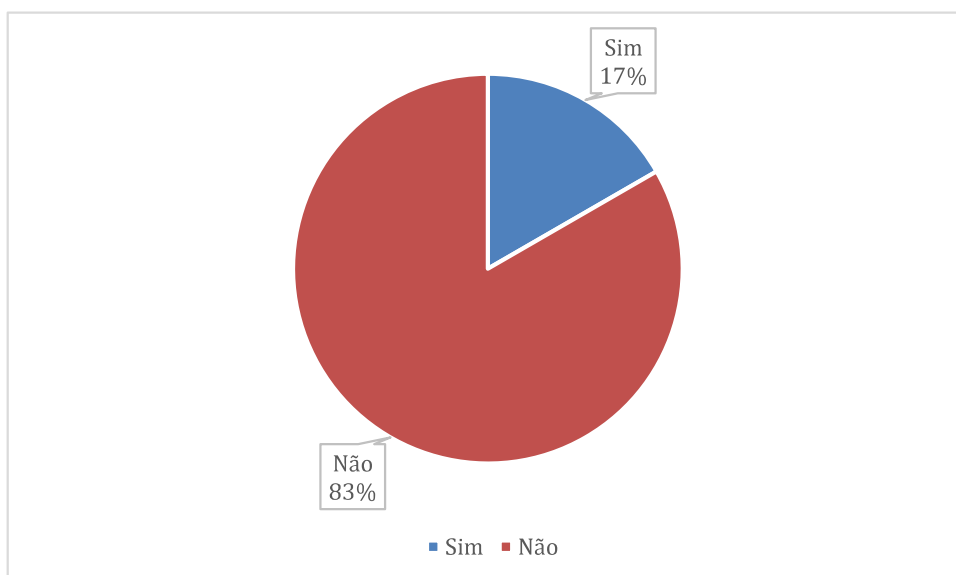
- Principalmente recursos organizacionais com tempo para escutar e estar com o utente - perceber as suas dificuldades face a medicação

- Recursos humanos, horários, viaturas
- Recursos em falta (todos os que estão dados como exemplo)
- Recursos Organizacionais

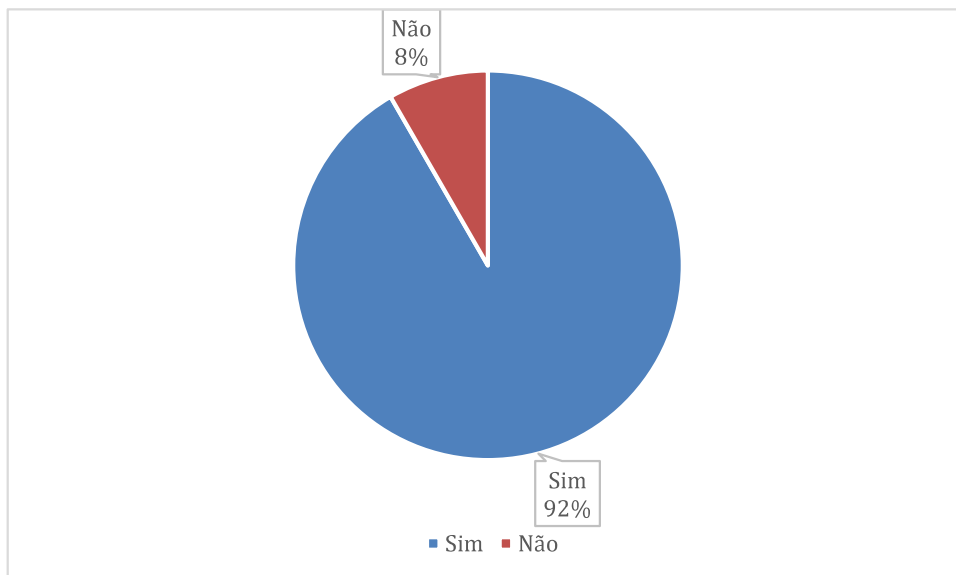
2. Existe na sua unidade um líder formal para a promoção da adesão ao regime medicamentoso dos idosos polimedicados?



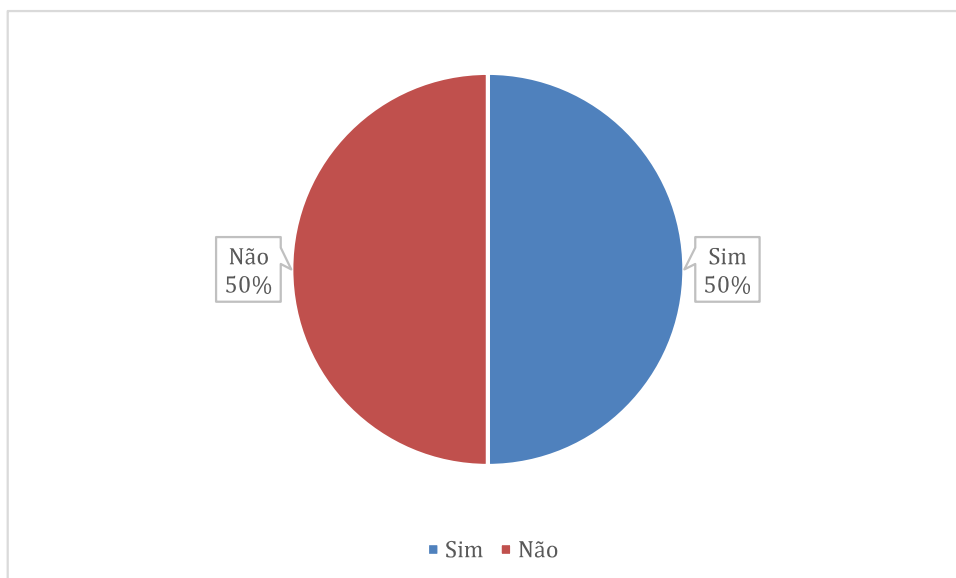
3. Considera que o circuito de comunicação entre a sua unidade e a restante ULS é eficaz para a reconciliação terapêutica nos idosos polimedicados?



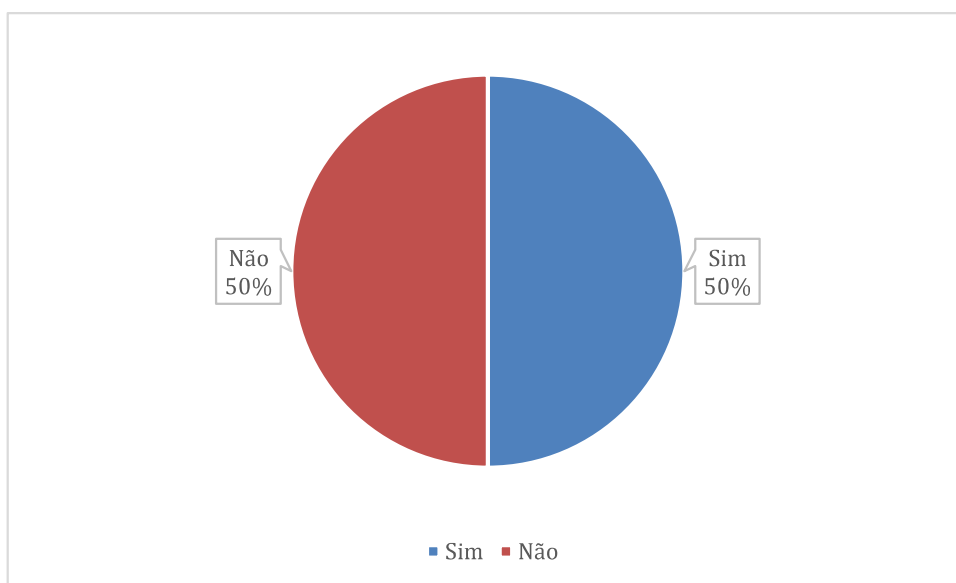
4. Considera importante a existência de parcerias formais que possam melhorar a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados? (por exemplo, uma parceria com uma farmácia, o enfermeiro, o médico, ...)



5. Considera possuir conhecimentos necessários para promover o Empoderamento Comunitário na adesão ao regime medicamentoso dos idosos polimedicados?



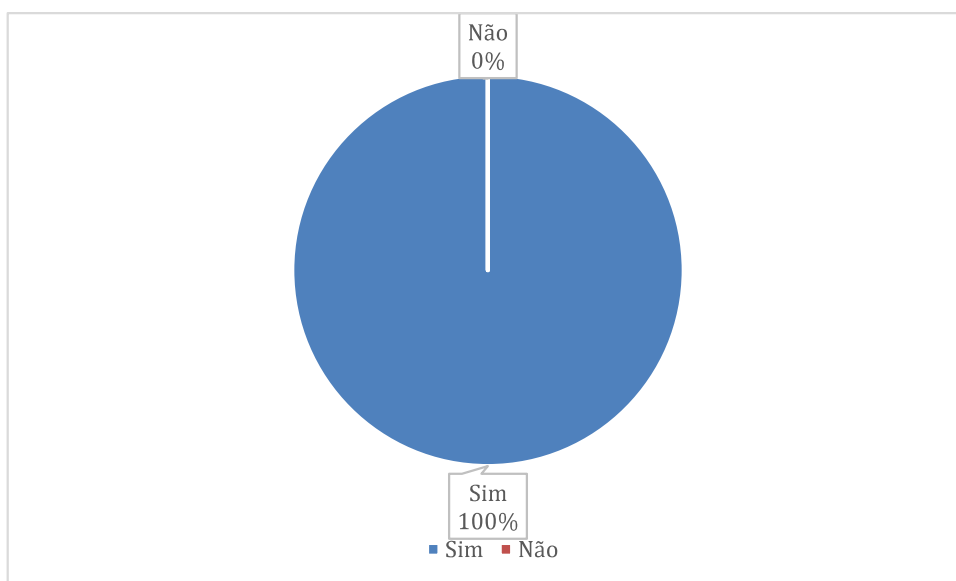
6. Considera ter formação suficiente sobre adesão ao regime medicamentoso, fatores que interferem e estratégias de intervenção?



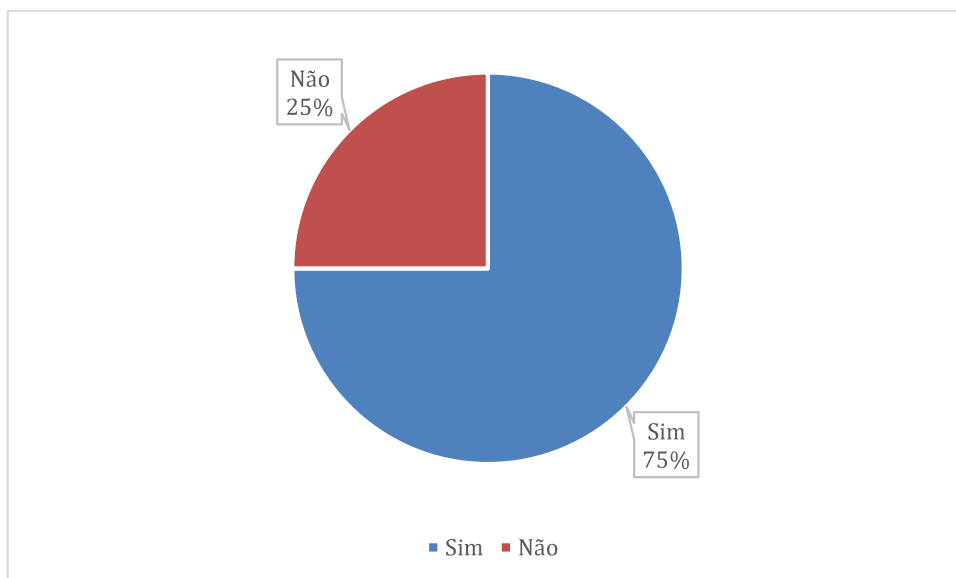
Se respondeu “Não” na questão anterior, quais as necessidades formativas que considera necessitar?

