



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 de Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Ana Sofia Mendes Pereira Mateus Morais

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: estratégias de adesão ao regime medicamentoso

Trabalho apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Ana Sofia Mendes Pereira Mateus Morais, nº 5230769

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

*“Não julgue cada dia pela colheita que você obtém,
mas pelas sementes que você planta.”*

Robert Louis Stevenson

AGRADECIMENTOS

É com alegria e satisfação que dou por concluída esta etapa da minha vida. Considero que foi um percurso desafiante, com as dificuldades inerentes ao facto de não estudar há alguns anos, mas, que com empenho e dedicação consegui contornar, tornando-se gratificante.

Assim gostaria de agradecer:

À Professora Doutora Teresa Kraus, pela orientação, acompanhamento e disponibilidade, durante este percurso.

Ao professor Doutor Pedro Melo, pela disponibilidade e gentileza na orientação no início do projeto.

Às enfermeiras, Margarida Arnauth e Manuela Azevedo pela orientação e pela partilha de conhecimentos, por todos os contributos, momentos de aprendizagem proporcionados e ainda pela disponibilidade e atenção, ao tornarem mais fácil este caminho.

A todos os colegas enfermeiros da Unidade de Cuidados à comunidade do Almourol, que acompanharam este percurso e contribuíram para a realização deste estudo, destacando também a colaboração da colega cooperante da Unidade de Saúde Familiar de Vila Nova da Barquinha.

Aos idosos que participaram no estudo pela sua amabilidade e colaboração no contributo que este trabalho possa trazer.

Às minhas colegas de trabalho que também abdicaram de muito durante este último ano e meio, para que este percurso fosse concretizado.

À minha colega mestranda Carina pela disponibilidade, partilha, paciência, companheirismo e apoio inquestionável que sustentou este meu percurso.

E acima de tudo, agradecer ao meu marido e às minhas filhas, pelo incentivo, pelo afeto e por estarem sempre presentes neste percurso, tornando-o possível de ser concretizado, sem vós seria muito mais difícil!

A todos, Muito Obrigada!

RESUMO

O presente relatório pretende descrever, analisar e refletir sobre a minha trajetória de aprendizagem para aquisição de competências comuns e específicas em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária.

O envelhecimento populacional, traduz um aumento das doenças crónicas e consequentemente o recurso a um regime medicamentoso complexo, pode comprometer a adesão ao mesmo e a segurança das pessoas idosas, sendo já considerado um problema universal de saúde pública. Com recurso à metodologia do planeamento em saúde e implementação de estratégias e ferramentas específicas, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, emerge como elemento facilitador da capacitação de grupos/ comunidades para a Promoção da Saúde, através do Empoderamento Comunitário.

Este projeto visa melhorar a *adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados pela via do empoderamento comunitário* para implementação de estratégias e ferramentas *inovadoras*, na área de influência da Unidade de Cuidados à Comunidade de Vila Nova da Barquinha. Adotou-se a metodologia de Planeamento em Saúde, o referencial teórico da promoção da saúde de Nola Pender e o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário de Pedro Melo. Este modelo orienta a tomada de decisão quanto às estratégias de abordagem. No sentido de fundamentar essas estratégias em práticas baseadas na evidência, foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre a temática. Avaliou-se o nível de empoderamento comunitário através da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário e a escala Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT). A partir da análise dos resultados da revisão integrativa e da aplicação dos instrumentos de medida, estabeleceram-se diagnósticos de enfermagem e foram planeadas intervenções como, educação para a saúde, *marketing* em comunicação e divulgou-se o próprio projeto. Os indicadores de resultado, como a melhoria do score na escala de MAT, demonstram tendência positiva na evolução do nível elevado de adesão ao regime medicamentoso pela amostra de idosos polimedicados, assim como a percentagem de profissionais que considera recorrer às estratégias apresentadas representa um ganho elevado de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema. Salienta-se que a reduzida dimensão da amostra, não permite concluir quanto ao impacto da intervenção no Empoderamento Comunitário, sugerindo-se a replicação do estudo em amostras de maior dimensão.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; Empoderamento Comunitário; Adesão ao regime medicamentoso.

ABSTRACT

This report aims to describe, analyze and reflect on my learning path to acquire common and specific skills in Community Health and Public Health Nursing, within the scope of the Master's degree in Community Health Nursing.

Population ageing leads to an increase in chronic diseases and, consequently, the use of complex medication regimens can compromise adherence to them and the safety of elderly people and is already considered a universal public health problem. Using the methodology of health planning and implementing specific strategies and tools, the Specialist Nurse in Community Health and Public Health Nursing emerges as a facilitator in the empowerment of groups/communities for Health Promotion, through Community Empowerment.

This project aims to improve adherence to medication regimens among elderly people on multiple medications through community empowerment to implement innovative strategies and tools in the area of influence of the Vila Nova da Barquinha Community Care Unit. The Health Planning methodology, Nola Pender's theoretical framework for health promotion and Pedro Melo's Community Assessment, Intervention and Empowerment Model were adopted. This model guides decision-making regarding approach strategies. In order to base these strategies on evidence-based practices, an integrative review of the literature on the subject was carried out. The level of community empowerment was assessed using the Community Empowerment Assessment Scale and the Treatment Adherence Measure (MAT) scale. Based on the analysis of the results of the integrative review and the application of measuring instruments, nursing diagnoses were established, and interventions were planned, such as health education, marketing and communication, and the project itself was publicized. The outcome indicators, such as the improvement in the score on the MAT scale, demonstrate a positive trend in the evolution of the high level of adherence to the medication regimen by the sample of polymedicated elderly people, and the percentage of professionals who consider using the strategies presented, represents a significant gain in knowledge of health professionals on the subject. It should be noted that the small size of the sample does not allow for conclusions regarding the impact of the intervention on Community Empowerment, suggesting that the study be replicated in larger samples.

Keywords: Community Health and Public Health Nursing; Community Empowerment; Adherence to the medication regimen.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| RESUMO | IV |
| ABSTRACT | V |
| ÍNDICE DE FIGURAS | IX |
| ÍNDICE DE QUADROS | IX |
| ÍNDICE DE TABELAS | IX |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | IX |
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA | 16 |
| 1.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO | 19 |
| 1.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS À COMUNIDADE DO ALMOUROL | 22 |
| 2. MODELOS DE REFERÊNCIA PARA A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA | 26 |
| 2.1 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER | 26 |
| 2.2 MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO | 29 |
| 3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 35 |
| 3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA | 35 |
| 3.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal | 36 |
| 3.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade | 37 |
| 3.1.3 Domínio da gestão dos cuidados | 39 |
| 3.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais | 39 |
| 3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA | 41 |
| 3.2.1 Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade | 42 |
| 3.2.2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades | 44 |
| 3.2.3 Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde | 45 |
| 3.2.4 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico | 48 |
| 4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA | 50 |
| 4.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 50 |
| 4.1.1 Envelhecimento populacional | 50 |

| | |
|--|-----|
| 4.1.2 Doença crónica e polimedicação | 52 |
| 4.1.3 Adesão ao regime medicamentoso | 55 |
| 4.2. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA BASEADO NA METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE | 59 |
| 4.3 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO EM SAÚDE | 60 |
| 4.3.1 Contextualização do local de intervenção | 61 |
| 4.3.2 População-alvo | 64 |
| 4.3.3 Considerações éticas | 65 |
| 4.3.4 Avaliação do empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso | 66 |
| 4.3.5 Instrumentos de Colheita de Dados | 69 |
| 4.3.6 Análise dos Dados | 70 |
| 4.3.7 Diagnósticos de Enfermagem | 77 |
| 4.4 DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES | 79 |
| 4.5 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS | 81 |
| 4.6 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS | 83 |
| 4.7 ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS | 87 |
| 4.8 PREPARAÇÃO OPERACIONAL E EXECUÇÃO | 88 |
| 4.9 AVALIAÇÃO | 93 |
| 5. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA | 101 |
| CONCLUSÃO | 102 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 106 |
| APÊNDICES | |
| APÊNDICE I – Revisão Integrativa da Literatura | |
| APÊNDICE II - Folheto informativo para os utentes sobre “Polimedicação segura” | |
| APÊNDICE III - Cartaz de sensibilização | |
| APÊNDICE IV – Guia orientador para profissionais de saúde sobre “Adesão ao regime medicamentoso” | |
| APÊNDICE V – Plano da sessão e apresentação do projeto “Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso” | |
| APÊNDICE VI - Plano e apresentação da sessão “Estratégias de Promoção da Saúde” | |
| APÊNDICE VII - Plano e apresentação da sessão para os idosos “Conhecimentos e estratégias de adesão ao regime medicamentoso” | |
| APÊNDICE VIII - Plano e apresentação da sessão “Violência no namoro” | |
| APÊNDICE IX – Dados estatísticos obtidos com o Questionário do processo Comunitário aplicado aos profissionais de saúde | |

APÊNDICE X – Dados estatísticos obtidos com o Questionário do processo Comunitário aplicado aos idosos

APÊNDICE XI - Cronograma do projeto

APÊNDICE XII - Questionário de avaliação, aplicado aos profissionais de saúde, sobre as estratégias implementadas, durante o projeto

ANEXOS

ANEXO I – Organograma da ULSMT

ANEXO II – Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário

ANEXO III - Parecer da Comissão de Ética

ANEXO IV – I Seminário Internacional de Enfermagem Comunitária

ANEXO V – Encontro sobre “Envelhecimento ativo”

ANEXO VI – Questionário de avaliação do Processo Comunitário aplicado aos participantes idosos que inclui a escala de MAT

ANEXO VII - Questionário de avaliação do processo Comunitário aplicado aos participantes profissionais de saúde

ANEXO VIII – Apresentação da sessão com o grupo focal para avaliação do Empoderamento Comunitário

ANEXO IX – Parecer da UCC do Almourol

ANEXO X – Autorização para utilização das escalas

ANEXO XI – Autorização para utilização do MAIEC e EAveC

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Divisão administrativa por concelhos abrangidos pela ULSMT | 16 |
| Figura 2 - Índice de envelhecimento (Nº) da população residente por concelho, no Médio Tejo e em Portugal, no ano 2011 e 2021..... | 17 |
| Figura 3 - Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC do Almourol..... | 17 |
| Figura 4 - Diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola Pender | 27 |
| Figura 5 - Etapas do Planeamento em Saúde..... | 59 |
| Figura 6 - Pirâmide etária da população residente no concelho de Vila Nova da Barquinha, por sexo, em 2011 e 2021..... | 62 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Programas/ Projetos desenvolvidos na USPMT | 21 |
| Quadro 2 - Áreas de intervenção da UCCA | 24 |
| Quadro 3 - Foco de atenção, diagnósticos e subdiagnósticos da Matriz de Decisão Clínica do MAIEC..... | 32 |
| Quadro 4 - Processo de Planeamento em Saúde através da Decisão Clínica do MAIEC | 33 |
| Quadro 5 - Critérios de diagnóstico | 78 |
| Quadro 6 - Avaliação dos diagnósticos e subdiagnósticos e diagnósticos segundo a CIPE..... | 79 |
| Quadro 7 - Critérios de priorização do método CENDES/OPAS | 80 |
| Quadro 8 - Metas e objetivos definidos de acordo com o diagnóstico de situação | 82 |
| Quadro 9 - Mapa de conceitos utilizados na RIL..... | 84 |
| Quadro 10 - Plano de ação do projeto | 89 |
| Quadro 11 - Avaliação dos Indicadores de Processo | 94 |
| Quadro 12 - Avaliação dos Indicadores de Resultado..... | 95 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Priorização dos diagnósticos identificados..... | 81 |
|--|----|

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 - Avaliação do empoderamento de uma comunidade de idosos de VNB para a adesão ao regime medicamentoso. | 68 |
| Gráfico 2 - Quantos medicamentos diferentes toma por dia? | 75 |

Gráfico 3 - Percentagem de profissionais de saúde nas sessões realizadas94

Gráfico 4 - Avaliação da escala de MATErro! Marcador não definido.

Gráfico 5 - Percentagem de idosos que obteve melhoria no score da escala de MATErro! Marcador não definido.

Gráfico 6 - Percentagem de profissionais que considera ter melhorado o conhecimento sobre empoderamento comunitário.....Erro! Marcador não definido.

Gráfico 7 - Percentagem de profissionais que considera ter melhorado o conhecimento sobre empoderamento comunitário.....Erro! Marcador não definido.

Gráfico 8 - Avaliação dos instrumentos desenvolvidos.....Erro! Marcador não definido.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

BI-CSP – Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EAvEC - Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEESCSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

GRT – Gestão do Regime Terapêutico

INE – Instituto Nacional de Estatística

MAIEC – Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

MAT - Medida de Adesão aos Tratamentos

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PLS - Plano Local de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PS – Planeamento em saúde

PQCEEC – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCA - Unidade de Cuidados na Comunidade do Almourol

ULS - Unidade Local de Saúde

ULSMT - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

USPMT - Unidade de Saúde Pública do Médio Tejo

INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II, inserida no 1º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública lecionado na Escola Superior de Saúde de Leiria, no ano letivo 2024/2025, com a orientação da docente Professora Doutora Teresa Kraus.

O referido estágio, decorreu numa primeira fase em contexto de Unidade de Saúde Pública (USP), na Unidade de Saúde Pública do Médio Tejo (USPMT), entre o dia 2 de setembro e o dia 18 de outubro de 2024, com 125 horas de contacto presencial e numa segunda fase em contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), na UCC do Almourol (UCCA), entre o dia 21 de outubro de 2024 e o dia 3 de fevereiro de 2025, com um total de 250 horas de contacto presencial.

Os objetivos gerais definidos para o estágio foram os seguintes: (I) Desenvolver competências de enfermagem no domínio das competências comuns do enfermeiro especialista e (II) Desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (Kraus, 2024).

Como objetivos específicos foram estabelecidos os seguintes:

“... 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 no âmbito comunitário mediante o diagnóstico efetuado; refletir acerca das práticas e dos resultados obtidos resultantes da prática especializada de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública; elaborar um relatório crítico-reflexivo da prática que evidencie o diagnóstico efetuado, o projeto de intervenção, a intervenção e os resultados obtidos dessa intervenção, na comunidade” (Kraus, 2024, p. 5).

Como objetivos transversais foram definidos: 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).

A realização deste relatório pretende descrever o percurso que permitiu o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEESCSP) de forma crítico-reflexiva, em concordância com os referenciais para a profissão e apresentar a operacionalização do projeto, através da metodologia do Planeamento em Saúde.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2021), refere que os estágios devem garantir que as aprendizagens ocorram no ambiente de prestação de cuidados, facilitando o processo de aprendizagem e a consolidação dos conhecimentos adquiridos e que com a realização de relatório final de estágio se obtenha uma reflexão crítica e fundamentada do trabalho desenvolvido.

Uma das competências centrais do EEESCSP, refere-se ao domínio do processo de Planeamento em Saúde, devendo-se "... considerar o planeamento *na* saúde, nomeadamente na enfermagem, uma etapa da tomada de decisão" (Melo, 2020, p.4). Esta metodologia, apresentada por Imperatori & Giraldes (1993), permitiu a realização do diagnóstico de situação de saúde da população na área de intervenção do local de estágio, constituindo o ponto de partida para o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, através da identificação dos problemas e necessidades da população. O Planeamento em Saúde, é um processo facilitador na identificação de estratégias alternativas que permitam resolver problemas ou aproveitar oportunidades, além de avaliar a adequação dessas estratégias para o contexto específico (Rodrigues, 2021).

Inicialmente, identificou-se junto da equipa de enfermagem da UCC do Almourol a existência de lacunas na área da Gestão do Regime Terapêutico (GRT), em idosos polimedicados e sem médico de família atribuído, caracterizadas como problema de saúde prioritário de saúde, no âmbito do contexto da prática da enfermagem. Assim surge a necessidade de intervir nesta temática, objetivando a promoção da adesão ao regime medicamentoso, a prevenção dos riscos associados à polimedicação e a gestão segura do regime medicamentoso, de idosos polimedicados no domicílio.

Esta problemática emerge do envelhecimento populacional, resultado do aumento da esperança média de vida e crescente longevidade da população. Este fenómeno demográfico traduz um aumento das comorbilidades entre a população mais idosa nomeadamente na região de abrangência da Unidade Local de Saúde do Médio Tejo (ULSMT), onde a prevalência de doenças crónicas é um dos principais problemas de Saúde Pública (USPMT, 2024). A utilização de múltiplos fármacos para o controlo destas comorbilidades é o recurso mais comum e atendendo à diminuição gradual e progressiva a nível físico e cognitivo que se verifica nos mais idosos, estes tornam-se um grupo vulnerável.

A segurança do doente, em geral, e a segurança na medicação em específico, originam um problema universal de saúde pública (Simões, 2023), onde o EEESCSP detém uma posição privilegiada que lhe permite intervir, atendendo à proximidade com a comunidade e os restantes profissionais (Pereira, Bieri, Carral, Martins & Verloo, 2022b).

O enfermeiro deve focar-se não apenas na adesão ao tratamento prescrito, mas e sobretudo, na promoção do autocuidado, gerido e mantido pelo próprio utente. Assim, através da capacitação e *empowerment* objetiva-se essa autonomia, capacidade de decisão e responsabilização pela sua saúde (Ribeiro, 2023). O empoderamento comunitário, apresenta-se como processo e como resultado, através de modelos de gestão de medicamentos, interprofissionais, colaborativos e centrados no idoso sujeito a polimedicação (Melo, 2020).

Para responder a esta problemática, realizou-se uma revisão integrativa da literatura de forma a identificar estratégias de intervenção comunitária (Apêndice I). Partindo da questão de investigação “Como promover o empoderamento comunitário para fomentar o nível de adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados, no domicílio, na área de influência da UCC do Almourol?”, delineou-se o seguinte objetivo: identificar estratégias/fatores relacionados com a adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados, no domicílio, na área de influência da UCC do Almourol.

O projeto de intervenção comunitária assenta no modelo teórico de promoção da saúde de Nola Pender, onde a promoção da saúde é compreendida como um comportamento estimulado pela vontade própria de participar ativamente no seu processo de saúde, de forma a mudar comportamentos e adotar estilos de vida saudáveis, salientando o papel do indivíduo no controle dos seus comportamentos (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

A tomada de decisão clínica foi norteadada pelo referencial teórico do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), que integra a atenção dos enfermeiros com foco na comunidade como unidade de cuidados (Melo, 2020).

Assim, implementou-se um estudo quase experimental com desenho antes e após, sem grupo de controlo, utilizando instrumentos de medida e um grupo focal.

O presente relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos. O primeiro descreve a caracterização dos dois contextos de estágio; o segundo expõe os referenciais teóricos que orientaram a prática clínica e o terceiro apresenta a reflexão sobre o percurso da mestranda no âmbito do desenvolvimento de competências, evidenciando as atividades mais relevantes para o seu desenvolvimento e consecução dos objetivos do estágio. O quarto capítulo integra a prática baseada na evidência com o enquadramento teórico e o desenvolvimento e a operacionalização do projeto de intervenção comunitária, segundo a metodologia do Planeamento em Saúde, com as etapas definidas em subcapítulos e no capítulo cinco é desenvolvida uma reflexão sobre as implicações dos resultados deste estudo de investigação-ação na prática clínica.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

O presente estágio de Saúde Comunitária e Saúde Pública decorreu em duas unidades funcionais da ULSMT. O contexto de USP decorreu na USPMT e o contexto de UCC desenvolveu-se na UCC do Almourol.

Em janeiro de 2024, com a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, a recente instituída ULSMT, agrupou o Centro Hospitalar do Médio Tejo (que inclui a Unidade Hospitalar de Abrantes, Tomar e Torres Novas), o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Médio Tejo, (exceto o concelho de Ourém) e ainda os serviços de saúde do concelho de Vila de Rei, com um total de onze centros de saúde.

A ULSMT apresenta como missão, garantir a prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares, paliativos e de convalescença, integrados, preventivos, personalizados, humanizados, de excelência técnica, científica e relacional, ao longo de todo o ciclo vital, com um sentido de vinculação e confiança nos colaboradores e nos utentes, assegurando atividades de investigação, formação contínua e ensino, retendo e valorizando profissionais com elevados níveis de competências e qualificações. O organograma da ULSMT (Anexo I) representa os órgãos de gestão, a área assistencial e a área de apoio à administração (USPMT, 2024a).

A área geodemográfica de abrangência da ULSMT integra os municípios de Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Mação, Sardoal, Tomar, Torres Novas, Vila Nova da Barquinha e Vila de Rei, que corresponde a uma área total de 3.344km² (CIM, 2024), representada abaixo na Figura 1. Apresenta zonas rurais de grande dispersão e zonas urbanas de grande concentração populacional, apresentando em 2023 uma densidade populacional de 80 habitantes/Km² (INE, 2023).

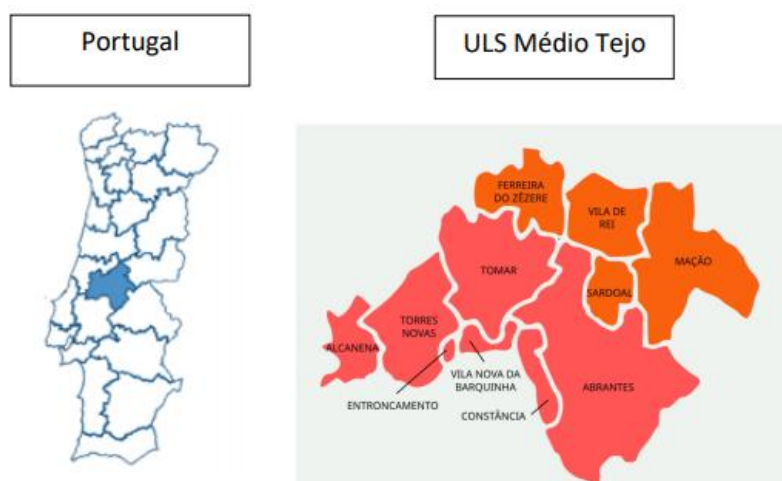


Figura 1 - Divisão administrativa por concelhos abrangidos pela ULSMT Fonte: USPMT (2024a).*Plano Local de Saúde do Médio Tejo 2024-2030.*

Em 2021, de acordo com os Censos, a área de abrangência da ULSMT compreendia uma população total de 169.274 habitantes. Desta, 88.921 correspondiam ao sexo masculino e 80.353 ao sexo feminino, correspondendo em percentagem a 47,5% e 52,5% respetivamente. Nesta área geográfica, verificou-se em comparação com os Censos de 2011 um decréscimo populacional de 7,6% (INE, 2022), com uma diminuição na população residente em todos concelhos da região, entre 2011 e 2021 (USPMT, 2024).

Nos Censos de 2021, é evidenciada uma diminuição da população mais jovem e um aumento da população mais idosa, com predominância no sexo feminino, traduzindo um envelhecimento da população, que acompanha a tendência nacional (INE, 2024).

Na região da ULSMT, no período compreendido entre 2011 e 2021 (Figura 2), verificou-se um aumento do índice de envelhecimento de 185,1 para 251,3, assim como a nível nacional de 128 para 181,3. Salienta-se o acentuado índice de envelhecimento no concelho de Mação (530,6), destacando-se o Entroncamento em sentido contrário com o menor índice de envelhecimento (141,8) (USPMT, 2024), confirmando o fenómeno do envelhecimento populacional, nesta região.

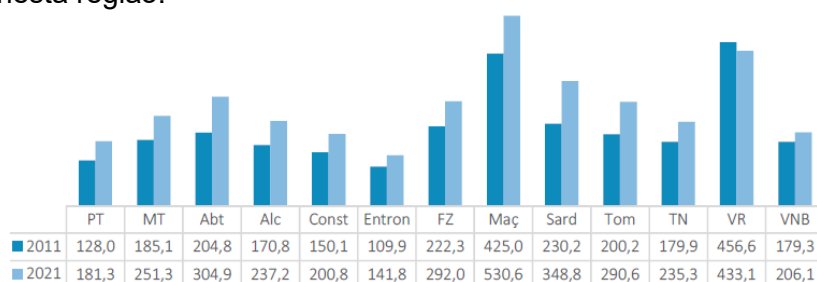


Figura 2 - Índice de envelhecimento (Nº) da população residente por concelho, no Médio Tejo e em Portugal, no ano 2011 e 2021.

Fonte: USPMT (2024). *Diagnóstico da situação de saúde. 2021-2023*

Atendendo ao Diagnóstico da Situação de Saúde (2023) da USPMT, verifica-se um aumento do índice de dependência total superior ao nível nacional, bem como do índice de dependência de idosos, que aumentou 9%, acompanhando a tendência nacional, verificando-se (8,2) em Portugal e no Médio Tejo (9,0). O que indica que a proporção de idosos em relação à população em idade ativa está a aumentar e todos os concelhos da região apresentaram uma variação negativa.

Constata-se também, uma diminuição do índice de dependência jovem com uma percentagem de 19,3%, o que reflete a existência de menos jovens do que pessoas em idade ativa. É possível perceber que a taxa de natalidade apresentou uma tendência decrescente, assim como a taxa de fecundidade. No ano de 2021 a taxa de natalidade apresentou valores de 5,9 nados-vivos por mil habitantes, encontrando-se abaixo dos valores nacionais.

Pelo exposto, podemos concluir que o envelhecimento populacional da região é uma realidade e que se traduz em implicações relevantes para políticas sociais e de saúde, com impacto na estrutura demográfica e nas necessidades da população (USPMT, 2024).

Na área de abrangência da ULSMT, encontram-se 180.119 utentes inscritos nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários. A taxa de utentes inscritos com médico de família corresponde a 72,96%, sem médico de família atribuído a 26,9% e sem médico de família por opção, 0,14% de utentes (BI-CSP, 2024), identificando-se um número considerável, de utentes sem médico de família na região.

No que diz respeito à educação, a região do Médio Tejo apresenta uma proporção inferior de população com ensino superior completo em comparação com a média nacional. Em contrapartida ao nível social, as taxas de desemprego são mais baixas, e observa-se uma diminuição geral no número de beneficiários de programas sociais. No entanto, o poder de compra *per capita* e os ganhos médios mensais são inferiores aos registados no país (USPMT, 2024).

Pela análise dos determinantes sociais da saúde, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e dos seus fatores de risco na população conhecemos melhor uma comunidade. Compreender como estes fatores afetam a saúde de uma comunidade, permite ao EEESCSP definir diagnósticos de saúde, pelo entrecruzamento das necessidades de saúde sentidas pela comunidade e as reais e intervir através da definição de estratégias e políticas de saúde mais adaptadas a essas necessidades (Melo, P., 2020).

Analisando o estado de saúde da população da área de abrangência da ULSMT, verifica-se que no ano 2021, a taxa bruta de mortalidade no Médio Tejo correspondeu a 15,9 óbitos por cada mil habitantes, tendo sido superior à verificada em Portugal (12‰). As principais causas de morte, relacionaram-se com as doenças do aparelho circulatório com 33% do número de óbitos, seguida dos tumores malignos com 24% e das doenças do aparelho respiratório com 10% (USPMT, 2024).

No Médio Tejo os determinantes de saúde com valores de prevalência crescentes identificados, referem-se ao excesso de peso, que acompanha a tendência nacional; à hipertensão arterial, onde a proporção de utentes inscritos com este diagnóstico, é substancialmente superior à registada nas outras regiões e a nível nacional e ainda à alteração dos lípidos, que acompanha a tendência das restantes regiões e a nível nacional. Relativamente à prevalência da diabetes *mellitus*, esta é superior às das outras regiões comparadas.

Verifica-se uma diminuição do número de utentes com “abuso de tabaco”, “abuso de droga” e “abuso crónico de álcool” na região, em concordância com o nível nacional, bem como do número de utentes com “obesidade” (USPMT, 2024).

Assim e de acordo com o Diagnóstico da Situação de Saúde (2023) da USPMT, conclui-se que as principais doenças e condições de saúde prevalentes na região do Médio Tejo, são a alteração do metabolismo dos lípidos, a hipertensão arterial e a *diabetes mellitus*, denominadas de doenças crónicas, e consideram-se como ponto de partida para a identificação de necessidades de saúde específicas e para o planeamento de estratégias adaptadas de prevenção e tratamento.

De seguida é feita a caracterização das unidades funcionais onde decorreu este estágio: USPMT e UCCA.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Considerando o Decreto-Lei n.º 52/2022, artigo 12º referente à Saúde Pública, os serviços de Saúde Pública têm como principais funções promover a saúde, prevenir a doença e prolongar a vida saudável da população, recorrendo a instrumentos de avaliação e monitorização do estado de saúde de uma população, pela avaliação dos fatores que o influenciam e das necessidades e recursos das comunidades, permitindo a implementação de medidas para melhorar e proteger a saúde dos cidadãos adequadas às suas necessidades (Diário da República, 2022). É o resultado da organização da sociedade, sob tutela do estado, no sentido de promover e defender a saúde dos seus cidadãos e integra uma equipa multidisciplinar (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A ULSMT abrange a atividade de Saúde Pública da região, nos cuidados de saúde primários, sendo a USPMT a unidade funcional da ULSMT neste âmbito.

A USPMT intervém na área geodemográfica da ULSMT, e integra equipas técnicas multidisciplinares, considerando as necessidades e características geodemográficas da zona de intervenção, sendo a primeira USP com Acreditação, pela Direção Geral da Saúde (USPMT, 2023).

Esta USP é coordenada por um médico de Saúde Pública e integra seis enfermeiros, distribuídos pela sede e pelas diferentes unidades concelhias e que desenvolvem a sua atividade de acordo com o Plano de Atividades definido pela USPMT. Os seis enfermeiros têm diferentes especialidades (dois com especialidade de saúde pública, três com especialidade de saúde comunitária e um com especialidade de saúde materna e obstétrica).

As dotações seguras têm constituído uma preocupação contínua para a OE, pois a escassez de recursos nas instituições pode comprometer a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, sendo uma das prioridades desta instituição. Uma dotação adequada de enfermeiros permite assegurar índices de segurança e de qualidade dos cuidados prestados, sendo aspetos relevantes a ter em conta, o nível de qualificação e perfil de competências dos enfermeiros. Para tal, devem ser utilizadas “metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 128).

As dotações seguras encontram-se regulamentadas no n.º 743/2019 e segundo estas orientações, está preconizado um enfermeiro especialista/30.000 habitantes. Considerando o número total de habitantes, o valor desejável seriam seis enfermeiros, podendo-se concluir que cumprem com as dotações seguras.

A USPMT adota como missão a definida pela ULSMT e já referida anteriormente. Assume contribuir para a melhoria do estado de saúde da população na sua área de intervenção, com foco na obtenção de ganhos em saúde e garantir a proteção da saúde da população quando esta se encontre comprometida. Pretende conduzir atividades de Planeamento em Saúde com a identificação das necessidades da população, a gestão e colaboração na implementação dessas ações, e avaliação do seu impacto, bem como, objetiva a gestão de programas e projetos de intervenção para a defesa, proteção e promoção da saúde da população (USPMT, 2023a).

A intervenção da USPMT baseia-se em programas e projetos definidos no Plano de Ação 2023-2025 e na carteira de serviços, em que cada profissional de enfermagem tem uma área de responsabilidade de um ou mais projetos de intervenção na comunidade, em parcerias com entidades da região. Encontram-se nomeados no Quadro 1.

| Programa de Saúde | Atividades da USP |
|---|--|
| Diagnóstico de saúde e Observatório do Médio Tejo | - Elabora o diagnóstico da situação de saúde, gerando informação sobre indicadores de saúde mais recentes. |
| Plano local de saúde | - Define as intervenções comunitárias com base no Diagnóstico de Saúde elaborado. |
| Capacitação e Literacia em Saúde | - Projeto “Viagem de Finalista – Diversão 100 riscos”, para os alunos finalistas do ensino secundário das escolas públicas da área da USPMT, promovendo a adoção de comportamentos seguros e saudáveis nesse contexto recreativo; - Projeto Sol & Saúde, no âmbito da prevenção de doença oncológica, decorre nas praias fluviais da região, para a adesão a estratégias de prevenção na exposição solar e ao diagnóstico precoce; - Projeto na Saúde Mental, em construção, na fase de colheita de dados em escolas; - Projeto de Envelhecimento Ativo, que não se encontra a ser desenvolvido; - Projeto PROSEGURO 2023-2026, inserido na promoção da segurança rodoviária, um projeto piloto destinado a alunos 4º e 9º ano de escolaridade na vertente de peões, e do 1º ano do ensino superior, na vertente de condutor, para capacitar os utilizadores das vias rodoviárias, em segurança rodoviária, formando gerações futuras de condutores mais responsáveis. |
| Programa Nacional de Saúde Escolar | - Promoção do sucesso escolar no Médio Tejo: identificar e corrigir problemas que possam interferir negativamente na aprendizagem nas crianças, antes do início da escolaridade obrigatória. Avaliação a todas as crianças do último ano do ensino pré- |

| (continuação) Programa de Saúde | Atividades da USP |
|--|---|
| Programa Nacional de Saúde Escolar | escolar, nos jardins-de-infância da rede pública da área geográfica do Médio Tejo. Coordenada pela Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária e realizada por técnicos optometristas e audiologistas, em parceria com a Comunidade Intermunicipal do Médio Tejo, que fornece um voucher com o valor monetário de 150€, para ajudas de custo nas medidas de correção visual. |
| Programa de Vacinação do Médio Tejo | - O enfermeiro responsável, faz a gestão e a articulação com as outras Unidades de Saúde nas questões referentes à vacinação. |
| Vigilância Epidemiológica | - Monitorização dos casos de doença transmissível de notificação obrigatória e controle de contactos e ambiental, seguindo os critérios definidos na norma 1150/2021 da Direção Geral da saúde, é efetuada a investigação epidemiológica, o registo é feito no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) e também a análise de notificação por concelhos; - Consulta de Diagnóstico e Acompanhamento Pneumológico, que segue as orientações e normas da Direção Geral da Saúde no Programa Nacional para a Tuberculose. |
| Programa de Gestão de Resíduos Hospitalares | - Uniformização de procedimentos e sensibilização dos profissionais, para melhorar as condições ambientais e comportamentais dos profissionais e minimizar os riscos associados ao contacto com os resíduos produzidos; - Controle semanal dos resíduos produzidos e uma auditoria anual para aferir o que é necessário modificar. |
| Fenómenos Climáticos Extremos | - Plano de Contingência para o Módulo Calor e Plano de Contingência para o Módulo Frio e respetivas avaliações; - Concretização de alertas. |
| Saúde Ambiental | - Vigilância sanitária da água em diversos contextos, de estabelecimentos prestadores de serviços; - Vigilância da qualidade do ar interior em instituições; - Prevenção e controle de doenças transmitidas por vetores e da doença dos legionários; - Vigilância dos estabelecimentos de apoio social, turísticos, alojamento local; - Saúde ocupacional: proteção e promoção da saúde de todos os trabalhadores. |
| Saúde Oral no Médio Tejo | - Promoção da saúde oral e prevenção das doenças orais, referenciação em saúde oral; - Projeto SOBE+: escovagem dentária nas escolas. |
| Consulta do Viajante e Vacinação Internacional | - Consulta com recomendação das medidas preventivas, em função do país de destino, tipo de viagem e tempo de permanência; - Vacinação recomendada para cada país, seguindo as orientações e normas da DGS; |
| Autoridade de Saúde | - Avaliação psiquiátrica compulsiva-mandado de condução. |

Fonte: Adaptado. USPMT (2023). *Carteira de Serviços - Unidade de Saúde Pública do ACES do Médio Tejo*.