- Formação na área
- Conhecimento de estratégias que possam promover uma maior adesão do utente ao GRT
- Empoderamento Comunitário
- Penso que toda esta formação/informação é indispensável para as equipas que trabalham na comunidade (saúde comunitária)
- Formação relativamente a estratégias de intervenção

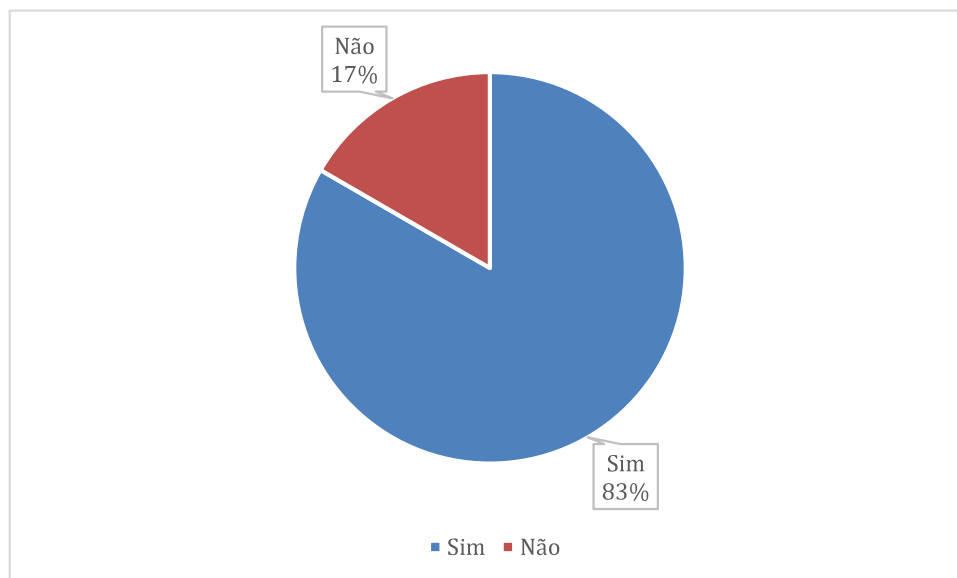
7. Considera que um projeto que promova o Empoderamento Comunitário na adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, resultará em ganhos em saúde?



8. Sente-se motivado/a para participar num projeto da ULSMT, que promova o Empoderamento Comunitário na adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados?



9. Sente que o seu envolvimento num projeto da ULSMT, que promova o Empoderamento Comunitário na adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, possa representar um contributo importante para a melhoria dos indicadores de Saúde Pública?

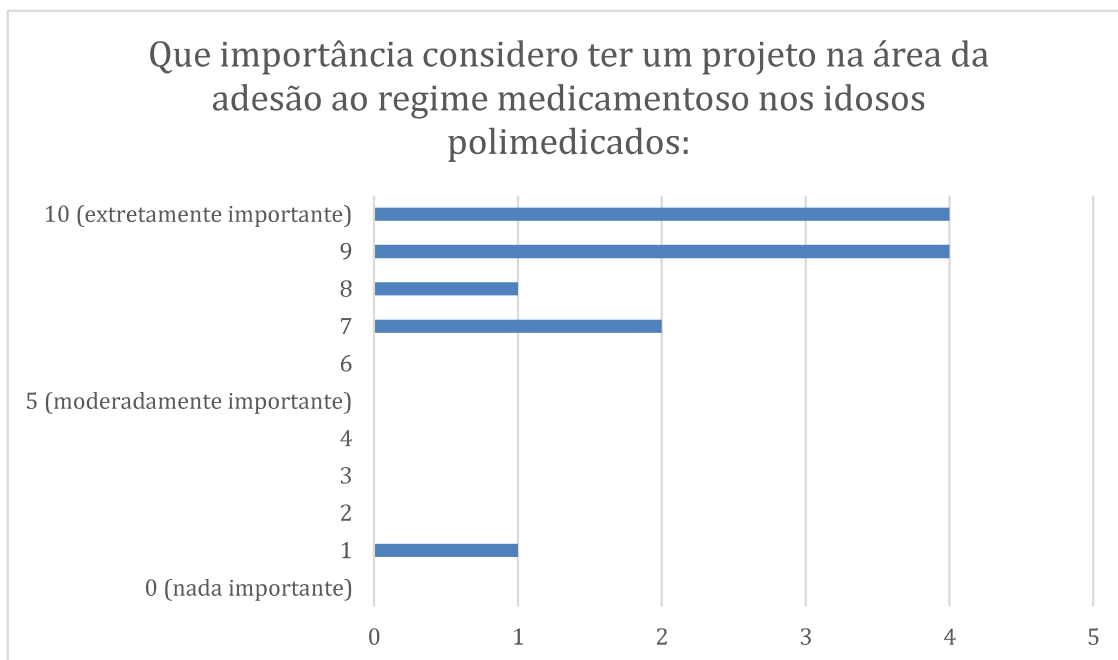


Volição

Que importância considero ter um projeto na área da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados:

Média	8,25
Moda	9
Desvio padrão	2,527126

Que importância considero ter um projeto na área da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados:	freq	%
0 (nada importante)	0	0%
1	1	8%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
5 (moderadamente importante)	0	0%
6	0	0%
7	2	17%
8	1	8%
9	4	33%
10 (extremamente importante)	4	33%



Se respondeu um valor igual ou menor a 5 na questão anterior, que fatores considera potencializar a sua percepção de baixa importância:

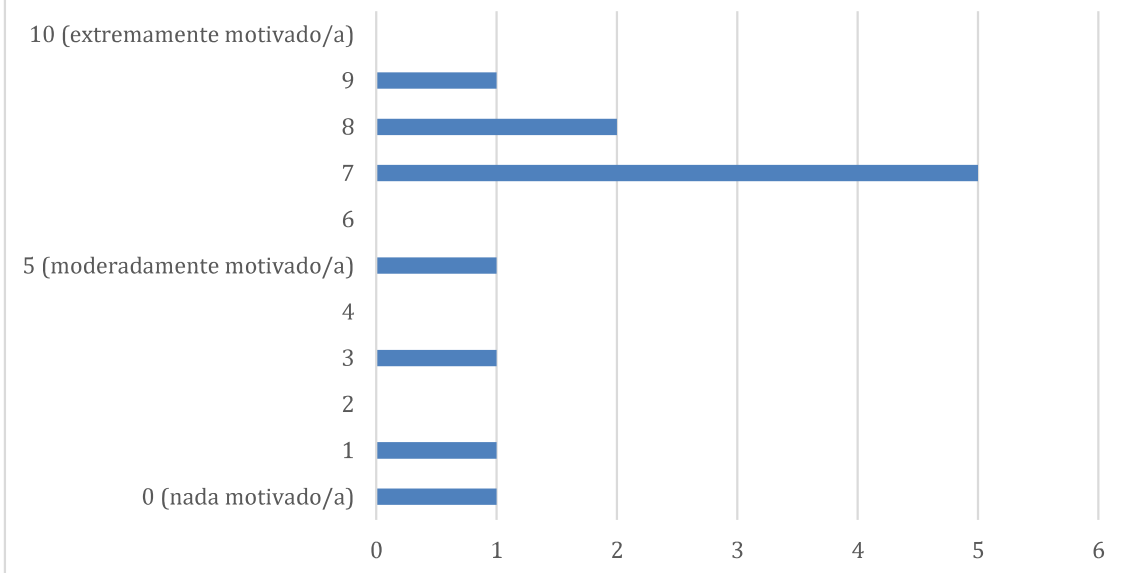
- Será importante para quem trabalha em saúde comunitária

Qual o seu nível de volição (motivação) para participar num projeto na área da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados:

Média	5,75
Moda	7
Desvio padrão	2,895922

Qual o seu nível de volição (motivação) para participar num projeto na área da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados:	freq	%
0 (nada motivado/a)	1	8%
1	1	8%
2	0	0%
3	1	8%
4	0	0%
5 (moderadamente motivado/a)	1	8%
6	0	0%
7	5	42%
8	2	17%
9	1	8%
10 (extremamente motivado/a)	0	0%

Qual o seu nível de volição (motivação) para participar num projeto na área da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados:

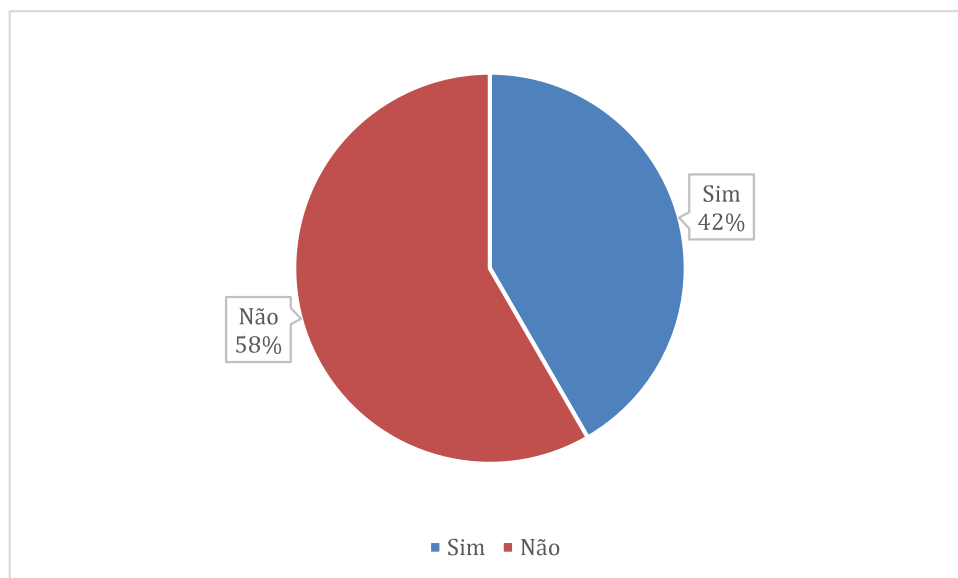


Se respondeu um valor igual ou menor a 5 na questão anterior, que fatores considera potenciar a sua baixa motivação:

- Neste momento estou a prestar cuidados de enfermagem noutras áreas que não envolvem idosos
- Falta de recursos humanos, falta de recursos materiais como viaturas, computadores, gabinetes
- Falta de tempo

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

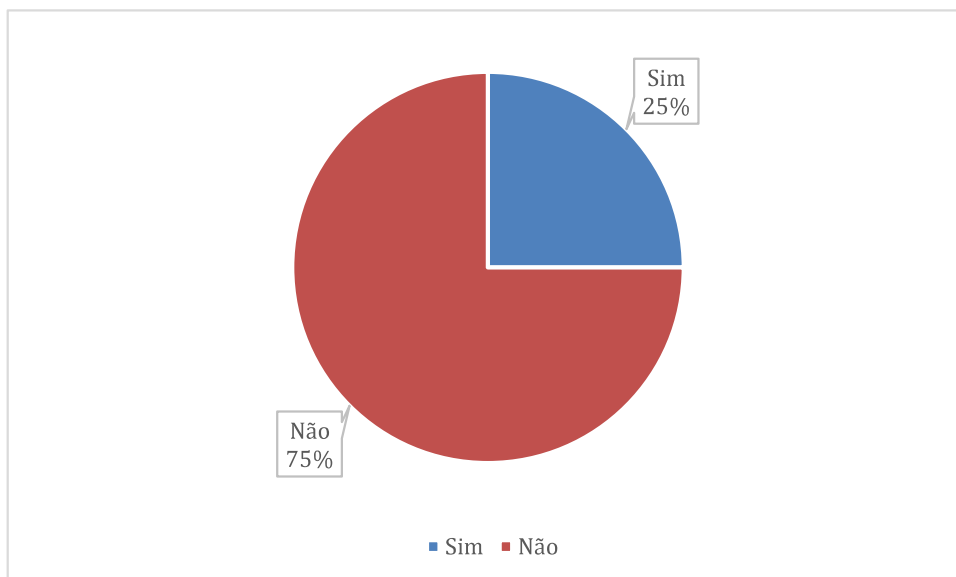
No que respeita ao Empoderamento Comunitário na adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, considera que existe na comunidade em que se integra uma estrutura organizativa formal ou informal (como um grupo de trabalho ou uma comissão) relacionada com a área?



Se respondeu sim indique qual é a estrutura organizativa formal ou informal que considera existir:

- Projeto de Gestão do Doente Crónico na UCC.
- UCC [REDACTED] - PA Gestão do doente crónico. + Projeto camarário em que há ligação entre a farmácia da [REDACTED], o serviço social da camara e o centro de saúde.
- Unidade de Cuidados na Comunidade de [REDACTED]
- Gestão do regime terapêutico, apoio e controlo da toma correta da medicação
- Equipa de enfermagem UCC

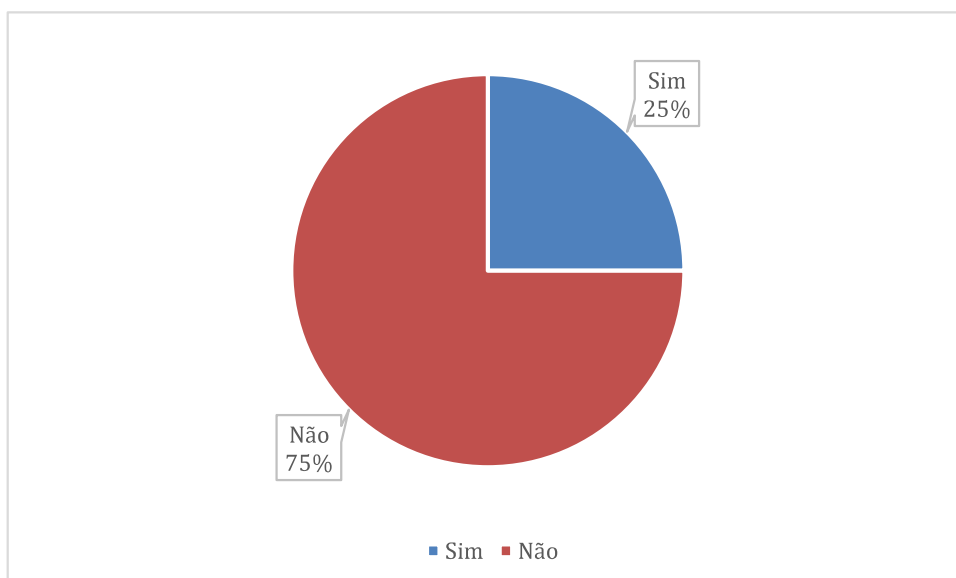
No que respeita à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, considera que existe na comunidade em que se integra uma ou mais parcerias relaciona(s) com a área?



Se respondeu sim indique que parceria(s):

- Respondido acima
- Farmácias
- Farmácia

No que respeita à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, considero que na comunidade em que se integra há processos de comunicação eficazes (para procura de informação, referências, reclamações, etc....)?



Se respondeu sim indique que estratégias de comunicação existem?

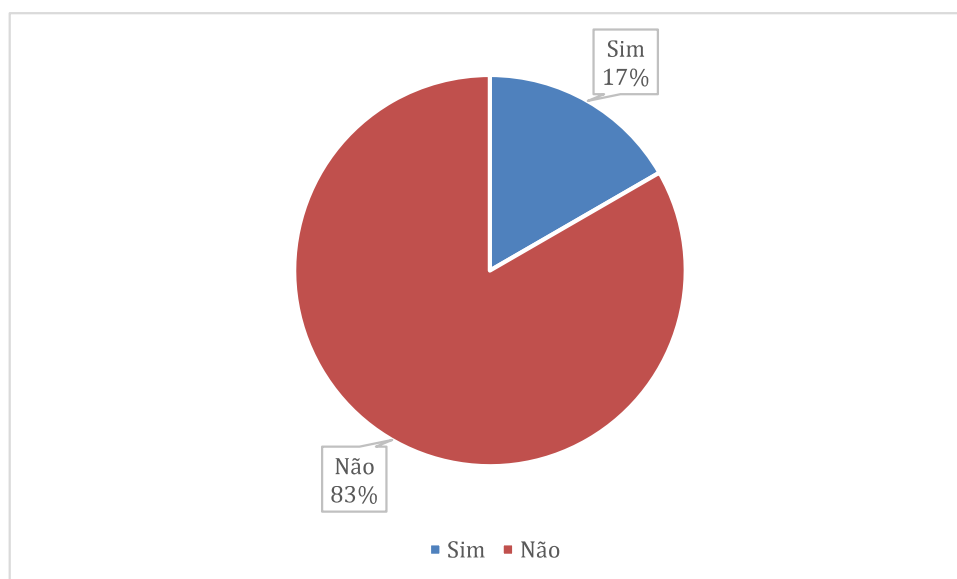
- Encaminhamento dos utentes de um enfermeiro para o colega com apoio na gestão do regime terapêutico
- Por email, por telefone e presencial

Se respondeu não indique que dificuldades considera existir no que respeita à comunicação sobre adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados:

- Não há articulação entre os profissionais nem redes formais
- Comunicação médico de família / falta de médicos de família
- Falta de sensibilidade da equipa médica para compreender que o utente pode possuir pouca capacidade de compreensão do que é dito nas consultas, que estes necessitam que seja explicado de forma simples o que é pretendido com a medicação, e que no final da consulta exista uma reformulação dos aspetos mais importantes a reter
- Deveria existir mais utentes idosos polimedicados referenciados para a UCC ██████████, identificados pela equipa de saúde familiar, quando esta existe, ou por outro profissional que identifique este problema
- Escassos recursos humanos
- Comunicação pouco eficaz Enfermeiro/utente/médico
- Identificação dos mesmos e referenciação
- Falta de informação

COPING COMUNITÁRIO

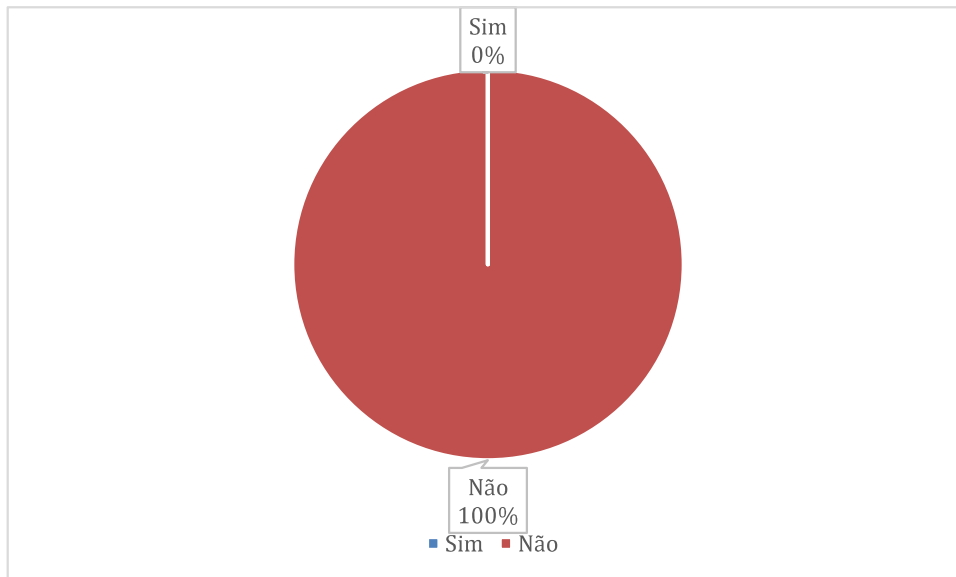
No que respeita à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, já teve experiências anteriores na participação em projetos ou atividades?



Se respondeu sim indique as experiências que teve, de forma sucinta:

- Projeto da Gestão do Regime terapêutico na UCC
- Integração de Projeto de apoio ao doente crónico, incidindo principalmente na gestão do regime terapêutico

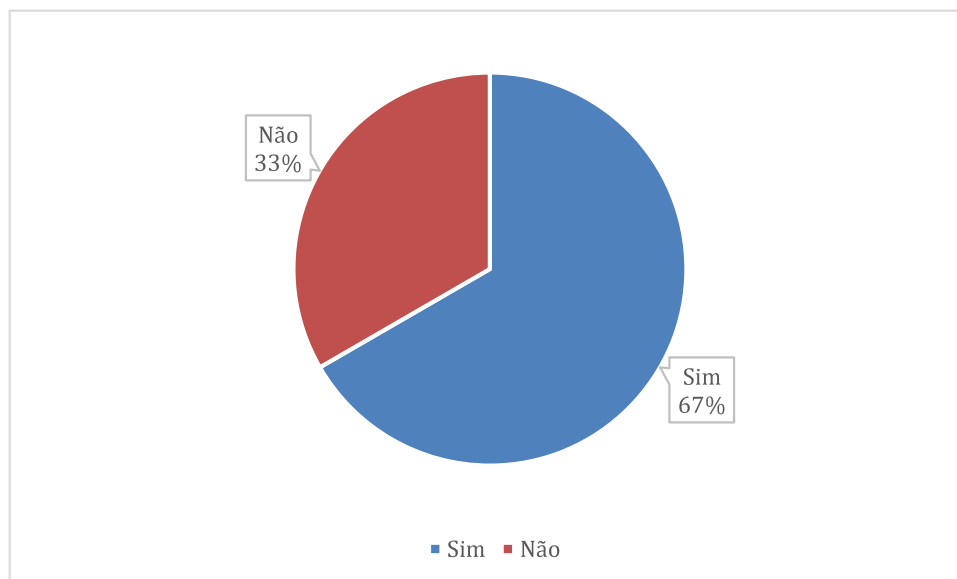
Já teve formação e/ou treino sobre a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados?