Neste âmbito tive a oportunidade de participar em reuniões durante a elaboração do Plano local de saúde, nomeadamente durante a fase de definição de prioridades, através do método de priorização de *Hanlon*; na área da Capacitação e Literacia em Saúde, participei no Projeto PROSEGURO 2023-2026; no Programa Nacional de Saúde Escolar: Promoção do sucesso escolar no Médio Tejo; Programa de Vacinação do Médio Tejo, nesta área de intervenção, foime apresentado pelo enfermeiro responsável da Saúde Pública da ULSMT, em reunião, todo o processo de vacinação desta unidade; Vigilância Epidemiológica Monitorização dos casos de doença transmissível de notificação obrigatória e controle de contactos e ambiental e Consulta de Diagnóstico e Acompanhamento Pneumológico; Fenómenos Climáticos Extremos: em reuniões de elaboração do Plano de Contingência para o Módulo Calor e Plano de Contingência para o Módulo Frio e respetivas avaliações; na área da Saúde Ambiental: participei na Vigilância sanitária da água e qualidade do ar em diversos contextos, de estabelecimentos prestadores de serviços e na Vigilância dos estabelecimentos de apoio social; na Consulta do Viajante e Vacinação Internacional. Estas intervenções serão abordadas no capítulo do desenvolvimento de competências.

1.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS À COMUNIDADE DO ALMOUROL

A UCC é a unidade funcional dos Cuidados de Saúde primários a quem compete, de acordo com o disposto no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, em âmbito domiciliário e comunitário, a pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional, promovendo a educação para a saúde, a integração em redes de apoio familiar e a implementação de unidades móveis de intervenção.

A UCC do Almoúrol, onde decorreu o estágio, é uma unidade funcional integrada na ULSMT e engloba três municípios: Constância, Entroncamento e Vila Nova da Barquinha (VNB). Esta unidade encontra-se sediada num edifício da zona central de VNB e integra uma equipa multiprofissional que desenvolve projetos de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação. Pretende ser uma Unidade de referência e conta com Acreditação pela *Agência de Qualidade Sanitaria de Andalucia (ACSA)*.

Esta UCC é coordenada por uma enfermeira gestora de Saúde Comunitária e integra 11 enfermeiros, que desenvolvem a sua atividade de acordo com o Plano de Atividades definido e distribuídos por áreas de intervenção considerando a sua área de formação de especialidade, (cinco enfermeiros de cuidados gerais, três especialistas de saúde comunitária e três de especialistas de reabilitação).

Abordando as dotações seguras da OE para esta Unidade, tendo em conta o definido no Regulamento n.º 743/2019, está preconizado 1 enfermeiro, de preferência especialista/5.000 habitantes, tendo em conta as características geodemográficas e sociais da população, do número e tipologia de projetos e das horas necessárias para os programar, implementar e avaliar resultados. Na Unidade existem 11 enfermeiros para 32.220 utentes, concluindo-se que as dotações estão asseguradas, com seis enfermeiros especialistas.

Esta Unidade apresenta como compromisso primordial a melhoria do estado de saúde da população da área de abrangência, de forma a obter ganhos em saúde. Através da prestação de cuidados de saúde de proximidade, apoio psicológico e social, em casa e na comunidade, no local de trabalho e nas escolas, a indivíduos, famílias e grupos vulneráveis e atuar na educação para a saúde, no desenvolvimento de parcerias e na integração de redes de apoio à família, norteadas por valores a preservar e a promover na prestação de cuidados, na equipa e na relação com a comunidade, como o respeito, autonomia, solidariedade, responsabilidade partilhada, dedicação e humanização (BI-CSP, 2024).

A UCCA, abrange cerca de 32.220 utentes de acordo com o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) (2024). Nesta área de abrangência em 2022, em VNB existiam cerca de 7.783 indivíduos residentes, no Entroncamento 21.985 e em Constância 3.958 indivíduos. Estes três concelhos têm áreas geográficas distintas, que se traduz em densidades populacionais díspares, sendo 151,4 para VNB, para o Entroncamento 1.554,7 e para Constância 48,2 (INE, 2024b).

A pirâmide etária dos utentes abrangidos apresenta um estreitamento na base e um alargamento nas faixas medianas, com uma diminuição da população nas camadas mais jovens da população até aos 54 anos, nos três municípios e está representada abaixo, na Figura 3. O aumento da população foi mais significativo a partir dos 80 anos em VNB e no Entroncamento e em Constância a partir dos 50 anos de idade (USPMT, 2024).

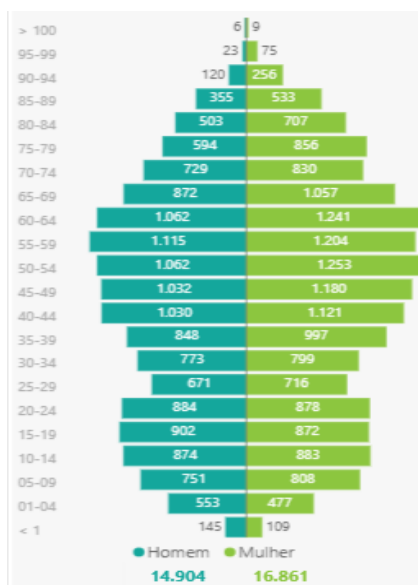


Figura 3 - Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC do Almourol

Fonte: BI-CSP (2024) *Bilhete de identidade dos cuidados de Saúde Primários. UCC do Almourol.*

Constata-se uma variação negativa da população em idade ativa, com um saldo natural negativo nos três municípios, ainda assim, com os valores mais baixos do Médio Tejo (INE, 2024b).

Apresenta um índice de dependência total elevado (61,74%), um índice de dependência de jovens de 23,42% e com um índice de dependência de idosos de 38,31% (BI-CSP, 2024).

Em termos de grupos mais vulneráveis, no índice de envelhecimento, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2024), salienta-se um aumento nos três concelhos,

com o Entroncamento com o nível mais baixo da região 147,6% e VNB e Constância com valores superiores ao nível nacional, 200,9% e 204,8% respetivamente.

O índice de dependência total em VNB apresenta-se superior aos dois restantes e ao nível nacional com 65%, de destacar o Entroncamento com o valor mais baixo da região (54,3%). O índice de dependência de jovens é mais alto que o regional, em VNB e Entroncamento, refletindo que havia menos jovens do que pessoas em idade ativa. Relativamente ao índice de dependência de idosos verifica-se um aumento nestes municípios, destacando-se o Entroncamento com o valor mais baixo da região (32,4%) (INE, 2024b).

Estes dados associados a uma acentuada diminuição da taxa de natalidade bruta nos três municípios, encontrando-se esta abaixo do valor ao nível nacional, retrata um envelhecimento da população, considerando-o um problema de Saúde Pública.

A dimensão média das famílias é de 2,4 indivíduos por família e a população com nacionalidade estrangeira tem vindo a aumentar nos três concelhos (Pordata, 2022).

Na educação observa-se um aumento do nível de escolaridade em todos os níveis do ensino e acompanhado da descida da taxa de analfabetismo em todos os municípios (USPMT, 2024). Na área de abrangência da UCCA no ano de 2022, o número de médicos existentes/1.000 habitantes era de 2 e o número de enfermeiros correspondia a 5. A média nacional no mesmo período situava-se em 5,8 médicos e 7,8 enfermeiros/1.000 habitantes (INE, 2023), sendo este um determinante relevante, alegando a prevenção da doença, a promoção da saúde e o controle de doenças crónicas instaladas.

A UCCA apresenta programas dirigidos à população ao longo de todo o ciclo vital, integrados no Plano de Ação 2024 e na sua carteira de serviços, em articulação com as Unidades de Saúde Familiares (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e com a equipa coordenadora local no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em que cada profissional de enfermagem tem a responsabilidade do planeamento, execução e avaliação de um projeto, nas seguintes áreas de intervenção, descritas seguidamente no Quadro 2:

Quadro 1 - Áreas de intervenção da UCCA

| Área de Intervenção | Atividades da UCCA |
|---------------------|--|
| Gestão da Doença | <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados continuados integrados – Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que abrange cuidados domiciliários nas vertentes preventivas, curativa, reabilitação e ações paliativas; - Reabilitação respiratória; - Gestão do doente crónico, com a gestão do regime terapêutico para utentes com doença crónica e também a capacitação e apoio ao prestador de cuidados, pelo desenvolvimento de ações de suporte aos prestadores de cuidados, quer na vertente dos cuidados à pessoa dependente quer dirigidas à proteção de saúde e à gestão do <i>stress</i> do prestador de cuidados. |
| Gestão da Saúde | <ul style="list-style-type: none"> - Curso de preparação para o parto e parentalidade; - Curso de recuperação no pós-parto; |

| (continuação) Área de Intervenção | Atividades da UCCA |
|--------------------------------------|--|
| Gestão da Saúde | - Consulta de promoção do aleitamento materno com apoio às puérperas que estão a vivenciar dificuldades na amamentação ou que necessitam de algum tipo de suporte e curso de promoção de competências parentais após o nascimento que aborda temas como cuidados ao bebé com cólica, prevenção de complicações na amamentação, alimentação no 1º ano de vida, saúde oral, prevenção de acidentes domésticos em crianças com menos de 1 ano de idade, cuidados a prestar à criança doente, primeiros socorros na infância e desenvolvimento infantil no 1º ano de vida. |
| Intervenção comunitária | - Saúde escolar, com intervenções de sessões de educação para a saúde em determinadas áreas como por exemplo a saúde oral, sexualidade e violência no namoro entre outras; - Em crianças com necessidades de saúde especiais, é efetuada uma avaliação, em articulação com os encarregados de educação e a equipa de saúde familiar, que sendo verificado compromisso de saúde é elaborado o Plano de Saúde Individual (PSI), com o acompanhamento da sua execução e reavaliação sempre que necessário; - A promoção da saúde na comunidade; - Parcerias na rede social; - Na área do núcleo de apoio a crianças jovens em risco (NACJR) e equipa de prevenção da violência no adulto (EPVA), em que é avaliada a situação pela equipa da Unidade e que oferece suporte à equipa de saúde familiar, para uma intervenção eficaz, acompanhamento e encaminhamento de situações. |

Fonte: Adaptado. UCCA (2023). *Regulamento Interno*.

A intervenção neste estágio integra-se na área da Gestão da Doença: Gestão do doente crónico – Gestão do Regime Terapêutico e irá ser desenvolvida no município de VNB, pelo que o diagnóstico de situação de saúde será realizado nesse concelho. Este facto deve-se à limitação temporal para aplicação do presente projeto e em concordância com a enfermeira orientadora do estágio e enfermeira gestora da UCCA.

De acordo com o Relatório de Atividades da UCCA em 2023, a resolução da ineficácia/compromisso na Gestão do Regime Terapêutico apresentou uma taxa de 60,47% aquém do resultado esperado de 72%, corroborando a importância de intervenção nesta área (UCC Almourol, 2024).

No capítulo seguinte são descritos os modelos de referenciais teóricos que suportam o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária.

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

Ao planear intervenções de enfermagem, é fundamental que as decisões sejam baseadas em modelos teóricos para a prática de enfermagem, enquanto ciência humana e técnica. A utilização desses modelos valoriza a prática, dá suporte aos cuidados prestados e contribui para a melhoria contínua dos cuidados (Ribeiro, 2023). Estas proporcionam uma base sólida para a organização dos cuidados adaptados ao contexto e às características da pessoa, família ou comunidade, favorecendo uma abordagem holística do utente (Silva & Nascimento, 2023).

De seguida são apresentados os dois modelos teóricos que orientaram a prática de cuidados de enfermagem durante o de estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tendo sido eleitos, o referencial teórico de Nola Pender - Modelo de Promoção da Saúde, que permite analisar e implementar ações de promoção da saúde e o MAIEC de Pedro Melo, que objetiva a promoção do empoderamento comunitário.

2.1 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

A utilização de modelos de promoção da saúde pode ajudar a compreender os determinantes dos problemas de saúde e direcionar resoluções que atendam às necessidades e interesses das pessoas envolvidas. Podem permitir, também a promoção do conhecimento, a reflexão e a tomada de decisões no cuidado e na ação, aumentando as possibilidades de alcançar os objetivos propostos, na promoção da saúde e na prevenção de doenças (Ramos, 2021).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) que cita a Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde refere-se ao “processo de capacitar as pessoas a aumentar o controlo sobre, e melhorar, sua saúde”. A saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.

Deste modo, a promoção da saúde implica um desenvolvimento de conhecimentos, que aumentem a consciencialização sobre a relevância de adotar atitudes que promovam a saúde, estimulando, dessa maneira, a prática de hábitos saudáveis (WHO, 1986). Em 2005, a Carta de Bangkok define a promoção da saúde como sendo “o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo sobre a sua saúde e os seus determinantes e, desse modo, melhorar a sua saúde” (WHO, 2005). Para Laverack (2007) citado em (Melo, 2020), o objetivo é permitir aos outros ganhar mais controlo sobre as influências das suas vidas e melhorar a sua saúde.

No âmbito deste estudo elegeu-se o Modelo de Promoção da Saúde desenvolvido por Nola Pender na década de 70. Este modelo assenta na promoção da saúde, que permite implementar e avaliar ações que promovem a saúde através da avaliação e da motivação

para a modificação de comportamentos, de forma a ter maior controle sobre a saúde (Pender et al., 2015). Baseia-se nos comportamentos e ações que o indivíduo desenvolve, para atingir metas possíveis e atingíveis, objetivando a manutenção ou melhoria do bem-estar ao longo da vida, encontra-se representado na Figura (4) seguinte:

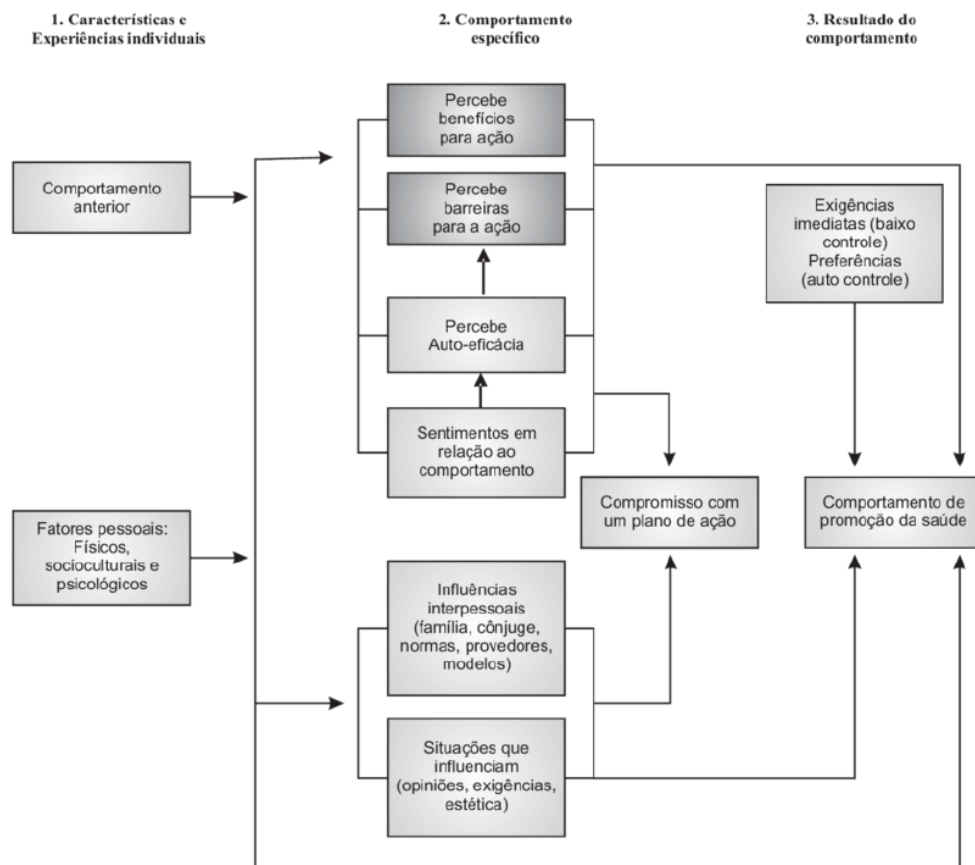


Figura 4 - Diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola Pender

Fonte: Victor, Lopes & Ximenes (2005). *Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender.*

A saúde é um estado positivo, em que a definição pessoal de saúde de cada um, é considerada mais importante que o conceito universal. Esta perspetiva coloca a pessoa no centro do modelo de educação para a saúde (Pender et al., 2015). Assim, a promoção da saúde é entendida como um comportamento incentivado pela vontade própria em se envolver no seu processo de saúde, de forma a mudar comportamentos e adotar estilos de vida saudáveis (Pender et al., 2015), onde o papel do indivíduo no controle dos seus comportamentos é realizado.