Se respondeu sim, indique qual a formação/treino, em que contexto e há quanto tempo em anos (se for menos de 1 ano escreva "- 1 ano")

-

Independentemente de ter ou não experiências anteriores com adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, considera que tem competências/forças para contribuir para um projeto relacionado com esta problemática?



Justifique a sua resposta de forma sucinta:

- Vontade
- Motivação e acompanhamento da equipa
- Considero a problemática fundamental.
- Motivação, atitude de escuta, empatia para com o utente
- Não tenho formação específica na área mas considero que tenho algumas competências nesta área que advém da experiência profissional adquirida ao longo destes anos de trabalho. Contudo considero que poderei melhorar as minhas competências.
- Conhecer hábitos de adesão ao regime terapêutico dos utentes e se necessário referenciá-los para os colegas com essa formação e área de trabalho.
- Neste momento não, pelo facto de estar noutras áreas que não estão relacionadas com os idosos.
- Desmotivação perante a falta de recursos quer humanos, quer materiais
- Falta de tempo
- Experiência profissional na área, com acompanhamento de utentes neste âmbito
- Não estou interessada
- Sendo profissional de saúde as competências existem.

Gostaria de deixar alguma questão ou comentário adicional sobre este projeto:

- É pertinente
- Tudo o que favoreça o Empoderamento Comunitário, considero de grande valor.
- Nos dias de hoje que os utentes estão polimedicados e tem acesso fácil aos medicamentos, penso ser importante para avaliar a situação dos nossos utentes e corrigir erros

- Projeto pertinente perante o panorama atual em que a polimedicação é uma realidade nos nossos idosos.
- Considero ser fulcral a implementação de projetos neste âmbito.
- Será um projeto interessante para quem trabalha na comunidade
- Considero que é um problema de saúde pertinente para ser abordado/ intervencionado.

APÊNDICE VII – Cronograma de Projeto

Cronograma do Projeto “Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso”


ATIVIDADES	2024												2025		
	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro					
Diagnóstico de saúde															
Aplicação do questionário aos idosos (MAT)															
Aplicação da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário															
Aplicação do Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário															
Planeamento das intervenções															
Execução das atividades															
Reaplicar a Escala MAT aos idosos															

APÊNDICE VIII – Apresentação do Projeto à equipa

Plano de sessão – Apresentação do Projeto à equipa


Tema	Projeto de intervenção comunitária “Empoderamento Comunitário de idosos polimedificados para a adesão ao regime medicamentoso”	Data	11/12/2024
Formadores	Enfª Ana Carina Cabecinhas e colega mestranda	Hora	14h30
Destinatários	Idosos polimedificados que pertencem à USF da [REDACTED]	Local	Sala Reuniões da UCC [REDACTED]
Metodologia	Expositiva e participativa		
Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Humanos: Formadores e Participantes; Materiais: Cadeiras, mesa, computador e videoprojector		
Objetivos	- Apresentar o projeto à equipa da UCC [REDACTED]		
Etapas	Conteúdos programáticos	Duração (25 minutos)	
Introdução	- Apresentar o tema e os formadores	2	
Desenvolvimento	- Enquadramento da temática	3	
	- MAIEC	3	
	- Definição de Empoderamento Comunitário	3	
	- Gestão comunitária	2	
	- Metodologia	3	
	- Cronograma	2	
	- Recursos e indicadores	3	
	- Considerações éticas	2	
	- Esclarecer dúvidas	2	
Conclusão			


**EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO
EM IDOSOS POLIMEDICADOS
PARA A ADEÇÃO AO REGIME
MEDICAMENTOSO**



PortaleS@r

Ana Carina Cabecinhas | [Redacted]
de dezembro | 2024





Investigador principal
Professor Dr. [Redacted] investigador principal do MAIEC Lab do grupo NURSID do CINTESIS com epicentro da ESE Porto

Orientador pedagógico
Teresa Madalena Kraus

Colaboradoras responsáveis
Ana Carina Cabecinhas

Enfermeira Orientadora
[Redacted]

Local do estudo
Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

Ana Carina Cabecinhas | [Redacted]
novembro | 2024

INTRODUÇÃO


Envelhecimento populacional

- Aumenta a incidência de doenças crónicas
- Recurso a múltiplos fármacos torna-se uma realidade
- Aumento do risco de polimedicação (toma de 5 ou mais medicamentos)

Esquemas terapêuticos inadequados com consequências graves:

- maior risco de erros na administração de medicamentos;
- maior risco de interações medicamentosas;
- baixa adesão aos tratamentos;
- diminuição na qualidade de vida.

(Silvério, 2023)



A capacitação e o empoderamento são considerados essenciais para melhorar a adesão ao regime medicamentoso, permitindo um controlo sobre a sua saúde e aumentar a segurança. O enfermeiro comunitário detém uma posição privilegiada que permite gerir esta problemática, devido à proximidade com o utente e restantes profissionais.


Ana Carina Cabecinhas | [Redacted]
dezembro | 2024

OBJETIVOS

✓ Avaliar o nível de empoderamento comunitário, relacionado com a adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados, na UCC do [Redacted]


✓ Identificar os focos comunitários comprometidos (liderança, participação e/ou coping) do Processo Comunitário para a adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados, na UCC do [Redacted]

✓ Intervir e avaliar os resultados.



Ana Carina Cabecinhas | [Redacted]
dezembro | 2024


II



 [Redacted]

Ana Carolina Caldeira [Redacted]
 dezembro | 2024

PÚBLICO ALVO

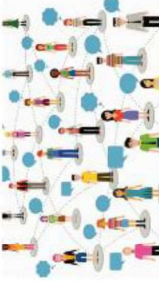
- Idade igual ou superior a 65 anos e residam no seu domicílio, a uma distância até ao limite máximo de 5km da unidade UCC
- Ter um regime medicamentos (prescrição médica) de 5 ou mais fármacos;
- Utentes sem médico de família atribuído;
- Ser autónomo, sem alterações cognitivas (sem doença mental);
- Dominio da língua portuguesa: leitura, escrita e falada;
- Interesse em participar no estudo e assinar o consentimento livre e esclarecido.





 [Redacted]

Ana Carolina Caldeira [Redacted]
 dezembro | 2024

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO



UCC DO [Redacted]




32.220 utentes (7.488 em [Redacted] e 21.709 no Entroncamento e 4.888 em [Redacted])

- Na ULS do Médio Tejo existem 27,4% utentes sem médico de família;
- Em [Redacted] são 3.070 utentes que não têm médico de família. (SNS, 2024)


Principais problemas ativos em 2023


- Alteração do **metabolismo dos lípidos** (32,7%) e a **hipertensão arterial** (27,6%);
- **Síndrome da coluna** com irradiação de dor (16,6%), as **perturbações depressivas** (15,1%) e a **diabetes mellitus** (11,3%). (USPHI, 2024)


 [Redacted]

Ana Carolina Caldeira [Redacted]
 dezembro | 2024

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO






32.220 utentes (7.488 em [Redacted] e 21.709 no Entroncamento e 4.888 em [Redacted])

- Na ULS do Médio Tejo existem 27,4% utentes sem médico de família;
- Em [Redacted] são 3.070 utentes que não têm médico de família. (SNS, 2024)

Torna-se imprescindível empoderar a comunidade para fazer face aos desafios que possam decorrer desta realidade.

- Alteração do **metabolismo dos lípidos** (32,7%) e a **hipertensão arterial** (27,6%);
- **Síndrome da coluna** com irradiação de dor (16,6%), as **perturbações depressivas** (15,1%) e a **diabetes mellitus** (11,3%). (USPHI, 2024)



 [Redacted]

Ana Carolina Caldeira [Redacted]
 dezembro | 2024

METODOLOGIA

Planeamento em Saúde: fase preparatória, fase diagnóstica, fase de planear intervenções, fase de intervenção, fase de avaliação das diferentes etapas e fase de divulgação. (Rodrigues, 2021)

- **Modelo teórico de promoção da saúde de Nola Pender**, permite identificar os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, e favorecer a adoção de comportamentos que promovam a saúde pela comunidade;
- Referencial teórico e operativo do **Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC)**, que se refere a um processo de empoderamento comunitário.



Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC)

- O que é o empoderamento comunitário?
 - Processo ordenado para **identificar e resolver problemas sociais e políticas sociais** a partir dos membros das comunidades;
 - Interativo e contínuo;
 - Desenvolvido como um **processo** (concretização de um objetivo/meta), ou como um **resultado** (o empoderamento é em si o objetivo/meta a atingir).
- Referencial teórico que através de uma **Matriz de Decisão Clínica** auxilia os enfermeiros na sua tomada de decisão
 - Focos de atenção, diagnósticos e as intervenções de enfermagem centrados na comunidade (CIPE)

(Melo, 2020)

Av. Corina Caldeira, 12024
desembora | 2024

Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC)

Conceitos

Pressupostos e Postulados

Matriz de decisão clínica

Foco: Processo Comunitário

(Melo, 2020)

Av. Corina Caldeira, 12024
desembora | 2024

Gestão comunitária

- Processo comunitário**
 - Coping comunitário
- Participação comunitária**
 - Comunicação
 - Parcerias
 - Estruturas organizacionais
- Liderança Comunitária**
 - Conhecimento
 - Crianças
 - Votação

(Melo, 2020)

Av. Corina Caldeira, 12024
desembora | 2024

Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAVEC)

9 domínios

- Participação Comunitária
- Capacidade de avaliação do problema
- Liderança Local
- Estruturas organizacionais
- Mobilização de recursos
- Ligações a outros
- Capacidade para "questionar porquê"
- Gestão do programa
- Relação com agentes externos

(Melo, 2020)

Av. Corina Caldeira, 12024
desembora | 2024

METODOLOGIA

Escala de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), obter dados sobre a adesão ao regime medicamentoso pelos idosos

Escala de Avaliação do Nível de Empoderamento Comunitário (EAVEC), com sessão de grupo focal

Líder do grupo de idosos definido (Profissionais de saúde (enfermeiros, médicos))

Questionário de Diagnóstico de Processo Comunitário aos profissionais de saúde

Diagnóstico de enfermagem no foco "Processo Comunitário"

3 dimensões de diagnóstico

Liderança comunitária

Participação comunitária

Coping comunitário

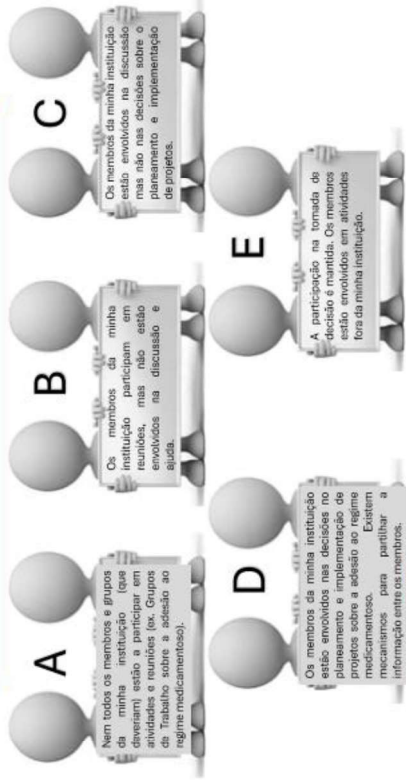
Ana Carina Cabral dos Santos |
de dezembro | 2024

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguns 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. Alguns vez foi dificuldade com as horas de toma dos medicamentos para a sua doença?					
Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
3. Alguns vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido malhar?					
Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
4. Alguns vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por me iniciativo, após se ter sentido pior?					
Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
5. Alguns vez tomou mais ou menos comprimidos para a sua doença, por me iniciativo, após se ter sentido pior?					
Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
6. Alguns vez interrompeu a frequência 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. Alguns vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a dificuldade de lembrar?					
Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

1

No que respeita à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedificados



- Contacto inicial, presencial, através da referência da enfermeira cooperante da USF de [redacted]

- Assinatura de consentimento e aplicação do questionário (MAT);

- Identificação do representante de utentes para a sessão de grupo focal.