Este modelo foi desenvolvido para integrar as perspetivas de enfermagem e da ciência do comportamento, assim como os fatores que influenciam a adesão a comportamentos de saúde e possibilita ferramentas para explorar o complexo processo biopsicossocial

relacionadas com a decisão dos indivíduos em adotar comportamentos que promovam a saúde (Bittencourt, Marques, & Barroso, 2018).

Conceitos do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender:

- A pessoa, é considerada como um organismo biopsicossocial, é influenciada pelo ambiente e procura ambientes onde possa manifestar facilmente suas características;
- O ambiente, refere-se ao contexto sociocultural e físico que pode ser ajustado para que seja possível aderir a comportamentos mais saudáveis;
- A enfermagem, colabora com a comunidade, indivíduos e famílias para criar um ambiente que fomente um melhor estado de saúde e bem-estar;
- A saúde, resulta dos comportamentos que envolvem o autocuidado, relacionamentos satisfatórios e atitudes promotoras de um ambiente saudável e estruturado;
- A doença, aguda ou crónica, pode facilitar ou dificultar a adoção de comportamentos saudáveis (Pender, 2012).

Alicerça-se em três componentes:

- Experiência e características individuais, que compreende o comportamento anterior e os fatores pessoais. O comportamento humano é influenciado por diversos fatores: biológicos, psicológicos, socioculturais, assim como por experiências passadas e hábitos enraizados, que podem atuar como facilitadores ou barreiras para a adoção de novos comportamentos promotores da saúde;
- Cognições e afetação do comportamento, que desempenham um papel fundamental na mudança de comportamento. A maneira como as pessoas pensam e sentem a respeito de um comportamento, as suas crenças e percepções, são fatores determinantes para que elas o adotem ou não e influenciam a efetividade desses mesmos comportamentos. Este componente é constituído pelas seguintes variáveis:
 - Benefícios de ação percebidos: refere-se às representações mentais positivas, que evidenciam os benefícios de adotar um comportamento;
 - Barreiras percebidas à ação: são as percepções negativas, as dificuldades e os custos que estão associados ao comportamento;
 - Autoeficácia percebida: a respeito da avaliação das habilidades pessoais de organizar e realizar as ações;
 - Sentimentos em relação ao comportamento: representa a reação emocional relacionada com o comportamento. O sentimento gerado pelo comportamento tem impacto sua repetição. É fundamental que a comunidade associe as práticas saudáveis a emoções positivas;

- Influências interpessoais: relacionam-se com o que os indivíduos da comunidade pensam e sentem sobre um determinado comportamento, as suas crenças e atitudes, têm um impacto direto na intenção do grupo vulnerável em adotá-lo. As ações do grupo poderão ser influenciadas pela família, pares, profissionais de saúde, normas, apoios e modelos;
- Influências situacionais: referem-se aos diferentes contextos que podem contribuir ou dificultar que determinados comportamentos sejam adotados;
- Resultado comportamental, para alcançar este resultado é necessário estabelecer um plano de ação, aliado a um forte compromisso com sua execução, funcionando como impulsionador para a adoção de comportamentos promotores de saúde. Este componente engloba:
 - Compromisso com o plano de ação: relacionado com as intervenções de enfermagem que permitem ao grupo manter determinado comportamento de promoção da saúde;
 - Exigências imediatas e preferências: as mudanças comportamentais repentinas são mais desafiadoras para o grupo em comparação com as que envolvem ajustes mais graduais e alinhadas com as suas preferências;
 - Comportamento de promoção de saúde: é o comportamento adotado que terá repercussões positivas para o estado de saúde e que resulta da implementação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

O modelo em questão, representa um processo dinâmico que exige a identificação e a modificação de fatores de risco ao longo de todo o ciclo vital, visando a adoção de comportamentos promotores de saúde, de forma a melhorar a qualidade de vida da população. E destaca a importância do papel do indivíduo na promoção da própria saúde, a atuação da enfermagem como facilitadora desse processo e a influência do ambiente nesse contexto.

2.2 MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

Na Enfermagem Comunitária, de acordo com Melo (2020), a comunidade é considerada como unidade de cuidados, de forma dinâmica e com identidade própria, onde indivíduos e grupos interagem entre si e com o ambiente comunitário (Melo, 2020).

Nas competências específicas do EEESCSP definidas no Regulamento nº 428/2018 da OE, é descrito “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, assumindo a Comunidade como unidade de cuidados.

O EEESCSP através do desenvolvimento desta competência, relacionando-se com a promoção da saúde e com o empoderamento comunitário (Melo, 2020), assume um papel fundamental no empoderamento de uma comunidade. A tomada de decisão clínica centrada na comunidade como destinatária dos cuidados, orienta os enfermeiros num processo de empoderamento comunitário (Fialho, 2020).

O empoderamento comunitário envolve um processo ordenado para identificar e resolver problemas sociais e políticas sociais a partir dos membros das comunidades (Laverack, 2008 citado em Melo, 2020), e considera-o um processo interativo e contínuo. Este pode ser desenvolvido quer como um processo (que visa a concretização de um objetivo ou meta), quer como um resultado (em que o empoderamento é em si o objetivo ou a meta a atingir) (Laverack, 2008).

Anteriormente, Morrondo (2000) enfatiza que o empoderamento dos indivíduos e da comunidade é essencial, pois a saúde depende do controle que uma pessoa tem sobre a sua vida, sendo uma estratégia crucial para a promoção da saúde.

De acordo com Spritzer (1995), citado em Melo (2020) o empoderamento contempla três níveis:

- 1) Empoderamento individual ou intrapessoal - quando os indivíduos se apercebem das suas capacidades e recursos, para as suas escolhas e controle da sua vida;
- 2) Empoderamento organizacional – quando as organizações comunitárias promovem a partilha do poder de decisão e liderança;
- 3) Empoderamento social ou comunitário – quando os indivíduos (individualmente ou coletivamente) através de processos participativos definem estratégias e intervenções para atingir os objetivos.

O MAIEC, foi desenvolvido por Pedro Melo em 2017, como referencial teórico específico, associado à tomada de decisão clínica e que permite uma Matriz de Decisão Clínica que assiste os enfermeiros na sua tomada de decisão, centrada na comunidade, como foco dos seus cuidados, objetivando a promoção do empoderamento comunitário (Melo, P., 2020).

Este modelo é baseado no modelo contínuo de Empoderamento Comunitário proposto por Laverack (2008) e nos pressupostos do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MIDAIF) proposto por Figueiredo (2012), com a adaptação da comunidade como unidade de cuidados. A comunidade passou a ser vista como a unidade de cuidados para os enfermeiros, onde indivíduos e grupos são considerados membros de um coletivo com identidade própria, no qual todas as partes interagem entre si e com o ambiente comunitário (Melo, 2020).

O MAIEC assenta em conceitos, pressupostos e postulados, que se nomeiam de seguida.

Os conceitos propostos pelo MAIEC são: Comunidade, Ambiente Comunitário, Saúde Comunitária e Cuidados de Enfermagem à Comunidade:

- * Comunidade refere-se ao conjunto de pessoas inseridas num contexto geográfico específico e bem delimitado, com funções claras e definidas, com um sentido de identidade comum, permitindo a colaboração em torno de objetivos partilhados. Trata-se de um sistema aberto de interações entre indivíduos, grupos e organizações comunitárias;
- * Ambiente Comunitário, é definido como o conjunto de elementos humanos, físicos, económicos, e políticos;
- * Saúde Comunitária é definida como um processo dinâmico de empoderamento comunitário, onde a participação, os processos e a liderança da comunidade se alinham para identificar e resolver problemas, bem como maximizar os recursos disponíveis na comunidade;
- * Cuidados de Enfermagem à comunidade, são caracterizados pelo desenvolvimento de uma intervenção colaborativa da comunidade, fortalecida pela abordagem da gestão comunitária dos cuidados de enfermagem, com o intuito de promover o empoderamento da comunidade (Melo, 2020).

Como pressupostos o autor estabelece as seguintes orientações:

- * O centro dos cuidados é a comunidade num processo dinâmico de empoderamento comunitário;
- * O enfermeiro como agente externo é promotor de uma abordagem colaborativa orientada para a autonomia da comunidade na identificação e resolução dos seus problemas;
- * Os cuidados de enfermagem à comunidade fortalecem o empoderamento, promovendo a otimização de recursos e competências comunitárias;
- * A finalidade dos cuidados centra-se na Saúde Comunitária como um todo, bem como nos ganhos em saúde do projeto de intervenção comunitária desenvolvido e consequentemente associados a ganhos em Saúde Pública (Melo, 2020).

Os postulados do MAIEC fundamentam-se em premissas e princípios:

- * O enfermeiro deve avaliar o estado de saúde de todas as comunidades independentemente da sua natureza;
- * A abordagem da comunidade é feita no contexto da potencialização da Saúde Comunitária e potencialização da Saúde Pública;

- * A avaliação do estado de saúde da comunidade e as características do ambiente comunitário, determinam o planeamento das intervenções de acordo com as suas necessidades;
- * A comunidade, como foco de cuidados, requer intervenções de enfermagem, de forma a potenciar o empoderamento comunitário, como processo e como resultado;
- * As intervenções focam-se no empoderamento comunitário, a par com as necessidades específicas da comunidade identificadas no processo de avaliação específico de cada projeto de intervenção comunitária (Melo, 2020).

Para Melo (2020) a Matriz de Decisão Clínica do MAIEC compreende um processo prescritivo de decisão clínica, que integra os focos de atenção e diagnósticos dos enfermeiros centrados na comunidade e as intervenções de enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

O MAIEC define como foco principal de atenção a **Gestão Comunitária**, considerada como a capacidade da comunidade de mobilizar recursos, no âmbito de processos intencionais e de interação com o ambiente comunitário, de forma a identificar e solucionar os seus problemas (Melo, 2020). Integra três dimensões de diagnóstico:

- O **Processo Comunitário**, onde é avaliado o *coping* comunitário que diz respeito às experiências prévias da comunidade e às estratégias desenvolvidas para fazer face às problemáticas;
- A **Participação Comunitária**, onde são avaliados os processos de interação dentro da comunidade, por meio de mecanismos de comunicação, parcerias e desenvolvimento de organizações comunitárias;
- A **Liderança Comunitária** onde se avalia a forma como os membros e líderes da comunidade se envolvem no processo de gestão comunitária, fundamentado na dimensão cognitiva e atendendo a crenças e volição (Melo, 2020).

O foco de atenção, os diagnósticos e subdiagnósticos encontram-se descritos seguidamente, no Quadro 3.

Quadro 2 - Foco de atenção, diagnósticos e subdiagnósticos da Matriz de Decisão Clínica do MAIEC

| Foco principal | Dimensão do Diagnóstico | Sub dimensão do Diagnóstico |
|--------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Gestão Comunitária | Processo Comunitário | <i>Coping</i> Comunitário |
| | Participação Comunitária | Comunicação |
| | | Parcerias |
| | | Estruturas Organizacionais |
| | Liderança Comunitária | Conhecimento |
| | | Crenças |
| | | Volição |

Fonte: Adaptado. Melo P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*, p. 58. Lidel.

A gestão comunitária é considerada comprometida quando ao avaliar cada um destes subdiagnósticos se verifica alteração numa das dimensões de diagnóstico (Melo, 2020). No sentido de dar resposta a estes diagnósticos, seguindo a matriz de decisão clínica, o EEESCSP intervém para melhorar a gestão comunitária, através da promoção da participação comunitária, da liderança comunitária e da melhoria do processo comunitário, de acordo com o mesmo autor.

O MAIEC evidencia a importância do Planeamento em Saúde como princípio metodológico e como base para a intervenção do EEESCSP. Ao utilizar este modelo como referencial teórico e operativo para a tomada de decisão, seguimos as etapas do Planeamento em Saúde, conforme descrito no Quadro 4.

Quadro 3 - Processo de Planeamento em Saúde através da Decisão Clínica do MAIEC

| | |
|---------------------|--|
| Elaboração do plano | <p><u>Preparação do diagnóstico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisão da literatura; • Análise dos diagnósticos locais de saúde; • Discussão do projeto com o Enfermeiro da USP; • Preparação dos instrumentos de colheita de dados. |
| Execução | <p><u>Diagnóstico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo focal para aplicação da (Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAvEC)); • Preparação e aplicação dos instrumentos de colheita de dados; • Apresentação dos diagnósticos e avaliação da gestão comunitária. <p><u>Intervenção:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenções com os pequenos grupos; • Aplicação das intervenções da matriz de decisão clínica do MAIEC. |
| Avaliação | <p><u>Avaliação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo focal para a reaplicação da EAvEC; • Reaplicação dos instrumentos de colheita de dados direcionados para as questões intervencionadas. |

Fonte: Adaptado. Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*, Lidel, p.66.

Este é um modelo contínuo que avalia o nível de Empoderamento Comunitário, através da aplicação da EAvEC (Anexo II), traduzida para português e validada culturalmente por Melo et al. (2020), que inclui a avaliação dos nove domínios da *Empowerment Assessment Rating Scale*, proposto por Laverack.

A aplicação da EAvEC dever ser efetuada por um agente externo com recurso a grupo focal da comunidade e considerando o tema do projeto em desenvolvimento. Apresenta nove domínios. Em cada domínio existem cinco depoimentos que devem ser apresentados aleatoriamente. Após análise, o grupo focal deve alcançar um consenso sobre qual o depoimento que melhor representa a comunidade. Os resultados são representados através de um gráfico de radar, que permite visualizar o nível de empoderamento comunitário em cada um dos domínios (Melo, 2020).

Para a avaliação da eficácia das intervenções na promoção do empoderamento comunitário reaplica-se a EAvEC, de forma a determinar se existiu ou não, melhoria no empoderamento da comunidade na problemática identificada.

Considerando que este é um processo contínuo e dinâmico, não se encontra evidência concreta na literatura sobre o espaço temporal em que se deve reavaliar o empoderamento comunitário. Para Laverack e Wallerstein (2001) citados em Rodrigues (2023), de forma a se alcançar um nível integral de empoderamento comunitário, poderão ser necessários sete ou mais anos e ainda, considerando os projetos em que o MAIEC foi colocado em prática, a abordagem mais comumente utilizada tem sido a reavaliação da EAvEC um ano após a realização da intervenção na comunidade.

No capítulo seguinte são descritas as múltiplas competências desenvolvidas pela mestranda ao longo de todo o processo.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A especialização em enfermagem confere ao profissional um perfil único, com competências comuns e específicas que o distinguem na prestação de cuidados. Considera-se essencial valorizar não apenas os referenciais de competências, mas também os conhecimentos adquiridos na base teórica, através das disciplinas e na base prática pela participação em diversas atividades, que me foram proporcionadas. E que permitiram a aquisição de competências, mas também compreender os cuidados de saúde de enfermagem na área de Saúde Pública e de Saúde Comunitária.

A certificação das competências clínicas especializadas, garante que o enfermeiro especialista detém conhecimentos, capacidades e habilidades que, considerando as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza na sua intervenção, em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Assim, neste capítulo é realizada uma reflexão sobre as competências adquiridas e desenvolvidas pela mestranda no decorrer do estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II, onde estão descritas as atividades realizadas, e os resultados de aprendizagem que daí advieram. Considerando a área das competências comuns do Enfermeiro Especialista, baseadas no regulamento n.º 140/2019; a área das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, baseadas no regulamento n.º 428/2018, das competências específicas do EEESCSP da OE, e atendendo aos Padrões de Qualidade aos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública do Colégio da Especialidade (2017).