Ana Carina Cabral dos Santos |
de dezembro | 2024

CRONOGRAMA

ATIVIDADES	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Diagnóstico de saúde									
Aplicação do questionário (MAT)									
Aplicação da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário									
Aplicação do Questionário de Diagnóstico do processo Comunitário									
Planejamento das intervenções									
Execução das atividades									
Respeitar a Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário para avaliação									

Ave. Carlos Calzadilla - [REDACTED] - dezembro | 2024

RECURSOS

- Humanos: profissionais de saúde da UCC e da Unidade de Saúde Familiar (USF) da [REDACTED]
- Materiais: sala para reunir com os idosos e com os profissionais de saúde (com mesas, cadeiras, projetor); escalas MAT e de avaliação do empoderamento comunitário;

COLABORAÇÃO

- USF [REDACTED]

Ave. Carlos Calzadilla - [REDACTED] - dezembro | 2024

MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

Indicadores de processo

$$\frac{\text{n}^{\circ} \text{ de idosos com aplicação da escala MAT}}{\text{n}^{\circ} \text{ total de idosos do projeto}} \times 100$$

$$\frac{\text{n}^{\circ} \text{ de idosos sujeitos a intervenção}}{\text{n}^{\circ} \text{ total de idosos do projeto}} \times 100$$

Indicadores de resultado

$$\frac{\text{n}^{\circ} \text{ de idosos com melhoria do score na escala MAT}}{\text{n}^{\circ} \text{ total de idosos do projeto}} \times 100$$

$$\frac{\text{n}^{\circ} \text{ de idosos com melhoria do score na escala MAT}}{\text{n}^{\circ} \text{ idosos em que se intervém}} \times 100$$

Profissionais de saúde capacitados de saúde primários (UCC do [REDACTED] USF da [REDACTED] sala disponível); escala de MAT; EAVEC.

Indicadores de estrutura


Ave. Carlos Calzadilla - [REDACTED] - dezembro | 2024

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

- Respeitar os princípios éticos e deontológicos imprescindíveis ao desenvolvimento de estudos desta natureza;
- Autorização para utilização das escalas de MAT e EAVEC, do MAIEC;
- Autorização à coordenadora da UCC e coordenador da USF;
- Pedido de parecer à comissão de Ética da ULSMT;
- Consentimento informado e esclarecido;
- Instrumentos de recolha de dados serão codificados numericamente;
- Não se verificam conflitos de interesses dos investigadores;
- Confidencialidade garantida.

Ave. Carlos Calzadilla - [REDACTED] - dezembro | 2024

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

 **INES** (2022). *Base de dados*. Obtido em 30 de maio de 2024, de Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOU=13707095&contexto=ut&selTab=tab3

Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel.

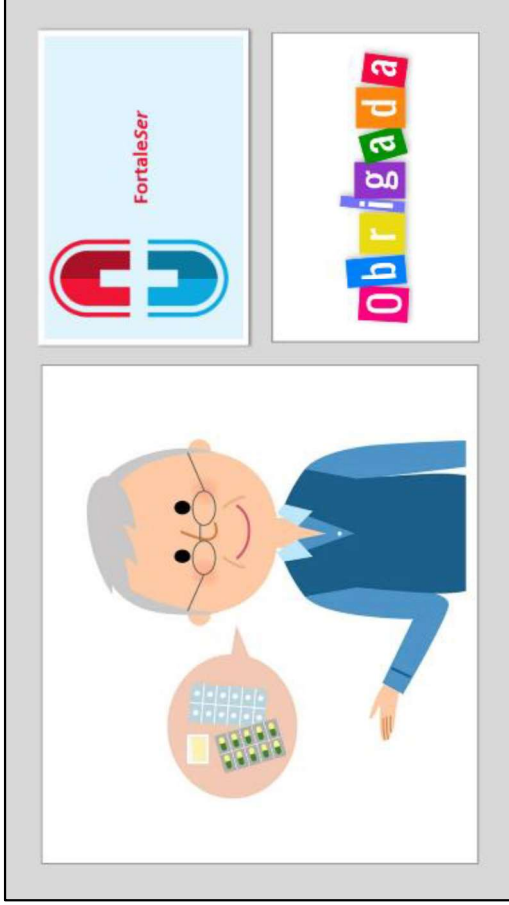
Rodrigues, F. M. (2021). *A Saúde Planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisboa: Lisbon International Press.

Simões, C. d. (setembro de 2023). *Prevenção do risco associado à polimedicação e gestão segura*. Coimbra

SNS. (2024). *UCC*. Obtido em 1 de junho de 2024, de BICSP: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: <https://bicsp.min-saude.pt/pz/biuris/3/939/30041/3142051/Pages/default.aspx>

USPMT. (2024). *Diagnóstico de Situação de Saúde 2021-2023*. Alcanena: ULSMT

WHO. (2019). *Medication Safety in Polypharmacy*. Geneva, Switzerland. Obtido de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325454/WHO-UHC-SDS-2019-11-eng.pdf?sequence=1>



APÊNDICE IX – Sessão apresentada aos idosos “Conhecimentos e Estratégias de adesão ao regime medicamentoso”

Plano de sessão – Conhecimentos e Estratégias de adesão ao regime medicamentoso

Tema	Conhecimentos sobre medicação	Data	27/01/2025
Formadores	Enfª Ana Carina Cabecinhas	Hora	9h15
Destinatários	Idosos polimedcados que pertencem à USF da [REDACTED]	Local	Ginásio da USF [REDACTED]
Metodologia	Expositiva e participativa		
Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Humanos: Formadores e Participantes; Materiais: Cadeiras, mesa, computador, videoprojector, material de apoio à avaliação da sessão.		
Objetivos	-Aumentar o conhecimento sobre utilização segura de medicação.		
Etapas	Conteúdos programáticos	Duração (45 minutos)	
Introdução	- Apresentar os formadores e os participantes - Apresentar as temáticas a abordar		15
Desenvolvimento	- Abordar a definição de medicamentos - Distinguir medicamentos sujeitos e não sujeitos a receita médica - Identificar os medicamentos pelo princípio ativo		2 4 8
	- Informar sobre as vias de administração de medicamentos		2
	- Clarificar conceito de reação adversa e alergia medicamentosa		3
	- Esclarecer sobre prevenção de reação adversa		4
	- Sensibilizar para as interações medicamentosas		3
Conclusão	- Esclarecer dúvidas		4
Avaliação da sessão	- Solicitar que cada participante avalie a sessão de 1 a 6, colocando o número correspondente em caixa própria.		

Conhecimentos e estratégias de adesão ao regime medicamentoso

Projeto de Intervenção Comunitária:

Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso

En^h Ana Carolina Cabecinhas*

En^h [redacted]
Sub-orientação da En^h [redacted]

*Alunas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública do IPL Lisboa

**Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária da Unidade de Cuidados na Comunidade [redacted]

Janeiro, 2025



Vamos conhecer o vizinho do lado



- ❖ Nome
- ❖ Maior dificuldade
- ❖ Ponto forte



O que vamos falar?

01

Medicamentos

02

Como identificar os medicamentos

03

Vias de administração dos medicamentos

04

Reações adversas e interações medicamentosas



Medicamentos



O que são medicamentos?

"Substâncias ou composições de substâncias que possuem propriedades curativas ou preventivas das doenças e dos seus sintomas, do homem ou do animal, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a restaurar, corrigir ou modificar as suas funções"

Medicamentos sujeitos a receita médica

Medicamentos não sujeitos a receita médica

[Infermed, 2016]

Medicamentos sujeitos a receita médica

Só podem ser dispensados numa farmácia com uma receita médica

Podem constituir um risco, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica

Medicamentos não sujeitos a receita médica

Podem ser adquiridos em farmácias e parafarmácias

Tratamento de problemas de saúde ligeiros e sem gravidade



- Não é aconselhável a toma de medicamentos não sujeitos a receita médica por mais de 5 dias;
- Se os sintomas persistirem ou agravarem, deve consultar o seu médico, enfermeiro de família ou farmacêutico;
- Ter em conta os medicamentos que toma habitualmente, que possam interagir.

[Infermed, 2016; Aofarma, 2024]



Não interromper a toma da medicação mesmo que se sinta melhor, para manter as doenças crónicas controladas