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Estas competências encontram-se definidas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, e são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização, sendo transversais a todas elas e são evidenciadas pela elevada habilidade na conceção, gestão e supervisão de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Um dos objetivos gerais do estágio em contexto de USP e UCC refere-se ao desenvolvimento de competências de enfermagem especializada no domínio das competências comuns do enfermeiro especialista e apresentam-se nos domínios descritos seguidamente.

3.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio, no decorrer deste estágio, exerci a minha intervenção na prestação de cuidados ao utente/comunidade, sustentada pela responsabilidade profissional, ética, legal, e segura com base em princípios e valores descritos no Código Deontológico do Enfermeiro garantindo o respeito à vida humana, à saúde e ao bem-estar da população.

Foi adotada uma conduta pessoal de promoção da segurança, da privacidade, da confidencialidade e da dignidade da pessoa.

No desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária elaborado, assegurei o cumprimento destes princípios atrás referidos, tendo sido submetido o pedido de parecer à Comissão de Ética da ULSMT, que obteve parecer favorável pela mesma e autorização para desenvolvimento do estudo pelo Conselho de Administração da instituição (Anexo III).

O diagnóstico de situação, foi elaborado respeitando o anonimato e confidencialidade dos participantes, mais concretamente na aplicação dos instrumentos de colheita de dados, no seu tratamento e análise, tendo sido codificados os questionários preenchidos, encontrando-se inerentes os direitos humanos e a responsabilidade profissional.

Neste sentido foi respeitado o direito de autonomia e voluntariedade dos participantes, idosos e profissionais de saúde e obtido o devido consentimento livre e esclarecido de todos, na realização deste estudo, considerando com responsabilidade todo o pedido de informação adicional ou esclarecimento.

Considera-se que foram também salvaguardados os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, respeitando opções políticas, culturais, morais e religiosas.

A intervenção de enfermagem em contexto de USP e UCC envolve uma prática profissional centrada na comunidade, sendo esta o foco dos cuidados de enfermagem. O EEECS tem o dever de conhecer as necessidades da população, orientar a comunidade na procura de soluções e colaborar com outros profissionais para atender essas necessidades, respeitando os limites da área de competência de cada um (Ordem dos Enfermeiros, 2019), tendo contribuído para a articulação da sinalização de utentes no âmbito da prevenção do risco associado à polimedicação e gestão segura do regime medicamentoso no domicílio, entre a UCC e a USF.

No desenvolvimento de intervenções, salientou-se o reconhecimento e respeito pela individualidade junto de grupos e comunidades vulneráveis, com culturas e crenças diferentes e sem tentar impor os meus próprios padrões de comportamento, bem como uma intervenção

sem discriminação e sem juízos de valor sobre os comportamentos, conforme definido pela OE (2015).

Ao longo do estágio as decisões foram tomadas em conformidade com as normas estabelecidas e em concordância com a Enfermeira Orientadora e cumpro com a segurança da informação transmitida, atuei de forma competente e responsável, demonstrando dedicação através do interesse, disponibilidade, assiduidade e pontualidade.

3.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

No que concerne ao domínio da melhoria contínua da qualidade, foram mobilizados os conhecimentos adquiridos durante a componente teórica do curso de Mestrado e também os conhecimentos assentes na experiência e prática profissional.

Foi desenvolvida a aquisição de conhecimentos e aprendizagem contínua, pela pesquisa bibliográfica relevante e atual, acerca das diretrizes na área da qualidade e melhoria contínua nas unidades de estágio e sobre os projetos/protocolos existentes, bem como a troca de experiências com os enfermeiros orientadores contribuíram para o desenvolvimento e enriquecimento da minha compreensão.

O projeto desenvolvido “Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso”, foi ao encontro das necessidades identificadas pela UCCA e durante o desenvolvimento deste, considero que foi adotada uma conduta dinamizadora, no sentido em que foram elaborados materiais pedagógicos e instrumentos facilitadores para a promoção da adesão ao regime medicamentoso e prevenção de riscos associados à polimedicação em idosos, atendendo às características da população.

A revisão integrativa da literatura realizada, considerando a evidência científica mais recente dirigida à problemática em causa, surgiu como forma de fundamentar o diagnóstico de saúde e definir as estratégias de intervenção para implementação do presente projeto.

A concretização deste projeto permitiu-me, através da utilização da metodologia do Planeamento em Saúde, implementar estratégias adequadas às necessidades dos idosos polimedicados e também capacitá-los nesta temática, assegurando um ambiente terapêutico e seguro.

No decorrer do presente estágio, pretendeu-se dar resposta aos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária (PQCEEC), na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, definidos no Colégio da Especialidade. Estes representam um referencial para a prática especializada que fomenta a

reflexão e a criação de projetos, objetivando a melhoria contínua dos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

De acordo com os enunciados descritivos dos PQCEEC e as intervenções desenvolvidas neste estágio, considera-se que relativamente ao enunciado “A satisfação do cliente”, as intervenções com o utente foram assentes no respeito pelas suas capacidades, crenças, valores e com empatia na interação com o utente, proporcionando o envolvimento do utente no processo de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária permitiu-me liderar, integrar e avaliar processos comunitários visando a capacitação de grupos e comunidades, em que se procurou o Empoderamento Comunitário na adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados, dando resposta ao enunciado “A promoção da saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A implementação das estratégias definidas no projeto permitiu promover a responsabilidade social, no sentido de o grupo/ comunidade ser mais autónomo e responsável na adoção de práticas de promoção da saúde, bem como a prevenção de complicações pela diminuição dos riscos associados à polimedicação, e indo ao encontro dos enunciados “A promoção da saúde”, “A prevenção de complicações” e “O bem-estar e o autocuidado”. Destaca-se também a participação, acompanhamento e intervenção nos diversos projetos definidos na USPMT e UCCA.

A elaboração de um folheto informativo (Apêndice II), um cartaz de sensibilização (Apêndice III) para utentes e um guia orientador para enfermeiros (Apêndice IV) sobre adesão ao regime medicamentoso, permitiu dar resposta ao enunciado “A readaptação funcional”, através da potencialização dos recursos da comunidade, a adequada utilização, bem como a sua respetiva divulgação.

Os diagnósticos de enfermagem foram formulados em conformidade com a CIPE e os registos foram efetuados no *Scĺínico* que integra a linguagem CIPE e permitiram melhorar a gestão de saúde deste grupo. Desta forma, foi dada resposta ao enunciado “A Organização dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A implementação de um projeto de intervenção comunitária baseado na metodologia do Planeamento em Saúde, com vista à capacitação de grupos e comunidades; a realização da vigilância epidemiológica, com o acompanhamento do projeto de vigilância epidemiológica – doenças provocadas por vetores e doenças de notificação obrigatória e atividades desenvolvidas no Centro de Diagnóstico e Acompanhamento Pneumológico do Médio Tejo permitiram dar resposta ao enunciado descritivo “Planeamento da saúde e vigilância epidemiológica” dos padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE.

3.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

O enfermeiro gestor enfrenta diversos desafios, perante a complexidade crescente dos cuidados de saúde, da escassez de recursos e mudanças nas políticas de saúde, no entanto, estes, permitem desenvolver estratégias de gestão de forma a dar resposta a todos os problemas.

O enfermeiro gestor garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, considerando o enunciado descritivo da Organização dos Cuidados de Enfermagem, favorecendo a criação de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, gerindo pessoas, segurança dos cuidados, adequação dos recursos, entre outros (Ordem dos enfermeiros, 2015).

Neste sentido, procurei participar em tomadas de decisão em colaboração com toda a equipa multidisciplinar, na área da Saúde pública, nomeadamente nas reuniões do Plano Local de Saúde e Fenómenos Climáticos Extremos, relativas ao planeamento de intervenções e/ou desenvolvimento de projetos, visando a capacitação da comunidade, bem como a monitorização e avaliação das ações realizadas com a elaboração de relatórios atualizados.

No contexto de UCC, destaco a minha participação em reuniões de equipa multidisciplinar; da equipa de ECCI; do Núcleo Executivo da Rede Social; RADAR social de Constância permitindo o desenvolvimento desta competência e facilitando a minha integração na dinâmica da UCC.

Com a concretização do meu projeto de intervenção comunitária, foi assumida uma postura de liderança no âmbito da gestão e implementação do mesmo, manifestando-se pela capacidade de priorização em torno da tomada de decisão e da gestão do tempo limitado, na identificação de recursos humanos e materiais disponíveis e da gestão das atividades.

Durante a concretização do estágio, a gestão do tempo foi um desafio constante, considerando a exigência horária própria desta etapa, mas que através de estratégias, com o apoio das orientadoras, permitiram-me otimizar e gerir de forma assertiva as emoções e o tempo, facilitando a minha vida pessoal e profissional.

3.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No decorrer deste estágio foram aplicados os conhecimentos teóricos e as habilidades previamente adquiridas, bem como o desenvolvimento de aprendizagens profissionais partindo do autoconhecimento, assertividade e prática baseada na evidência, de forma autónoma e com o apoio da enfermeira orientadora.

No sentido de dar resposta a esta competência, salienta-se a elaboração e concretização do Projeto de Intervenção Comunitária, através do qual desenvolvi competências no âmbito da investigação e com base na mesma, identifiquei áreas de conhecimento e oportunidades importantes para estudo e intervenção. Saliento a elaboração de documentos neste contexto, nomeadamente o folheto Informativo, o cartaz de sensibilização e o Guia orientador para enfermeiros, face às necessidades formativas identificadas.

Foi apresentado formalmente o Projeto “Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso” aos profissionais da UCCA, encontrando-se o plano da sessão e a respetiva apresentação no Apêndice V.

Realizou-se uma formação dirigida aos enfermeiros da UCCA com o tema “Estratégias para a promoção da saúde”, no sentido de apresentar novas estratégias para a promoção da saúde, recolher contributos e promover o recurso a estas novas ferramentas (Apêndice VI) e dirigido os idosos, uma formação sobre o tema “Conhecimentos e estratégias para a adesão ao regime medicamentoso” (Apêndice VII).

No âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi dinamizada uma sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos do 7º ano de escolaridade sobre “Violência no namoro”, por mim e outra colega mestranda, numa escola secundária da área de abrangência da UCCA. O plano da sessão e a respetiva apresentação encontram-se no Apêndice VIII, que pretendeu abordar e sensibilizar para o tema. Nesta sessão recorreu-se à estratégia de definir quais os ingredientes necessários para a receita do “bolo do namoro” e os ingredientes que estragam o bolo, através de um brainstorming. Nesta sessão os alunos mantiveram o interesse e a participação, colocando questões e dando sugestões.

Colaborámos com a enfermeira orientadora, com a realização e aplicação de um *Quiz* através da plataforma “*Menti*”, recorrendo a um questionário através de um link/ *QRcode* no telemóvel, acerca da temática da Violência no Namoro, com base no Estudo Nacional sobre Violência no Namoro, que permitiu desenvolver o tema, e a sessão. Esta foi dirigida a alunos do secundário e cursos profissionais da mesma escola. Os alunos mostraram interesse e participaram ativamente.

Destaca-se também a colaboração com a enfermeira orientadora nas sessões de educação para a saúde no âmbito da saúde oral, para os alunos do 2º ano do ensino básico, com o objetivo de promover hábitos saudáveis de higiene oral, alimentação saudável e promoção da atividade física e sensibilizar para a sua importância, através da apresentação de um vídeo e exemplificação da técnica de higienização oral.

Estas atividades foram, por mim, consideradas como oportunidades de aprendizagem, de enriquecimento e de desenvolvimento pessoal e profissional e contribuíram para a minha compreensão acerca da importância desta especialidade na capacitação de grupos e comunidades.

Considero pertinente referir, a minha participação no I Seminário Internacional de Enfermagem Comunitária, que decorreu no dia 6 de junho 2024, (evento *online*), com o objetivo de conhecer as evidências produzidas no âmbito da enfermagem comunitária e aprofundar conhecimentos sobre o referencial teórico de enfermagem - MAIEC (Anexo IV); no Encontro Envelhecimento Protegido, que decorreu no dia 18 de outubro em Coimbra, com o intuito de explorar e atualizar conhecimentos nesta temática (Anexo V).

A mudança de paradigma, considerando o envelhecimento, na gestão dos serviços de saúde gera pressão social, política e económica para oferecer serviços de qualidade e eficientes a um custo reduzido. Esta mudança passa também pela crescente influência das tecnologias de informação e comunicação. Estas tecnologias permitem uma gestão mais eficiente, personalizada e acessível (Mó R. , et al., 2020). Assim, a gestão na saúde precisa de ser ágil e inovadora, para dar resposta às mudanças tecnológicas considerando o compromisso com a qualidade dos cuidados e a justiça social.

Na prática de enfermagem na USP e UCC, a utilização de sistemas de informação é um instrumento fundamental, pois permitem um registo mais simples, ágil e facilmente monitorizável. Com base nesses dados, torna-se possível avaliar os indicadores de desempenho, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Nestes contextos considero que adquiri conhecimentos nos vários sistemas de informação de apoio à prática, nomeadamente no *Sclínico* dos cuidados de saúde primários que incorpora a CIPE; no SINAVE; no Registo de Saúde Eletrónico (RSE) e na plataforma RNCCI.

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

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista referem-se às competências que decorrem da compreensão das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, bem como do conhecimento específico do campo de intervenção de cada área de especialidade, evidenciadas pela capacidade de fornecer cuidados adequados às necessidades de saúde das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Outro dos objetivos gerais do estágio em contexto de USP e UCC refere-se ao desenvolvimento de competências de enfermagem especializada no domínio das

competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e denominam-se:

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

No sentido de alcançar competências no âmbito desta competência é fundamental que o EEESCSP conheça as diferentes etapas do Planeamento em Saúde, de forma a realizar o diagnóstico de saúde uma comunidade ou grupo, definir prioridades e formular objetivos, desenvolver projetos, programas ou intervenções de forma a dar resposta aos problemas de saúde identificados e, por fim, avaliar os resultados obtidos (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Neste sentido, foi elaborado um projeto de intervenção comunitária seguindo a metodologia do Planeamento em Saúde, dirigido a uma comunidade/ grupo do contexto local onde se desenvolveu o estágio. O planeamento em saúde, de acordo com Rodrigues (2021), visa a manutenção ou modificação de um determinado estado de saúde. É uma intervenção planeada por atores sociais para otimizar ações de saúde.

No enquadramento desta metodologia, foi iniciada a etapa do diagnóstico de situação de saúde onde foram identificados os determinantes e necessidades de saúde da população-alvo, bem como os fatores que os influenciam, através de uma análise documental de fontes de dados em saúde pública recentes, dados epidemiológicos e indicadores.

A revisão integrativa da literatura efetuada também contribuiu para o desenvolvimento desta competência, considerando que o EEESCSP utiliza a evidência científica para resolução de problemas de saúde pública (Ordem Enfermeiros, 2018).

Como tal, foi definida como temática “O empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso”, com a questão de partida para o diagnóstico da situação: Como promover o empoderamento comunitário para fomentar o nível de adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados, no domicílio, na área de influência da UCC do Almourol?.

Para a recolha de dados recorreu-se à aplicação do Questionário do Processo Comunitário (Anexo VI) aos utentes, com integração da escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), de forma a avaliar os níveis de adesão e os conhecimentos dos utentes nesta área; aplicação do Questionário do Processo Comunitário (Anexo VII) aos profissionais de saúde e pela avaliação do nível de Empoderamento da Comunidade com a aplicação da EAvEC com o grupo focal definido. A apresentação da EAvEC ao grupo focal, encontra-se no Anexo VIII.

Após identificação das necessidades de saúde da população alvo, foram priorizados os problemas e formulados os Diagnósticos de Enfermagem Comunitária, considerando o referencial teórico MAIEC, que suportou a tomada de decisão no desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária e segundo a taxonomia CIPE.

A aplicação de técnicas de recolha de dados relativos à identificação das necessidades dos idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso na USF de VNB, permitiu concluir esta etapa do planeamento em saúde e atingir esta competência em pleno.

O EEESCSP trabalha os dados epidemiológicos, determinantes sociais da saúde e as necessidades de saúde da população, (Ordem dos Enfermeiros, 2018), o que permite a definição de estratégias de intervenção adequadas, favorecendo uma resposta positiva às necessidades e contribuindo para a melhoria da saúde das populações e redução das desigualdades em saúde (ARSLVT, 2017). E é o profissional que detém um elevado julgamento clínico e capacidade de tomada de decisão na identificação e controle dos determinantes sociais e de saúde das comunidades (Sequeira, 2021).

Na USPMT, o EEESCSP participa no Observatório de Local de Saúde e na elaboração do Plano Local de Saúde (PLS) da população da ULSMT, conjuntamente com a equipa multidisciplinar.