Falar com médico/enfermeiro/farmacêutico se se sentir pior

Não interromper a toma de medicação sem falar com um profissional de saúde

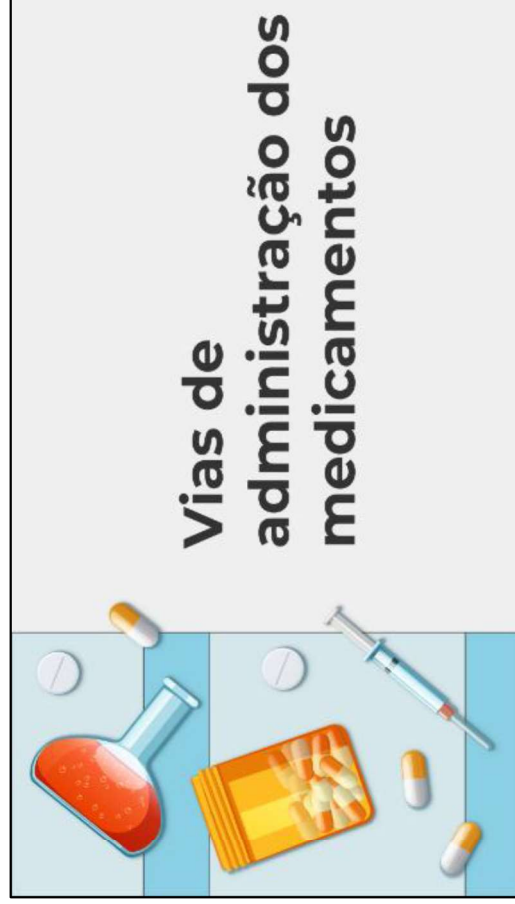
Como identificar os medicamentos

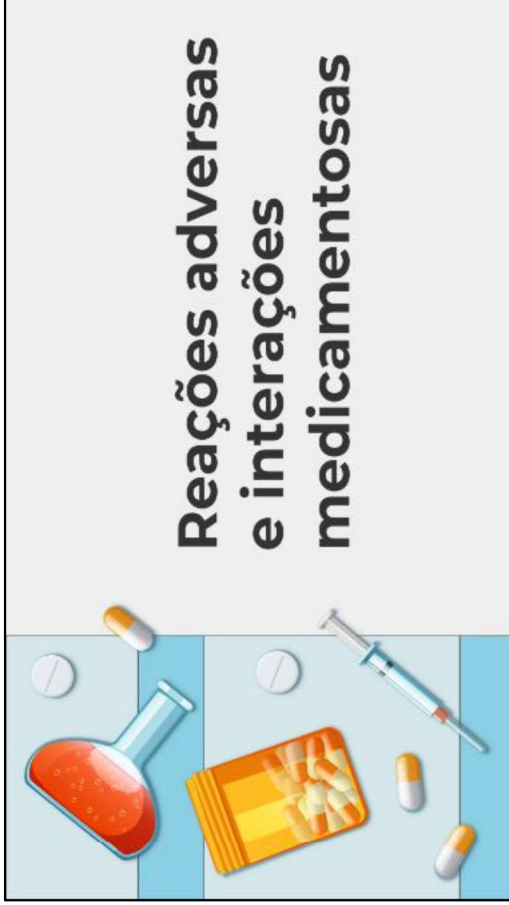
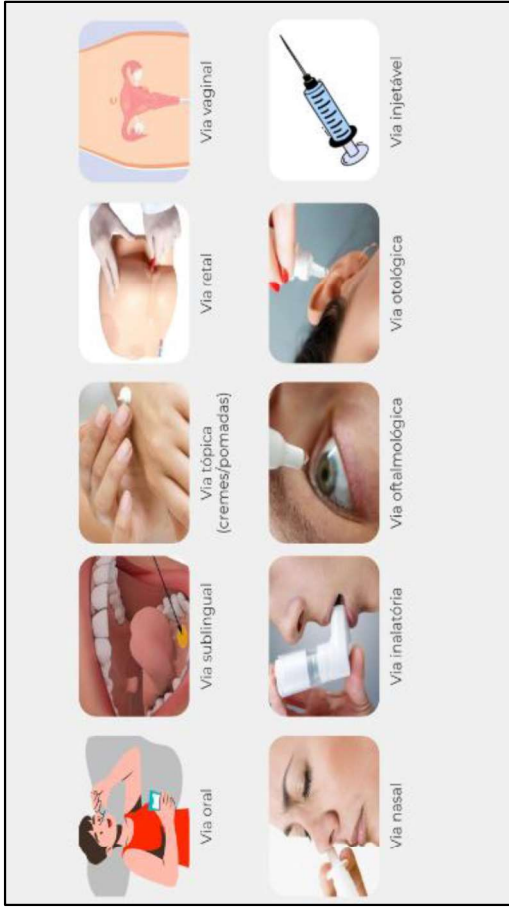
Princípio ativo / Nome comercial

- o Componente ativo, designado por um nome científico;
- o Pode estar incluído em diversos medicamentos, com nomes comerciais diferentes. No caso dos medicamentos genéricos, o nome científico pode fazer parte do nome do medicamento.



(Ordem dos Farmacêuticos, 2023a)






Reações adversas e interações medicamentosas

O que é uma reação adversa?

- Definida como uma resposta prejudicial e não intencional à toma de um medicamento;
- Ocorre apesar do uso correto dos medicamentos, o que significa que, na maioria dos casos, não se pode prevenir.

- Informar o médico ou enfermeiro de família
- Ligar: 808 24 24 24 ou 112 se reação grave



(Ordem dos Farmacêuticos, 2023b)

O que é uma reação adversa?

- Definida como uma resposta prejudicial e não intencional à toma de um medicamento;
- Ocorre apesar do uso correto dos medicamentos, o que significa que, na maioria dos casos, não se pode prevenir.

Infarmed

Portal RAM

Notificação de reações adversas/efeitos indesejáveis de medicamentos

Medique.pt

(Ordem dos Farmacêuticos, 2023b)

Alergia medicamentosa

Resposta exagerada do sistema imunológico a uma ou mais substância (s) estranha (s) ao organismo

Reação de hipersensibilidade

Desafio clínico significativo

Situações de verdadeira emergência médica

(DSC6, 2015)

Como prevenir uma reação adversa?

Informar os profissionais de saúde acerca de todos os medicamentos que toma, bem como suplementos alimentares ou produtos à base de plantas;

Manter os medicamentos na embalagem original, para maior proteção e consulta de informação (prazo de validade, possíveis reações);

Ler e conservar o folheto informativo dos medicamentos;

Tomar o medicamento na dose que foi prescrita;

Não interromper o tratamento antes do recomendado;

Não prolongar o tratamento sem consultar o profissional de saúde;

As crianças, as grávidas, as mulheres a amamentar e pessoas com doenças crónicas devem aconselhar-se com um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou farmacêutico) antes de tomarem qualquer medicamento.

(Ordem dos Farmacêuticos, 2023b)

Interações medicamentosas

o Resultado de qualquer modificação clinicamente relevante do efeito de um fármaco, pela utilização simultânea ou consecutiva de outro medicamento

o Os alimentos podem influenciar o efeito de medicamentos administrados por via oral

o Há medicamentos que podem impedir a absorção de alguns dos nutrientes dos alimentos



o Quando o efeito esperado de um medicamento é alterado por outro

o O risco de interações aumenta com o número de medicamentos que a pessoa está a tomar.

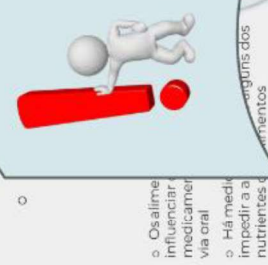
(Oliveira, 2021; Ordem dos Farmacêuticos, 2023c)

Interações medicamentosas

o Efeito relevante do efeito de um medicamento é alterado por outro medicamento

o Dar conhecimento se estiver a tomar suplementos vitamínicos ou produtos de ervanárias

o Pode haver indicação para não serem ingeridos determinados alimentos, que possam interagir com a medicação que é prescrita



o Os alimentos podem influenciar o efeito de medicamentos administrados por via oral

o Há medicamentos que podem impedir a absorção de alguns dos nutrientes dos alimentos

(Oliveira, 2021; Ordem dos Farmacêuticos, 2023c)

Dúvidas sobre os temas até aqui?

O que acharam desta sessão?

- 1 comprimido - Sem utilidade
- 2 comprimidos - Não gostei muito
- 3 comprimidos - Não gostei
- 4 comprimidos - Gostei
- 5 comprimidos - Gostei muito
- 6 comprimidos - Muito útil



Hora do chá

Vamos continuar?

05

Reconciliação terapêutica

06

Mapa terapêutico

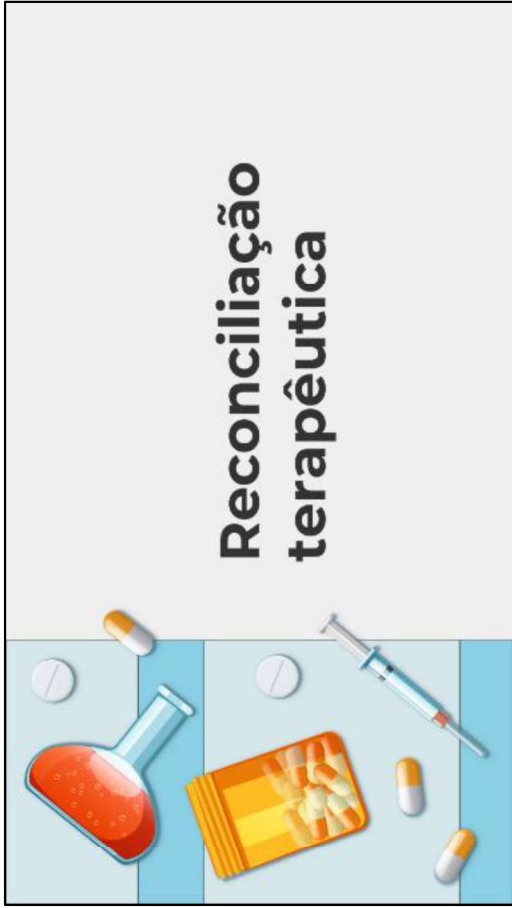
07

Armazenamento da medicação

08

Dicas para não me esquecer de tomar a medicação





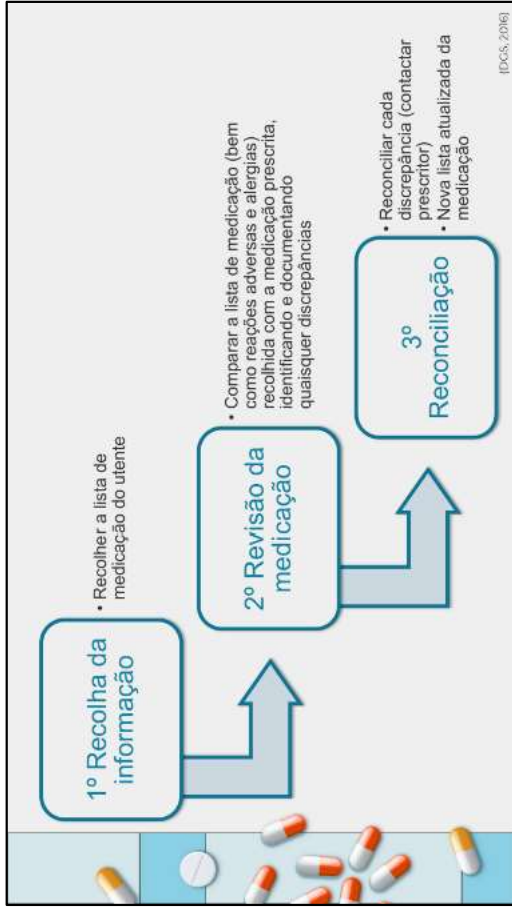
Reconciliação terapêutica

O que é a reconciliação terapêutica?