O Observatório Local de Saúde da USPMT elabora o diagnóstico de saúde, onde são identificados os problemas de saúde, através de diversas fontes de dados, onde a articulação dos dados provenientes dos sistemas de informação com os determinantes sociais e de saúde é decisiva (Melo, P., 2020).

O PLS é um instrumento de implementação do Plano Nacional de Saúde, alinhado com as estratégias nacional e regional, e pretende maximizar os benefícios para a saúde, unindo esforços de toda a sociedade em torno de objetivos comuns e promovendo a cidadania, a equidade, o acesso, a qualidade e políticas de saúde eficazes a nível local (DGS, 2017).

Durante a concretização deste estágio tive a oportunidade de participar em reuniões do PLS do Médio Tejo, aquando da realização da priorização de problemas identificados. A priorização dos problemas de saúde da população é da competência da USP, em colaboração com os parceiros intersectoriais que ao serem consultados durante o processo de priorização, contribuem para a definição de políticas de saúde locais (DGS, 2017). De referir que este documento foi completado no final do ano de 2024 e publicado em fevereiro de 2025.

Para Melo (2020) é essencial definir prioridades, considerando que nas comunidades existem vários Diagnósticos de Enfermagem e os recursos disponíveis são limitados para responder a todos no tempo disponível.

As etapas do Planeamento em Saúde do presente projeto de intervenção comunitária, encontram-se descritas no capítulo quatro do presente relatório.

3.2.2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

No que diz respeito a esta competência, ao intervir com cuidados organizados e integrados na comunidade, o EEESCSP contribui significativamente para a promoção da autonomia e integração social, ao fomentar a participação comunitária e a responsabilização dos utentes/famílias/grupos/comunidade, garantindo os seus direitos e protegendo os mais vulneráveis, numa perspetiva abrangente, equitativa e acessível (Simões, 2023).

De forma a atingir esta competência, no contexto de USP destaco a participação na consulta do viajante e vacinação internacional da USPMT, que possibilitou a capacitação dos viajantes, com recomendações das medidas preventivas, em função do país de destino, tipo de viagem e tempo de permanência e a vacinação recomendada para cada país, seguindo as orientações da Direção Geral da Saúde, alertando para o cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional, e ao facultar informação pertinente, promovendo educação para a saúde relacionada com o risco clínico previamente identificado.

Para a aquisição desta competência contribuíram também, atividades desenvolvidas no Centro de Diagnóstico e Acompanhamento Pneumológico do Médio Tejo, que segue as orientações e normas da Direção Geral da Saúde no Programa Nacional para a Tuberculose. Foi possível a capacitação dos utentes para uma tomada de decisão consciente para a adesão à terapêutica e também foi possível participar em rastreios de contactos para a Tuberculose Pulmonar, bem como colaborar no processo de inquéritos epidemiológicos. Nesta consulta ainda não se verifica a interligação entre os sistemas de registo informático de enfermagem e médico, conduzindo a alguns constrangimentos.

No contexto de UCC, destaco o processo de capacitação dos idosos polimedicados, através da implementação do projeto “Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso”, nomeadamente na promoção da autonomia e responsabilidade e na diminuição dos riscos associados à polimedicação, com a implementação de intervenções adequadas às necessidades identificadas.

Destaca-se a elaboração de uma sessão de educação para a saúde intitulada “Conhecimentos e estratégias para a adesão ao regime medicamentoso”; de um folheto informativo e de um cartaz de sensibilização dirigidos aos idosos sobre a temática, de forma a capacitar e sensibilizar os idosos para esta problemática, considerando-se uma mais-valia para a segurança e qualidade nos cuidados de saúde da comunidade. E ainda, a elaboração de um guia orientador para os enfermeiros, que auxilie na abordagem a estes utentes.

No sentido de contribuir para o processo de capacitação dos profissionais de saúde da UCCA destaca-se a apresentação do presente projeto, onde foi possível explanar e aprofundar o empoderamento comunitário e a sessão de formação sobre estratégias de promoção da saúde, com a apresentação e abordagem de estratégias de promoção da saúde.

No desenvolvimento desta competência sublinha-se o papel de liderança, ao longo do projeto, ao mobilizar os parceiros comunitários para identificar e resolver suas necessidades de saúde, promovendo a participação ativa da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018), considerando neste caso a colaboração da USF de VNB e UCCA.

Considera-se pertinente e fundamental a capacitação da comunidade, para que de forma mais responsável adotem práticas de promoção da saúde.

No âmbito do GRT ao acompanhar as visitas domiciliárias, foi possível perceber a importância da intervenção do EEESCSP na capacitação de grupos/comunidade através da promoção da adoção de comportamentos promotores de saúde, nomeadamente em relação a cuidados de higiene, toma da medicação, alimentação adequada, realização de exercício físico, no sentido de promover a autonomia e também na necessidade de mobilização de parceiros para dar resposta aos problemas identificados.

Uma outra atividade em que tive a oportunidade de participar, refere-se a uma sessão de educação para a saúde, sobre vigilância infantil, ministrada por uma enfermeira de saúde comunitária da UCCA que integra o projeto da Promoção do Aleitamento Materno, que inclui cuidados ao recém nascido, em diversas vertentes dirigido a um grupo de mães, beneficiárias do rendimento social de inserção e que se revelou bastante participativa, com a partilha de diversas perspetivas considerando as várias etnias. Evidenciando-se a intervenção do EEESCSP no sentido de dar resposta às necessidades individuais, respeitando a diversidade cultural e as crenças de cada uma.

De referir também que para o alcance desta competência foram articulados conhecimentos provenientes de diversas áreas, como comunicação, educação, gestão, ciências sociais e humanas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

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

Relativamente a esta competência, no decorrer deste estágio, foi possível integrar os programas definidos na carteira de serviços da USPMT e UCCA que se encontram a ser desenvolvidos nessas unidades.

O EEESCSP é fundamental para promover a saúde e prevenir doenças na população ao promover mudanças positivas na sociedade, através da implementação de programas de prevenção e promovendo hábitos saudáveis em diversos contextos.

No âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), que pretende promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa (PNSE-DGS, 2015), verifica-se uma articulação sobre as temáticas a desenvolver entre a equipa da USP, UCC e as escolas.

Salienta-se a participação na promoção do sucesso escolar no Médio Tejo: correção de problemas de acuidade visual e auditiva, ao identificar e corrigir eventuais problemas, antes do início da escolaridade obrigatória, no último ano do ensino pré-escolar, nos jardins-de-infância da rede pública da área geográfica do Médio Tejo. Com o apoio de uma unidade móvel, coordenada por uma EEESCSP, com técnicos optometristas e audiologistas, em parceria com a Comunidade Intermunicipal do Médio Tejo, que fornece ajudas de custo nas medidas de correção visual. Desde o seu início em 2016/ 2017, já foram rastreadas cerca de cinco mil crianças, em que 15% das quais evidenciam défice auditivo e 10% défice visual.

E ainda na área da capacitação e literacia em saúde, saliento a participação no projeto PROSEGURO 2023-2026, da USPMT inserido na promoção da segurança rodoviária, com o objetivo de capacitar os utilizadores das vias rodoviárias, formando gerações futuras de condutores mais responsáveis e promovendo a literacia em saúde, de forma a adotarem comportamentos preventivos e protetores da saúde e conseqüentemente verificar-se ganhos em saúde.

Uma outra atividade desenvolvida durante o estágio de USP, relaciona-se com a participação em atividades de vigilância de estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde, onde se verificaram condições de higiene sanitária, da qualidade da água e do ar; a existência de licenças atualizadas e se as infraestruturas cumprem com os requisitos definidos por lei; a sensibilização de boas práticas de higiene, desinfeção e esterilização de utensílios e equipamentos e boas práticas na gestão resíduos.

No que diz respeito ao programa de Vacinação do Médio Tejo, o EEESCSP tem a responsabilidade da gestão e a articulação com as outras Unidades de Saúde nas questões referentes à vacinação e em estreita colaboração com o médico de saúde pública e com uma farmacêutica. Esta coordenação abrange todo o processo, desde a aquisição das vacinas até à avaliação dos resultados das taxas de vacinação.

No sentido da promoção da saúde destaco alguns projetos de intervenção na UCCA, na área da saúde escolar, permitindo a consecução dos programas nacionais do Plano Nacional de

Saúde Escolar, já referenciados anteriormente, para os alunos do primeiro ciclo, no sentido da promoção da saúde e prevenção doenças orais, nos ambientes onde as crianças vivem e estudam. Assim como, a dinamização de sessões de educação para a saúde com a temática “Violência no namoro”, já referenciadas anteriormente e que têm em vista a melhoria da saúde das crianças, dos jovens e da comunidade educativa, pela promoção da adoção de comportamentos mais saudáveis.

O Referencial de Educação para a Saúde (2017) defende que a promoção da saúde na escola é um processo contínuo que visa desenvolver nas crianças e jovens as competências necessárias para cuidar de si e dos outros, construir um projeto de vida e participarem de forma ativa na sociedade. Para a OMS a escola é um local estratégico na promoção da saúde e o bem-estar, e pode influenciar positivamente os hábitos de vida dos estudantes e da comunidade em geral (DGS, s.d.).

Ao acompanhar consultas de crianças/ jovens com Necessidades de Saúde Especiais, foi-me possível compreender a dinâmica que possibilita a integração destes alunos, independentemente da sua situação pessoal e social, através da aquisição de um nível de educação e formação facilitadoras que dê resposta às suas potencialidades, expectativas e necessidades, possam participar em condições de equidade (Diário República, 2018), contribuindo para a formação de cidadãos mais saudáveis, conscientes e responsáveis.

Nesta área de intervenção é elaborado o Plano de Saúde Individual (PSI) com o encarregado de educação e a criança, onde são analisados relatórios médicos, o diagnóstico realizado e o grau de autonomia, verificando se existe ou não a necessidade de apoio especial. Verifica-se que em alguma situação é necessário realizar sessões de formação à comunidade escolar para lidar com alguns destes problemas. Durante o estágio não se proporcionou esta situação.

No âmbito do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em risco, não foi possível acompanhar o enfermeiro especialista de saúde comunitária nesta área, por questões éticas de sensibilidade da informação acedida, no entanto foi possível a deslocação às instalações do Núcleo e foi-me facultada toda a informação acerca da dinâmica deste projeto. Este compreende equipas multidisciplinares, que promovem a articulação e cooperação entre serviços e instituições e que objetivam a promoção dos direitos da criança e do jovem e prevenir ou por termo a situações suscetíveis de interferir com a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral das mesmas, conforme o disposto na Lei n.º 147/99 (Diário da República, 1999).

Durante a realização do estágio tive a oportunidade de acompanhar as visitas domiciliárias no âmbito da GRT e compreender a dinâmica dos cuidados, ao utente, à família e/ou cuidador.

Estas visitas desempenham um papel fundamental no empoderamento comunitário, na medida em que proporcionam um acompanhamento individualizado e humanizado e permitem fortalecer o vínculo entre os profissionais de saúde e as famílias, promovendo a adesão ao tratamento e a autonomia no cuidado, dando ênfase ao meu projeto de empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso.

Ao participar nas reuniões de ECCI que se realizam semanalmente, com a equipa multidisciplinar, para a análise, planeamento e tomada de decisão conjunta acerca da situação atual dos utentes, constatei a importância do EEESCSP na integração das ECCI, que através das suas competências, demonstra compreensão da dinâmica familiar e comunitária, o que permite estabelecer um vínculo de confiança, bem como facilitar a articulação com outros serviços e a construção de uma rede de apoio sólida, garantindo um cuidado integral e centrado nas necessidades individuais.

A ECCI insere-se na RNCCI, enquadrada na prestação de CSP e deve integrar sempre, enquanto programa prioritário as UCC, fazendo parte das suas carteiras de serviços. A ECCI do Almourol, presta cuidados domiciliários a utentes em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, decorrentes da avaliação integral do utente e família (RNCCI, 2024).

Durante o estágio em UCC, participei em reuniões do Diagnóstico Social e Plano de Desenvolvimento Social, onde foi possível compreender a intervenção desta Rede Social, constituída por diversos parceiros sociais (Guarda Nacional Republicana, professores, assistente social, psicólogo, enfermeira e socióloga), que pretende mapear os recursos regionais e locais de forma garantir maior resposta e melhor coordenação das intervenções ao nível dos concelhos e freguesias, neste caso de Constância e me permitiu compreender a importância deste projeto e a importância da existência destas parcerias. “A comunidade através das suas organizações comunitárias, pode reforçar as redes sociais, tornando-se mais forte na partilha de recursos e no apoio e participação nos interesses de outras organizações, inclusive de outras comunidades” (Melo, 2020, p. 44).

3.2.4 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

As oportunidades de aprendizagem no âmbito desta competência, direcionaram-se para a monitorização dos casos de doença transmissível sujeitos a notificação obrigatória.

Esta monitorização realizou-se através do sistema *Sclínico* e do Sistema Nacional de Apoio à Vigilância (SINAVE), que permite a identificação e monitorização dos casos de doença transmissível de notificação obrigatória e controle de contactos e ambiental. Esta

monitorização segue os critérios definidos na norma nº 1150/2021 da Direção Geral da Saúde. É realizada a investigação epidemiológica (caso possível, provável ou confirmado) pelo EEESCSP e validada pelo médico de Saúde Pública, que representa a Autoridade de Saúde. Permite também a análise de notificação por concelhos. Foi possível monitorizar doenças transmissíveis de notificação obrigatória, permitindo a instituição de tratamento adequado.

Foi-me proporcionada a oportunidade de participar na Consulta de Diagnóstico e Acompanhamento Pneumológico do Médio Tejo e colaborar na monitorização de casos de doença transmissível de notificação obrigatória e controle de contactos e ambiental, adesão e cumprimento da terapêutica. Verificando-se que a maioria das notificações diz respeito a infeções latentes; a utentes que vão iniciar tratamentos com medicamentos biológicos; profissionais de saúde rastreados em contexto de medicina no trabalho e migrantes. Ao identificar e tratar os casos de forma precoce, é possível interromper a cadeia de transmissão e diminuir o risco de progressão da doença e a transmissão para outras pessoas.

Esta competência foi também desenvolvida durante a fase diagnóstica deste estudo, ao apresentar dados epidemiológicos, referentes à temática identificada para intervenção na comunidade. Para determinar o diagnóstico da situação de saúde da população-alvo no presente estudo foi necessário fazer a caracterização sociodemográfica através de instrumentos de recolha de dados e, posteriormente, realizado o tratamento estatístico de forma a ser possível identificar os diagnósticos de enfermagem num determinado tempo, local e população. A vigilância epidemiológica e a coordenação de programas de capacitação comunitária estão intrinsecamente ligadas.

De acordo com Melo (2020) a vigilância epidemiológica permite identificar necessidades e definir metas em saúde pública, orientando o desenvolvimento de projetos mais eficazes.

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Este capítulo integra o enquadramento teórico que procura aprofundar e interligar os conteúdos, na área em estudo e o desenvolvimento e operacionalização de um projeto de intervenção comunitária baseado na metodologia do Planeamento em Saúde.

O envelhecimento da população está intrinsecamente ligado ao aumento da prevalência de comorbilidades e conseqüentemente, o uso de diversos medicamentos para controlar estas doenças torna-se cada vez mais comum. A diminuição das capacidades físicas e cognitivas associadas à idade agrava ainda mais esta situação, aumentando o risco de interações medicamentosas e outros problemas de saúde, caracterizando os idosos como um grupo vulnerável.

A área da gestão e adesão ao regime terapêutico constitui um foco de atenção da prática de enfermagem. A complexidade multidimensional da não-adesão ao tratamento exige mais pesquisa e investigação de forma a aprofundar o conhecimento dos profissionais de saúde e otimizar os cuidados. A identificação das dificuldades permite definir, em conjunto com os utentes e familiares, estratégias de intervenção para otimizar a adesão ao tratamento.

Ao trabalharmos em parceria, podemos integrar os diferentes componentes do regime terapêutico e melhorar os resultados de cuidados de saúde e a qualidade dos cuidados de saúde em todo o mundo (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009).

4.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste ponto são expostos os aspetos teóricos, relativos à temática escolhida, baseados em revisão da literatura. Pretende-se que contribuam para a compreensão do projeto desenvolvido.

4.1.1 Envelhecimento populacional

O envelhecimento demográfico apresenta-se como um fenómeno universal, que define a atualidade e apresenta uma tendência crescente.

Estima-se que o número de idosos, com 60 anos ou mais, deverá duplicar até 2050, podendo chegar a 1,6 bilhões nessa data e triplicar até 2100 (ONU, 2023). Na Europa o envelhecimento demográfico será muito significativo nas próximas décadas, tendo em conta que apresenta a maior percentagem da população com 60 anos ou mais (ONU, s.d.).

De acordo com Nogueira et al. (2016) o envelhecimento corresponde a um processo dinâmico e progressivo, onde se verificam alterações morfológicas, bioquímicas, funcionais, sociais e psicológicas nos diversos níveis do organismo.