“Processo de análise da medicação de um doente, sempre que ocorrem alterações na medicação, com o objetivo de evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas”

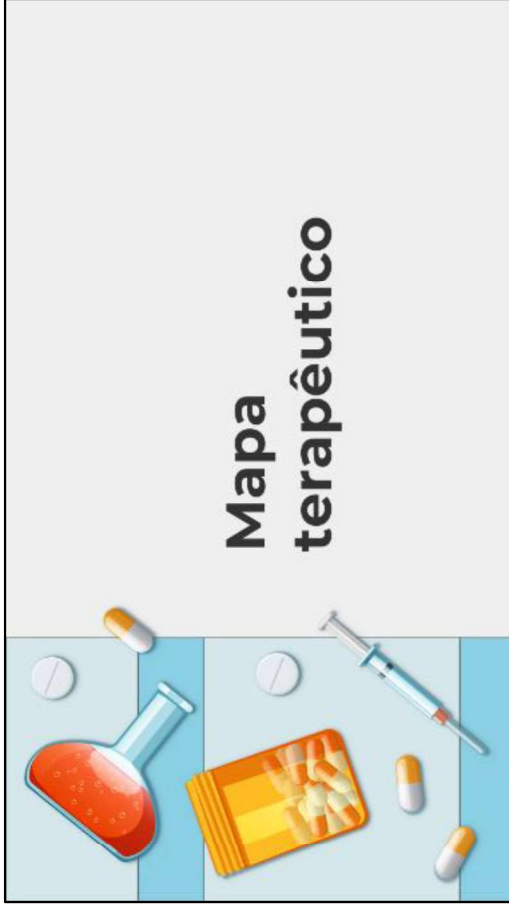
- Contribui para manter atualizada a lista da medicação de cada utente
- Evita discrepâncias entre a sua medicação habitual e a medicação instituída em cada momento de transição de cuidados

IPCS, 2016



Sempre que for a uma consulta:

- Levar uma lista de TODA a medicação que está a tomar
- Se deixou de tomar ou iniciou um medicamento deve informar o seu médico e explicar o motivo

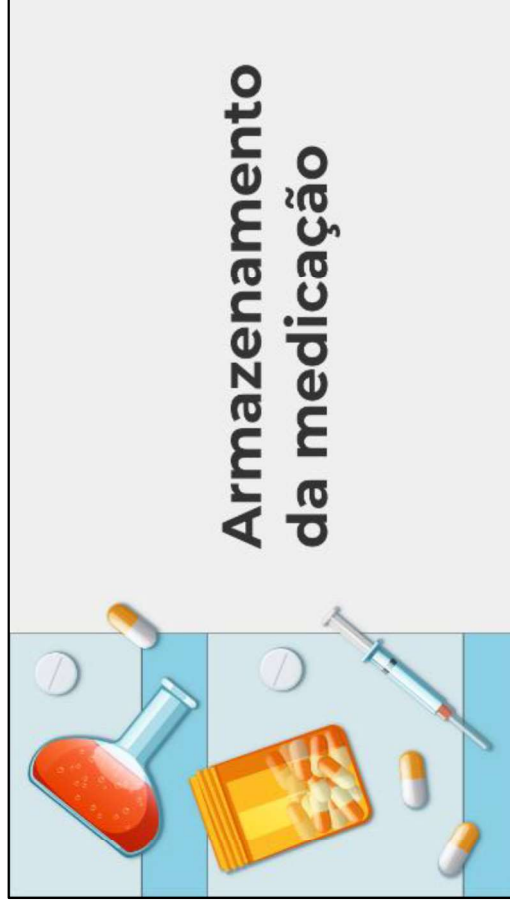


Mapa terapêutico

Em que consiste o mapa terapêutico?

- Consiste num guia para ajudar o utente/família/profissional a orientar a toma da medicação, de acordo com o horário prescrito

Medicamento/ Dose	Jéjum	Pequeno -almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar	SOS



Armazenamento da medicação

Como e onde guardar a medicação

- Conservar os medicamentos numa só divisão da casa fora do alcance das crianças, de preferência em armário fechado;
 - Abrigo da luz, da humidade e de temperaturas elevadas;
 - Guardar num local fresco e seco;
 - Evitar locais perto de aquecedores, lareiras ou expostas ao sol (frente a janelas)

(Infermed, 2009)



Conservar os medicamentos na sua embalagem original incluindo o folheto

- o Permite identificá-los e simultaneamente protegê-los

Alguns medicamentos carecem de cuidados adicionais de conservação, devendo ser guardados no frigorífico, são exemplos, a insulina, vacinas e alguns antibióticos

- o Deve ser evitada a porta do frigorífico

(Infarmed, 2009)



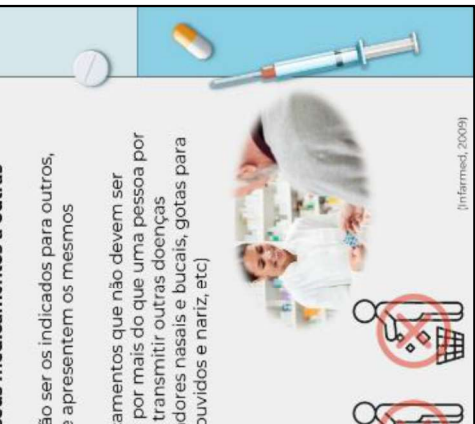
Verifique sempre o prazo de validade

- o Há medicamentos, por exemplo gotas para os olhos ou xaropes, que têm um prazo de conservação depois de aberto (mais curto que o prazo de validade)

Não compre medicamentos só por hábito

- o Ainda que apresentando os mesmos sintomas de situações anteriores, confirme sempre com um profissional de saúde, antes de comprar o medicamento habitual
- o Certos medicamentos, por exemplo os antibióticos, não devem voltar a ser utilizados sem indicação médica

(Infarmed, 2009)



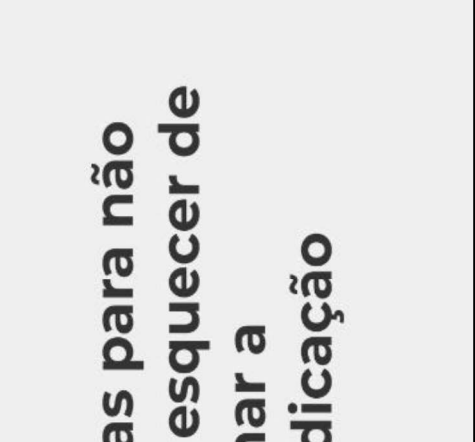
Não dê os seus medicamentos a outras pessoas

- o Podem não ser os indicados para outros, ainda que apresentem os mesmos sintomas
- o Há medicamentos que não devem ser utilizados por mais do que uma pessoa por poderem transmitir outras doenças (pulverizadores nasais e bucais, gotas para os olhos, ouvidos e nariz, etc)

Não deite os medicamentos para o lixo ou para a sanita

- o Entregue na farmácia os medicamentos que não utilizou, cujo prazo de validade caducou ou cujo aspeto se encontre alterado (cor, consistência ou cheiro)

(Infarmed, 2009)



Dicas para não me esquecer de tomar a medicação

Estratégias de adesão



Brainstorming



Estratégias de adesão

- ✓ Mantenha uma lista atualizada dos medicamentos que está a tomar;
- ✓ Sempre que for a uma consulta ou urgência leve a lista atualizada;
- ✓ Sempre que for ao médico informe acerca dos suplementos e produtos naturais que está a tomar;
- ✓ Sempre que for a uma consulta pergunte se foi alterada a medicação;
- ✓ Sempre que iniciar um medicamento, pergunte se podem ocorrer efeitos secundários a que deve estar alerta;
- ✓ Conheça os medicamentos pelo nome e para que servem;
- ✓ Informe o médico/ enfermeiro/ farmacêutico se apresenta algum sinal/sintoma de efeito adverso;



- ✓ Guarde as prescrições/ receitas enquanto válidas ou até ao final do tratamento;
- ✓ Utilize uma caixa dispensadora da medicação;
- ✓ Recorra a lembretes de telemóvel ou em papel para não se esquecer da toma da medicação;
- ✓ Se for viajar não se esqueça de levar a medicação consigo;
- ✓ Guarde a medicação num lugar seco e protegido da luz e de alterações de temperatura;
- ✓ Verifique regularmente a validade dos medicamentos e não tome se estiver fora de validade;
- ✓ Não suspenda a medicação sem a orientação de um profissional de saúde, mesmo que se sinta melhor;
- ✓ Devolva à farmácia a medicação fora de validade ou que já não toma. Nunca deite no lixo ou na sanita.



NÃO SE AUTOMEDIQUE!

Porque é tão importante a adesão ao regime medicamentoso?

• Evitar interações medicamentosas

• Evitar duplicação de medicação

• Manter a eficácia do tratamento

• Prevenir internamentos



Referências bibliográficas

- Apifarma. (2024). *Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)*. Obtido em 18 de novembro de 2024, de <https://apifarma.pt/atividade/tratar-de-mim/medicamentos-nao-sujeitos-a-receita-medica/>
- DGS. (11 de agosto de 2015). *Registro de Alergias e Outras Reações Adversas*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/registo-de-alegrias-e-outras-reacoes-adversas.pdf>
- DGS. (30 de dezembro de 2016). *Reconciliação da medicação. Norma da Direção-Geral da Saúde, número 018/2016*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/reconciliacao-da-medicao.pdf>
- Infarmed. (2016). *Perguntas frequentes*. Obtido em 11 de novembro de 2024, de Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/perguntas-frequentes-areas-transversais/medicamentos_uso_humano
- Infarmed. (11 de maio de 2009). *Medicamentos em casa*. INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. Obtido de https://www.infarmed.pt/documents/15786/1228470/1_Medicamentos_em_Casa.pdf?aa215ea6-3133-442b-b800-4024cfc1804b?version=11
- Oliveira, A. R. (2021). *Interações Medicamentosas Potenciais: Uma Análise Exploratória em Farmácia de Oficina. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Farmácia – Ramo Farmacoterapia e Farmacocpidermiologia*. Porto: Politécnico do Porto - Escola Superior de Saúde. Obtido de https://repositori.ppipp.pt/bitstream/10400/221/9800/1/DISSERTA%C3%87%C3%93O_AnaRitaOliveira_V.Final.pdf
- Ordem dos Farmacêuticos. (23 de agosto de 2023a). *O que é um medicamento?*. Obtido em 21 de novembro de 2024, de A Ordem dos Farmacêuticos: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/artigos/o-que-e-um-medicamento/>
- Ordem dos Farmacêuticos. (12 de outubro de 2023b). *O que são Reações Adversas aos Medicamentos?*. Obtido em 21 de novembro de 2024, de A Ordem dos Farmacêuticos: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/artigos/o-que-sao-reacoes-adversas-aos-medicamentos/>
- Ordem dos Farmacêuticos. (22 de novembro de 2023c). *Interações entre medicamentos e alimentos*. Obtido em 26 de novembro de 2024, de A Ordem dos Farmacêuticos: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/artigos/interacoes-entre-medicamentos-e-alimentos/>

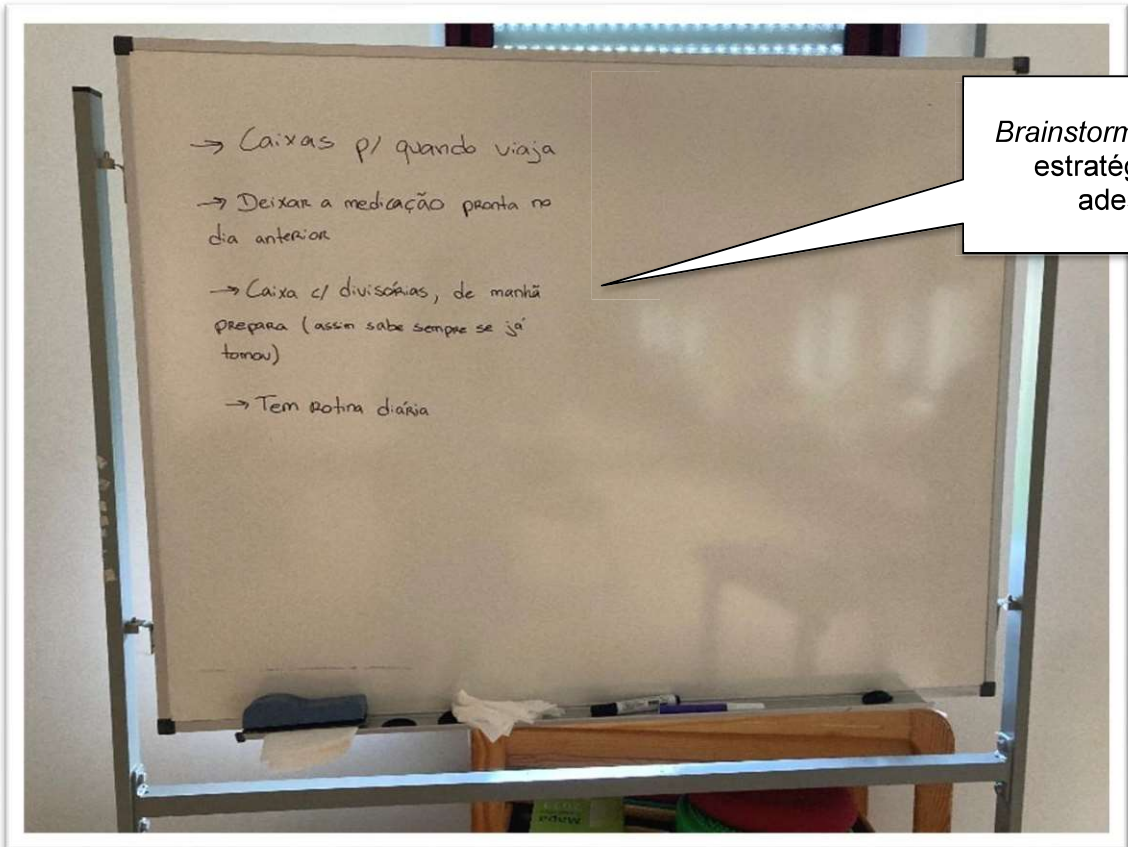
O que acharam desta sessão?

- 1 comprimido - Sem utilidade
- 2 comprimidos - Não gostei muito
- 3 comprimidos - Não gostei
- 4 comprimidos - Gostei
- 5 comprimidos - Gostei muito
- 6 comprimidos - Muito útil

Obrigada a todos!

Registo fotográfico do dia da sessão:





APÊNDICE X – Cartaz de sensibilização

POLIMEDICAÇÃO SEGURA: promover a adesão

Toma habitualmente 5 ou mais medicamentos?



- ✓ Mantenha uma lista de medicamentos atualizada;
- ✓ Sempre que for a uma consulta ou urgência levar a lista atualizada;
- ✓ Informar sempre sobre os suplementos e produtos naturais que está a tomar;
- ✓ Sempre que for a uma consulta pergunte se lhe foi alterada a medicação;
- ✓ Sempre que for a uma consulta pergunte se podem ocorrer efeitos secundários a que deve estar alerta;
- ✓ Conheça os medicamentos que está a tomar pelo nome e para que servem;
- ✓ Informe o profissional de saúde se apresenta algum sintoma/sinal de efeito adverso;
- ✓ Guarde as prescrições médicas ou receitas enquanto válidas ou até ao fim do tratamento;
- ✓ Recorra a lembretes de telemóvel ou em papel para evitar o esquecimento da toma da medicação;
- ✓ Se for viajar, não se esqueça de levar a medicação consigo;
- ✓ Verifique sempre a validade dos seus medicamentos e não os tome fora de validade;
- ✓ Não pare de tomar a medicação sem orientação de um profissional de saúde, mesmo que se sinta melhor;
- ✓ Guarde a medicação num local seco e protegido da luz e de alterações de temperatura;
- ✓ Devolva à farmácia a medicação fora de validade ou que já não toma. Nunca coloque no lixo ou na sanita.



**NÃO TOME MEDICAÇÃO SEM ACONSELHAMENTO
DE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE!**

APÊNDICE XI – Guia orientador para Enfermeiros sobre “Adesão ao regime
medicamentoso em idosos polimedicados”

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE



GUIA ORIENTADOR

Para Enfermeiros

ADEÇÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO EM IDOSOS POLIMEDICADOS



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

De 2ª a 6ª feira: 08:00 às 20:00

Sábados, domingos e feriados: 09:00 às 12:30, apenas quando necessário

TELEFONE

EMAIL

Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.

Tel: 249 810 100

www.chmt.min-saude.pt e-mail: geral@uismt.min-saude.pt

1

Contato inicial

Identificar o responsável pela gestão da medicação:

- Medicação habitual;
 - Horas das tomas;
 - Existência de mapa terapêutico;
 - Lapsos nas tomas;
 - Estratégias para evitar erros ou trocas na medicação;
 - Identificar quem é o médico que habitualmente prescreve a medicação;
 - Perceber se há alguém que ajude na gestão da medicação.
- ⇒ **Detectar os fatores de risco:**
- Falta de conhecimentos a nível de: identificar os medicamentos pelo princípio ativo, vias de administração, reações adversas, alergias, armazenamento correto;
 - Analfabetismo ou défice cognitivo;
 - Dificuldades económicas;
 - Limitação física (audição, visão, fala) ou motora;
 - Desgaste por acumulação de funções/responsabilidades;
 - Condições de armazenamento.

2

Realizar Visitação Domiciliária

Verificar o acondicionamento da medicação

- Medicamentos nas embalagens originais;
- Existência de local próprio para guardar os medicamentos;
- Medicamentos protegidos da luz e alterações de temperatura;
- Verificar o prazo de validade.

Avaliar a capacidade da pessoa responsável na gestão da medicação

- Pedir para demonstrar como gere a preparação da medicação;
- Pedir para demonstrar a administração da medicação, consoante as diversas vias de administração;
- Identificar fatores de riscos, erros ou omissões;
- Analisar as estratégias utilizadas na gestão da medicação.

3

Intervir para capacitar

Selecionar as estratégias mais adequadas de acordo com o que foi identificado

- (nível de conhecimentos - literacia em saúde, ...)
 - Ensinar sobre comportamentos de adesão;
 - Incentivar a adesão ao regime medicamentoso;
 - Instruir sobre riscos da não adesão ao regime medicamentoso;
 - Informar sobre os recursos existentes na comunidade;
 - Supervisionar a autoadministração de medicação, se necessário;
 - Fornecer material informativo;
 - Incentivar o envolvimento da família/cuidador na gestão da medicação, sempre que necessário;
 - Referenciar para outros profissionais de saúde.
- ⇒ **Monitorizar**
- Realizar visitação domiciliária de uma forma regular.

2



Estratégias de adesão para os idosos

- Manter uma lista atualizada dos medicamentos que está a tomar;
- Sempre que for a uma consulta ou urgência levar a lista atualizada;
- Sempre que for ao médico informar acerca dos suplementos e produtos naturais que está a tomar;
- Sempre que for a uma consulta perguntar se foi alterada a medicação;
- Perguntar se os medicamentos estão a fazer efeito e quais os efeitos secundários esperados;
- Conhecer os medicamentos pelo nome e para que servem;
- Conhecer os efeitos secundários dos medicamentos que está a tomar;
- Informar o médico/enfermeiro/farmacêutico se apresentar algum sinal/sintoma de efeito adverso;
- Informar o médico/enfermeiro/farmacêutico se apresentar algum sinal/sintoma de efeito adverso;
- Guardar as prescrições/receitas enquanto válidas ou até ao final do tratamento;
- Utilizar uma caixa dispensadora da medicação;
- Recorrer a lembretes de telemóvel ou em papel para não se esquecer da toma da medicação;
- Se for viajar não se esquecer de levar a medicação;
- Guardar a medicação num lugar seco e protegido da luz e de alterações de temperatura;
- Verificar regularmente a validade dos medicamentos e não tomar se estiver fora de validade;
- Não suspender a medicação sem a orientação de um profissional de saúde, mesmo que se sinta melhor;
- Devolver à farmácia a medicação fora de validade ou que já não toma. Nunca deitar no lixo ou na sanita;
- Não se automedicar.

3

APÊNDICE XII – Folheto para idosos sobre “Polimedicação segura”

Porque é importante tomar a medicação?

- Manter a eficácia do tratamento;
- Evitar a descompensação de doenças crónicas (por exemplo hipertensão e diabetes);
- Prevenir internamentos.



NÃO TOME MEDICAÇÃO SEM ACONSELHAMENTO DE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE!

Contactos úteis

- Linha Saúde 24 - 808 24 24 24
- Em caso de emergência - 112
- Centro Antivenenos (CIAV) - 800 250 250
- USF Barquinha - 249 720 900
- UCC Almouril - 249 428 203; ucc.almouril@ulsmt.min-saude.pt

Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.

Tel: 249 810 100

www.chmt.min-saude.pt e-mail: geral@ulsmt.min-saude.pt

Unidade de Cuidados na Comunidade



POLIMEDICAÇÃO SEGURA



Polimedicação - o que é?

Polimedicação é a toma prolongada e ao mesmo tempo, de cinco ou mais medicamentos, incluindo medicamentos com receita médica, medicamentos de venda livre ou suplementos alimentares.

OMS (2019)

Barreiras à correta toma dos medicamentos?

- Ter várias doenças
- Dificuldade na compreensão
- Crenças de saúde
- Comunicação inadequada
- Poucos conhecimentos em saúde
- Idade avançada
- Insuficiência económica
- Falta de apoio na gestão da medicação



Consequências graves:

- Risco de erros na toma de medicamentos,
- Risco de incompatibilidade e reações medicamentosas,
- Maior probabilidade de não tomar os medicamentos corretamente,
- Aumento da morbilidade (deterioração do estado de saúde).

(Simões, 2023)

2

O que posso fazer?

- Ter a lista dos medicamentos atualizada;
- Sempre que for à consulta ou urgência levar a lista atualizada;
- Informar-se sobre os suplementos e produtos naturais que está a tomar;
- Sempre que for à consulta perguntar se a medicação foi alterada;
- Perguntar se podem ocorrer efeitos secundários;
- Conhecer os medicamentos pelo nome e para que servem;
- Informar o profissional de saúde se tiver algum sinal/sintoma adverso;
- Guardar as prescrições/receitas enquanto válidas ou até ao final do tratamento;
- Utilizar uma caixa organizadora da medicação;
- Recorrer a lembretes de telemóvel ou em papel para não se esquecer da toma da medicação;
- Se for viajar não esquecer de levar a medicação e a lista de medicamentos atualizada;
- Guardar a medicação num lugar seco, protegido da luz e de alterações de temperatura;
- Verificar regularmente a validade dos medicamentos e não tomar se estiver fora de validade;
- Não parar de tomar a medicação sem a orientação de um profissional de saúde, mesmo que se sinta melhor.



3

APÊNDICE XIII – Material utilizado para avaliar a sessão com os idosos
“Conhecimentos e Estratégias de adesão ao regime medicamentoso”