Macena et al. (2018) considera que é uma fase marcada por alterações físicas que limitam a autonomia e a capacidade do organismo de se adaptar, tornando-o mais suscetível a doenças. O mesmo autor considera a velhice uma fase natural da vida, caracterizada por mudanças biológicas, sendo uma experiência singular para cada pessoa.

De acordo com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, realizado pela World Health Organization (2015), o envelhecimento é considerado um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida, no qual se evidencia a influência dos fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos na longevidade. Assim, o envelhecimento refere-se a um processo complexo, influenciado por diversos fatores.

Em Portugal, tem-se verificado uma inversão da pirâmide demográfica, onde o peso da população idosa duplicou nos últimos trinta e seis anos. A combinação da diminuição da taxa de natalidade com um aumento da esperança média de vida está a causar um envelhecimento da população portuguesa, um fenómeno que se verifica em grande parte da Europa (Ribeiro, 2023).

Na área de abrangência da UCCA observa-se um envelhecimento crescente, em concordância com o panorama nacional, assim como um aumento da longevidade (USPMT, 2024). De acordo com o BI-CSP (2024), a UCCA apresenta no grupo etário entre os 65-74 anos, um total de 3.544 utentes (1.625 homens e 1.919 mulheres), e no grupo etário ≥ 75 anos, um total de 4.043 utentes (1.608 homens e 2.435 mulheres).

O significativo crescimento do número de idosos deve-se ao aumento da longevidade, bem como à melhoria das condições de saúde e qualidade de vida. Contudo, este crescimento traz problemas de saúde que desafiam os modelos de cuidados existentes, implicando novos desafios, pela necessidade de adaptar os modelos de cuidados à realidade de uma população cada vez mais envelhecida (Fontinele & Duque, 2021).

O fenómeno do envelhecimento tem impacto na sociedade atual, com repercussões significativas a nível individual e coletivo, 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). Impõe desafios às políticas sociais exigindo novas políticas e abordagens, especialmente no que diz respeito à crescente vulnerabilidade dos idosos (Santos, et al., 2022).

Atualmente, cerca de um quarto do total de doenças e mortes globais ocorrem em pessoas com mais de 60 anos. Essas doenças, predominantemente crónicas e não transmissíveis,

afetam a saúde física, mental e emocional dos idosos, com impacto significativo na sua qualidade de vida (Santos, et al., 2022).

O envelhecimento para muitos é visto como uma fase de dependência, associado à doença, a vulnerabilidades e fragilidades. No entanto, neste processo a pessoa idosa pode ser saudável, considerando as mudanças que fazem parte deste processo. Para tal é fundamental promover mudanças de comportamentos e atitudes, adaptar serviços de saúde e apoio social às realidades demográficas e às necessidades dos idosos.

A nível nacional a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017), refere que o novo pacto para a saúde propõe uma abordagem abrangente e integrada para enfrentar os desafios do sistema de saúde, como o envelhecimento da população e o crescimento das doenças de longa duração, nos próximos anos.

4.1.2 Doença crónica e polimedicação

Embora a idade avançada não seja um fator determinante para a doença, estudos epidemiológicos demonstram que a população idosa está mais suscetível a maior morbidade e mortalidade. Essa maior vulnerabilidade reflete-se na maior utilização de serviços de saúde, recorrendo com mais frequência a consultas médicas, visitas domiciliárias, taxa de ocupação e duração de internamento elevadas, e consumo de mais medicamentos (Ribeiro, 2023).

A 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 Pereira (2017), as doenças não transmissíveis caracterizadas por uma evolução prolongada e incapacidade funcional crescente, são a principal causa de morbidade e mortalidade na população idosa, com impacto na qualidade de vida e geram custos elevados para indivíduos, famílias e sociedade, tal como defendido por Santos et al. (2022), que refere que estas são as que mais comprometem a qualidade de vida, com uma contribuição expressiva para a carga de doença e para a mortalidade desta população.

Também Silva & Landim (2020), defendem que as patologias crónicas podem afetar significativamente a qualidade de vida, por resultarem numa perda de autonomia e de independência dos idosos e, conseqüentemente, gerarem dependência funcional.

As doenças crónicas representam um problema de saúde significativo e o principal efeito negativo do envelhecimento, sendo responsáveis por 60% das mortes em todo o mundo (Fontinele & Duque, 2021).

O Retrato da Saúde em Portugal, em 2018 divulgou que “as doenças crónicas são responsáveis por 80% da mortalidade nos países europeus (...)” (Ministério da Saúde, 2018, p. 14). Em Portugal, as doenças crónicas são responsáveis por uma considerável parte dos casos de doença no país, tais como doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias.

Segundo Sequeira (2018), pessoas com mais de 65 anos de idade têm pelo menos uma doença crónica. Dados do INE indicam que 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 (INE, 2024).

Em Portugal, em 2023, cerca de 44,5% da população com 16 ou mais anos relatou ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, sendo mais frequente nas mulheres (47,7%) do que nos homens (40,9%), e a maior incidência verifica-se na população idosa com 71,1% da população com 65 ou mais anos por comparação com 34,1% da população com menos de 65 anos (INE, 2024). Encontram-se associadas a um nível de escolaridade mais baixo e, particularmente à população sem qualquer nível de escolaridade completo (79,5%). Em 2022, Portugal (44,7%) era o terceiro país com a maior proporção de pessoas com doença crónica ou problema de saúde prolongado (INE, 2024).

O recurso a múltiplos fármacos para controle destas doenças crónicas, torna-se uma realidade resultando em polimedicação. Para a OMS (2019), a polimedicação refere-se à 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.

Em 2018, no relatório do Retrato da Saúde em Portugal, vem referido que em 2017, em média cada português recorreu a 16 embalagens de medicamentos e que a população com mais de 80 anos foi responsável por consumir cerca de metade de todos os medicamentos. Este relatório da saúde considera ainda que, efetivamente a utilização de medicamentos melhorou os resultados em saúde, contudo verificam-se alguns problemas de saúde associados ao seu uso inadequado (Ministério da Saúde, 2018).

Neste sentido, os medicamentos são ferramentas essenciais para a saúde, pois permitem a prevenção, o tratamento ou controlar problemas de saúde, mas a sua eficácia depende do seu uso correto (Ribeiro, 2023).

O uso de múltiplos medicamentos, conhecido como polimedicação, aumenta o risco de reações adversas, interações medicamentosas e dificuldades na adesão ao tratamento, o que pode ter impacto na qualidade de vida dos utentes e associa-se também um aumento da

probabilidade de erros de medicação e consequências para a saúde. Assim como ao aumento do consumo dos recursos e dos custos económicos. Neste contexto, para a população idosa verifica-se ainda, o risco para alterações do estado mental, predisposição para quedas e mau estado nutricional, segundo a Ordem dos Farmacêuticos (2024).

Os medicamentos são fundamentais para o tratamento de diversas doenças, mas é importante reconhecer que apresentam riscos inerentes, principalmente na população idosa. Para Simões (2023), a prescrição do regime medicamentoso torna-se complexa, tendo em conta as características fisiológicas e fisiopatológicas dos idosos, que induzem alterações na farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos, que podem resultar 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 consequentemente uma diminuição na qualidade de vida.

Também Mair et al. (2017), defendem que a polimedicação aliada à diminuição gradual e progressiva a nível físico e cognitivo que se verifica nos mais idosos fazem destes um grupo vulnerável, uma vez que são mais suscetíveis a reações adversas a medicamentos, a interações entre os fármacos e ao aumento do risco de quedas, considerando a diminuição das capacidades cognitivas e fragilidades. De acordo com os mesmos autores, até 11% de todas as admissões hospitalares não planeadas estão relacionadas com danos provocados por medicamentos.

Considerando o risco de danos associados aos medicamentos, a polifarmácia exige uma comunicação profissional eficaz e uma gestão colaborativa dos medicamentos e 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 (Wong, 2020; DGS, 2017).

É recomendada uma abordagem multidisciplinar para a gestão de medicamentos centrada no utente, que envolva a sua participação ativa em todas as etapas do tratamento, podendo este ser responsável pelo seu estado de saúde e pelas suas doenças. Para isso, é fundamental estabelecer políticas, procedimentos e protocolos que garantam o acesso à informação e o apoio necessário para uma tomada de decisão consciente (OMS, 2017).

A otimização do regime medicamentoso em utentes que utilizam múltiplos fármacos é fundamental para potenciar os benefícios terapêuticos e minimizar os efeitos adversos (Ribeiro, 2023).

4.1.3 Adesão ao regime medicamentoso

Na gestão de doenças crónicas, de acordo com as evidências, verifica-se a prevalência de um regime medicamentoso, que pode ser mais ou menos complexo (Oliveira, 2015), constituindo-se como um desafio importante, a tentativa de o integrar na sua rotina diária. Na perspetiva de Bastos (2012), para que tal aconteça é necessário existirem capacidades de autogestão.

Para a mesma autora, a autogestão abrange um conjunto de ações que um indivíduo realiza no seu dia-a-dia para lidar com uma ou mais doenças crónicas e que englobam a gestão clínica e comportamental, a gestão de papéis e a gestão emocional.

Ao EEESCSP cabe compreender como a pessoa mobiliza os seus recursos para gerir o seu autocuidado no âmbito do regime terapêutico.

A Gestão do Regime Terapêutico refere-se a um comportamento de adesão, que compreende realizar as atividades dando cumprimento a um programa de tratamento da doença e das suas complicações, e que permitam alcançar objetivos de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011). É considerada um comportamento de autocuidado que envolve um conjunto de comportamentos, ações e atitudes, de acordo com indicações terapêuticas, para minimizar os efeitos da doença na sua qualidade de vida (Oliveira, 2015).

Na GRT, as áreas descritas pelos enfermeiros como fundamentais, englobam o regime medicamentoso, dietético, hábitos de vida e complicações (Mota, Cruz, & Costa, 2016).

Os profissionais de saúde enfrentam, com alguma frequência, a ineficácia da gestão do regime medicamentoso, relacionada com a complexidade do mesmo, o défice de conhecimento sobre como integrar as indicações terapêuticas no dia-a-dia e a demora ou ausência de resultados positivos atribuíveis à proposta de tratamento (Oliveira, 2015).

Ainda de acordo com o mesmo autor, para que a gestão do regime terapêutico seja eficaz, são essenciais duas condições: a cognição e a volição. A cognição refere-se ao processo mental que envolve a perceção, o pensamento, o raciocínio e a memória, que moldam as ações e decisões, tendo em conta as nossas experiências e conhecimentos prévios. (Bastos, 2012). A volição define-se como “uma escolha consciente, um ato de escolher para o bem-estar próprio” (ICN, 2017), que implica a pessoa possuir conhecimentos sobre a doença, sobre o regime terapêutico instituído, bem como sobre as consequências de “não adesão”.

A adesão ao regime terapêutico para a OMS (2003), refere-se ao grau ou extensão do comportamento da pessoa face à toma de medicação, ao cumprimento da dieta e/ou à

alteração dos hábitos e estilos de vida, indo ao encontro das recomendações determinadas pelos profissionais da saúde.

Este conceito abrange todos os tratamentos, sejam eles medicamentosos ou não, além de medidas preventivas e de promoção da saúde. Traduz-se numa relação de cooperação entre o utente e o profissional de saúde na tomada de decisão sobre o tratamento (OMS, 2003), que objetiva o empoderamento no sentido de a pessoa tomar decisões informadas sobre a sua saúde e a adotar comportamentos que promovam a adesão ao tratamento prescrito. E que segundo Camarneiro (2021), envolve um conjunto de mudanças comportamentais, como a toma e aquisição de medicamentos, adotar hábitos de vida saudáveis e seguimento em consultas.

A não adesão ao regime terapêutico tem consequências significativas a nível individual, económico e social, configurando-se como um problema de saúde pública, que contribui para o aumento do número de hospitalizações, a diminuição da qualidade de vida e, conseqüentemente, o aumento da morbilidade e da mortalidade (Monterroso, Sá, & Joaquim, 2017).

Diversos estudos têm sido desenvolvidos em volta desta temática. Num estudo desenvolvido por Wilder et al. (2021), foi evidenciado que os determinantes sociais adversos estavam associados a uma menor adesão à terapêutica. O que significa que para melhorar a adesão à terapêutica, é necessário considerar um contexto mais amplo da pessoa e desenvolver estratégias que incluam o conhecimento dos fatores que influenciam a adesão e a gestão do regime terapêutico e desta forma, obter ganhos em saúde.

Em 2003, a OMS apresentou os diversos fatores que considera influenciarem a adesão ao regime terapêutico, organizou-os em cinco grupos e são os seguintes:

- fatores sociais, económicos e culturais: pobreza, analfabetismo, baixo nível de escolaridade, crenças em saúde, as práticas em saúde, o estigma face à doença, entre outros;
- fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde: comunicação complexa entre profissional de saúde e utente; sistemas de saúde deficientes, entre outros;
- fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades: a natureza da doença, crónica ou aguda, sintomática ou assintomática, a gravidade e duração, o número de doenças associadas alterações cognitivas, entre outros;

- fatores relacionados com a terapêutica prescrita: complexidade e exigência do tratamento e perceção da necessidade do medicamento, reações adversas, efeitos secundários, duração da ação, entre outros;
- Fatores relacionados com o utente: características pessoais e psicológicas relacionadas com o comportamento de adesão terapêutica, recursos económicos ou sociais, literacia em saúde, estilo de vida, crenças, expectativas, entre outras (Camarneiro, 2021).

Neste contexto, para Mó, et al. (2020), as atitudes dos idosos polimedicados em relação ao tratamento, podem influenciar diretamente a eficácia, baseadas em falsas crenças e pelos comportamentos em relação aos medicamentos dos idosos, aumentando o risco de ocorrência de problemas relacionados com medicamentos e uma menor adesão à terapêutica.

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.

A necessidade de uma comunicação em saúde clara e acessível entre os profissionais de saúde, utentes e cuidadores é uma estratégia reforçada por Esteves (2023), justificada pelos baixos níveis de literacia em saúde que se registam em Portugal. O enfermeiro deverá disponibilizar informação credível e relevante, recorrendo a estratégias de comunicação eficazes, o que permite empoderar utentes, e contribuir para a melhoria de seus resultados em saúde (Ribeiro, 2023).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 recomenda “aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados.” (Lebre, et al., 2022, p. 25).

O que reforça a necessidade de desenvolvimento de estratégias para o aumento do nível de literacia da população, favorecendo a capacitação e o empoderamento, essenciais para melhorar a adesão ao regime medicamentoso, permitindo à pessoa um controlo sobre a sua saúde e aumentar a segurança (Ribeiro, 2023).

A criação de estratégias educativas direcionadas aos idosos, que estimulem uma melhor gestão dos medicamentos e promovam o empoderamento dos utentes, é essencial para melhorar a adesão à medicação e aumentar a segurança (Mó, et al., 2020). Tanto o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS quanto o Plano Nacional para

a Segurança do Doente 2021-2026 destacam a importância de envolver e empoderar os utentes e as suas famílias para garantir a segurança dos cuidados de saúde (WHO, 2021).

O *empowerment* inclui dimensões como a motivação, o interesse, a autoestima, a autoeficácia e o sentido crítico, que possibilitam o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, e promovem ações que correspondem às necessidades de saúde (Nunes, 2020). Para o ICN (2019), considerando a Classificação para a Prática de Enfermagem, *empowering*, significa permitir que as pessoas compreendam a capacidade que detêm para influenciar a sua própria saúde. Assim, através da capacitação e empoderamento objetiva-se maior autonomia, capacidade de decisão e responsabilização pela sua saúde (Ribeiro, 2023).

Capacitar os idosos e os seus cuidadores informais na gestão de medicamentos, através de uma abordagem conjunta de empoderamento e monitorização, com um profissional de saúde comunitário responsável, pode ser facilitador na gestão complexa da medicação e na tomada de decisões partilhada, permitindo o controlo da sua própria saúde (Pereira, Bieri, Carral, Martins & Verloo, 2022a).

A revisão da literatura realizada no contexto do presente projeto, demonstra a importância de estratégias eficazes para a adesão e gestão de medicamentos em idosos. Os estudos analisados evidenciam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e centrada no utente que envolve o papel do profissional de saúde, dando ênfase ao enfermeiro comunitário, que através da sua intervenção pode contribuir significativamente para prevenir internamentos hospitalares, readmissões, institucionalizações e mortes precoces, além de reduzir os custos para o sistema de saúde. Revela ainda 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 (Pereira et al. 2022a & Pereira et al. (2022b).

Considerando o impacto das doenças crónicas nos sistemas de saúde e a importância da autogestão para o controle dessas doenças, torna-se pertinente desenvolver projetos que promovam a capacitação e a participação dos utentes, para tomar decisões fundamentadas, fundamental para melhorar os resultados em saúde e reduzir os custos com a saúde, bem como, a indispensável a adaptação dos cuidados de saúde às diferentes necessidades e maior proximidade à população, capacitando as pessoas e comunidade (DGS, 2017).

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 (Błeszyńska-Marunowska, et al., 2022).

O EEESCSP ao intervir nesta problemática, alicerçado em estratégias adequadas, de acordo com as suas competências específicas e atendendo à capacitação de grupos/comunidade, promove a qualidade dos cuidados prestados e a prevenção de complicações para a saúde. Neste sentido, a intervenção do EEESCSP é fundamental na avaliação, diagnóstico e intervenção no empoderamento comunitário nos idosos polimedicados.

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

Um projeto é um processo dinâmico, com início e fim determinados, com ações projetadas para alcançar um objetivo específico, circunscrito a um contexto e determinado tempo (Rodrigues, 2021).

O Planeamento em Saúde refere-se a um processo que envolve planificar, executar, acompanhar e avaliar um conjunto de propostas de ação, com o propósito de intervir numa realidade de saúde e que objetiva contribuir para melhorar o nível de saúde da população, tendo em conta os conhecimentos atuais e os recursos disponíveis, favorecendo a promoção da saúde e a prevenção de doenças, com a mudança de comportamentos das populações (Rodrigues, 2021). Pode-se considerar uma ferramenta, que através de uma sequência de ações, com elevada eficácia, eficiência e efetividade, pretende atingir um resultado.

Para Imperatori e Giraldes (1993), o PS compreende “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” (p. 6). Neste sentido, o PS é fundamental para otimizar recursos, garantir a equidade no acesso aos serviços e atender às necessidades específicas de cada comunidade, considerando os seus determinantes sociais e de saúde.

Esta metodologia do PS de acordo com Imperatori & Giraldes (1993), engloba três etapas:

- elaboração do plano, que inclui as fases do diagnóstico de situação, da definição de prioridades dos problemas identificados na fase anterior, da fixação de objetivos, da seleção de estratégias de forma a atingir os objetivos, da elaboração de programas e projetos, e preparação da execução estabelecendo um período e identificando os recursos essenciais para implementar o plano;
- execução;
- avaliação.

Apesar destas fases, se encontrarem bem definidas, não é um processo estático, mas antes dinâmico e contínuo, que pode ser alterado e reavaliado em qualquer etapa, tendo em conta as alterações que vão surgindo no decorrer do mesmo (Imperatori & Giraldes, 1993). É representado na figura seguinte:

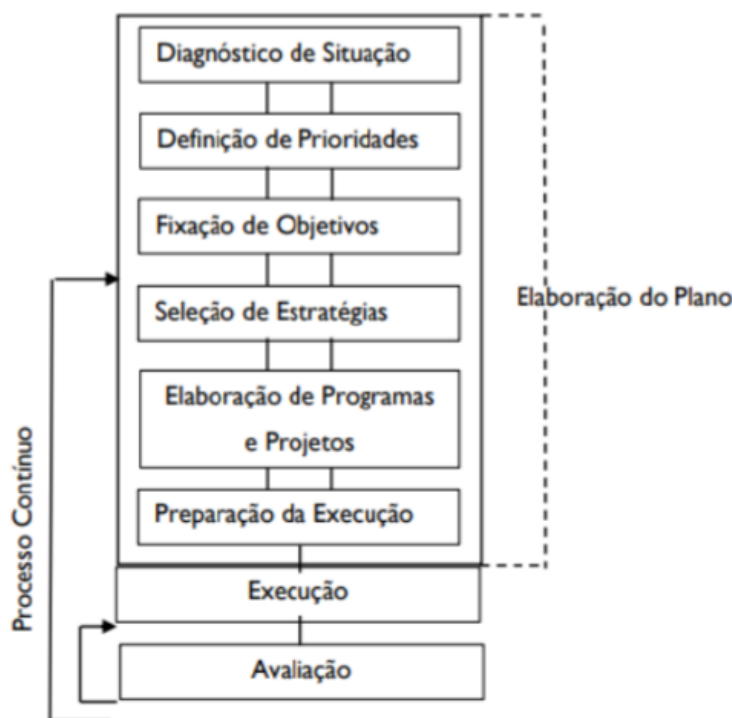


Figura 5 - Etapas do Planeamento em Saúde.

Fonte: Imperatori & Giraldes (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.

O referencial teórico MAIEC, que conduziu a tomada de decisão no presente projeto, também segue as etapas do PS no processo de empoderamento comunitário (Melo, P., 2020). Estas são descritas seguidamente e vão de encontro ao desenvolvimento das competências específicas do EEESCSP definidas pelo Regulamento nº428/2018 da OE.

Este projeto de intervenção comunitária consiste num estudo *quasi-experimental* com desenho antes e após, sem grupo de controlo, utilizando instrumentos de medida e um *focus group*.

4.3 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO EM SAÚDE

O diagnóstico de situação de saúde “pretende traçar o perfil de saúde de uma população, comunidade ou grupo, para identificar e posteriormente priorizar os problemas e as necessidades de saúde e clarificar as intervenções prioritárias conducentes a potenciais ganhos em saúde” (Rodrigues, 2021, p. 70) e corresponde à primeira etapa no processo de PS.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), esta etapa deverá corresponder à identificação dos problemas e necessidades de saúde de uma população, sendo para isso, essencial compreender o contexto em que essa comunidade está inserida, tendo em conta os determinantes que influenciam a sua saúde.

Nunes (2016) refere que a realização de um diagnóstico da situação de saúde, corresponde à identificação do estado de saúde da comunidade, dos seus determinantes e das suas necessidades no momento em que é efetuado, mas também dos vários recursos existentes, de forma a serem mobilizados nas intervenções definidas. Concordando com Imperatori & Giraldes (1993), que preconizam caracterizar não só a população em estudo e as suas necessidades em saúde como também os serviços disponíveis na comunidade.

Nesta etapa inicial do planeamento, é relevante determinar as causas de um determinado problema, o que permite identificar com mais precisão os problemas, os recursos disponíveis e as possíveis intervenções, facilitando a tomada de decisão e a definição das estratégias de intervenção mais adequadas (Rodrigues, 2021).

O diagnóstico de situação foi elaborado em diferentes momentos. Inicialmente foi efetuado o levantamento das áreas problemáticas e suscetíveis de intervenção na UCCA com a Enfermeira Gestora, que nos sugeriu a área do GRT, considerada como prioritária para intervenção nesta Unidade, indo assim ao encontro das áreas de interesse da equipa e da organização.

Foi também, realizado com recurso a fontes oficiais de dados oficiais com base em indicadores, relativos aos acontecimentos em causa, bem como, com recurso a questionários, escalas de medida e um *focus group*. Segundo Rodrigues (2021) “a combinação de diferentes tipos de dados pode ser útil e relevante na elaboração do diagnóstico e no planeamento da avaliação”(p. 80).

A realização do diagnóstico de saúde de uma comunidade com base na metodologia do PS, é uma das competências específicas do EESCSP (Ordem Enfermeiros, 2018).

4.3.1 Contextualização do local de intervenção

Atendendo às projeções demográficas do Instituto Nacional de Estatística (INE), prevê-se que Portugal perderá população, o número de jovens diminuirá e o de idosos aumentará (INE, 2020).

Em 2018, em Portugal, estimava-se que a proporção de jovens era inferior à média da União Europeia (UE); a proporção de idosos era superior à média da UE (DGS, 2019a) e a esperança de vida encontrava-se um ano superior à média europeia (OCDE, 2023). O que se traduz num fenómeno de duplo envelhecimento demográfico, em que o número de idosos aumentou e o número de jovens e pessoas em idade ativa diminuiu, com uma consequente diminuição do índice de renovação da população em idade ativa (DGS, 2019a).

Associado ao envelhecimento observa-se um aumento do índice de dependência total, em 2022, em que o índice de dependência de idosos aumentou e o índice de dependência jovem diminuiu na maioria das regiões (INE, 2022b; DGS, 2019a), assim como o aumento da esperança média de vida à nascença e aos 65 anos. Considera-se o envelhecimento da população como um determinante relevante, neste contexto.

A área geodemográfica do Médio Tejo, tem cerca de 169.274 habitantes. A população residente vindo a diminuir ao longo dos anos, verificando-se uma redução de 7,6% na população total (USPMT, 2024).

O município em que se insere o presente estudo refere-se ao concelho de VNB que pertence à área geodemográfica do Médio Tejo.

Este município, em 2023 apresentava 7.783 indivíduos residentes, representando 4,1% do total da população do Médio Tejo e uma densidade populacional de 151,4 (INE, 2023).

Através da pirâmide etária, observa-se uma diminuição da população nas camadas mais jovens da população até aos 49 anos (Figura 6); o aumento da população foi mais significativo a partir dos 79 anos, sobretudo mulheres (USPMT, 2024). Constata-se uma variação negativa da população em idade ativa, com um saldo natural negativo (-37), ainda assim, com os valores mais baixos do Médio Tejo (INE, 2023).

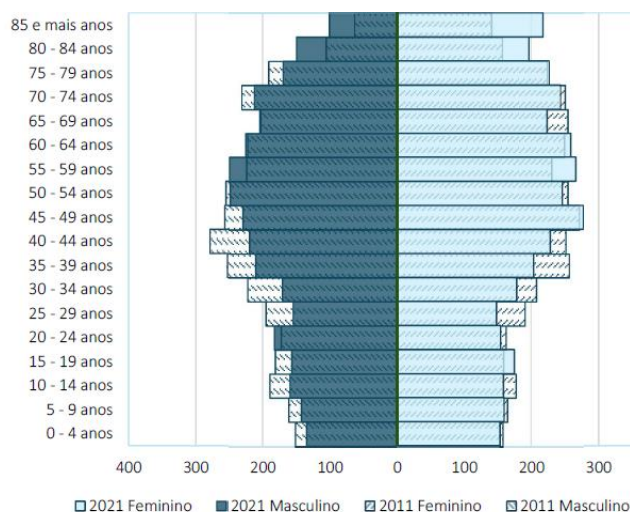


Figura 6 - Pirâmide etária da população residente no concelho de Vila Nova da Barquinha, por sexo, em 2011 e 2021.

Fonte: USPMT (2024). *Diagnóstico da situação de saúde. 2021-2023*

No que diz respeito ao índice de envelhecimento, de acordo com o INE (2023), salienta-se um aumento com valores superiores ao nível nacional, 200,9%, mas inferior à restante região (INE, 2023).

O índice de dependência total em VNB apresenta-se superior ao nível nacional com 65%. O índice de dependência de jovens é mais alto que o regional, refletindo que havia menos jovens do que pessoas em idade ativa. Relativamente ao índice de dependência de idosos verifica-se um aumento neste município, (43,4%) (INE, 2023). Estes dados associados a uma acentuada diminuição da taxa de natalidade bruta, encontrando-se abaixo do valor ao nível nacional, retratam um envelhecimento da população (USPMT, 2024).

A dimensão média das famílias é de 2,4 indivíduos por família e a população com nacionalidade estrangeira tem vindo a aumentar. (Pordata, 2022). Na educação observa-se um aumento do nível de escolaridade em todos os níveis do ensino e acompanhado da descida da taxa de analfabetismo, tal como a nível nacional (USPMT, 2024).

Os dados sobre rendimentos revelam uma desigualdade regional significativa, em que em VNB o rendimento médio mensal é de €1.014, inferior à média nacional (€1.362,40) e à média da região do Médio Tejo. Essa diferença indica uma menor capacidade de consumo comparativamente ao resto do país e à região do Médio Tejo e pode afetar a qualidade de vida da população local (USPMT, 2024; INE, 2023).

No ano de 2023, de acordo com o INE, o número de médicos existentes/1.000 habitantes era de 1,5 e o número de enfermeiros era de 3,6. A média nacional no mesmo período encontrava-se em 5,8 médicos e 7,9 enfermeiros/1.000 habitantes (INE, 2023). Na ULSMT verifica-se que 28,78% dos utentes não têm médico de família e que em VNB existem 3.070 utentes nessa situação (BI-CSP, 2024). Considerando-se este, um determinante relevante, alegando a prevenção da doença, a promoção da saúde e o controle de doenças crónicas instaladas e um fator determinante para a nossa intervenção.

De acordo com o diagnóstico da situação de saúde da ULSMT, atendendo aos determinantes de saúde e condições médicas, constata-se um aumento de utentes com hipertensão arterial de 30,9% para 31,4%. Atualmente, a proporção de utentes inscritos com hipertensão arterial é superior em comparação com outras regiões e ainda, a incidência foi superior no ano de 2023 (17,6 ‰) ao valor registado na região de Lisboa e Vale do Tejo (15,8 ‰) e em Portugal Continental (17,2 ‰).

No que diz respeito à alteração de lípidos, a percentagem de utentes é superior aos valores verificados a nível nacional e da região de Lisboa e Vale do Tejo, a incidência é análoga à que se verifica a nível nacional (USPMT, 2024). Em 2023, a população do Médio Tejo apresentou uma maior prevalência de alteração do metabolismo dos lípidos (32,7%) e hipertensão arterial (27,6%) em comparação com outras regiões do país. Estes problemas de saúde, juntamente com a síndrome da coluna com irradiação de dor (16,6%), as perturbações

depressivas (15,1%) e a diabetes *mellitus* (11,3%), destacaram-se como os principais desafios para a saúde nesta região. (USPMT, 2024).

A principal causa de morte, na região do Médio Tejo em 2020, refere-se às doenças do aparelho circulatório (33% do número de óbitos), seguida dos tumores malignos (24%) e das doenças do aparelho respiratório (10%) (USPMT, 2024).

Os dados apresentados indicam-nos o envelhecimento da população ao longo da última década, bem como a incidência de doenças crónicas e condições de saúde prevalentes na região, o que permite ajudar na identificação de necessidades de saúde específicas e no planeamento de estratégias de prevenção e tratamento adequadas, de forma a capacitar a comunidade para enfrentar os desafios que daí advêm, neste caso a polimedicação que se verifica nos idosos.

4.3.2 População-alvo

Segundo Fortin (2009) uma população pode ser entendida como um conjunto de indivíduos ou outros elementos, que partilham características semelhantes segundo critérios definidos.

A população-alvo de uma pesquisa pode ser muito ampla e nem sempre é possível ter acesso a todos os elementos. Por conseguinte, é frequentemente, estudada aquela que se encontra acessível, sendo esta que constitui a amostra, sendo considerada um subgrupo da população alvo da qual se recolhem dados (Fortin, 2009).

Neste estudo, a população-alvo refere-se aos idosos com 65 ou mais anos polimedicados, da área de abrangência geográfica da UCC do Almourol, sem médico de família atribuído. No entanto, sendo a população alvo muito ampla, foi selecionada uma amostra, para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados, com o contributo da enfermeira cooperante deste projeto da USF de VNB, eleita pela enfermeira gestora da Unidade e tendo em conta o agendamento de consulta na unidade, de forma a selecionar os indivíduos que se enquadrassem nos critérios de inclusão definidos e a seguir descritos:

- ✓ Ter idade igual ou superior a 65 anos;
- ✓ Residir no domicílio na área de abrangência da UCC de Almourol;
- ✓ Ter um regime medicamentos de 5 ou mais fármacos;
- ✓ Utentes sem médico de família atribuído;
- ✓ Ser autónomo, sem alterações cognitivas (sem doença mental conhecida/diagnosticada);
- ✓ Domínio da língua portuguesa: leitura, escrita e fala;
- ✓ Manifestar interesse em participar no estudo e assinar o consentimento livre e esclarecido.

A abordagem aos utentes incluiu 36 idosos sem médico de família e com consulta de vigilância (hipertensão e diabetes). Destes, 21 foram considerados válidos e incluídos neste projeto. Dos indivíduos elegíveis, consentiram participar no estudo os 21 utentes. A amostra considera-se uma amostra não probabilística por conveniência e a recolha de dados decorreu no período de 08/01/2025 a 22/01/2025.

Os critérios de exclusão definidos incluíram: utentes que não fornecessem o seu consentimento para participar no projeto; a toma de menos de 5 medicamentos no seu regime medicamentoso e que não apresentassem capacidade cognitiva para compreender e interpretar as questões do questionário.

4.3.3 Considerações éticas

A investigação na área da saúde, por envolver seres humanos, impõe uma atenção meticulosa às considerações éticas em todas as etapas do processo. Desde a escolha do tema até a interpretação final dos dados (Fortin, 2009).

O desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, foi orientado desde o início, pelo cumprimento de princípios e procedimentos éticos, deontológicos e legais inerentes ao exercício da profissão de enfermagem, presentes no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Neste sentido, foi solicitada autorização à Ex.^a Sr.^a Enfermeira Coordenadora da UCCA para implementação do projeto (Anexo IX). O projeto obteve o parecer favorável do Conselho de Administração da ULSMT, bem como da Comissão de Ética desta Unidade. Foram solicitadas autorizações para utilização da escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) e Teste de Declínio Cognitivo (Anexo X) e do MAIEC e Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário pelos respetivos autores (Anexo XI).

A recolha e tratamento de dados foram efetuados no âmbito da(s) finalidade(s) para os quais os mesmos foram recolhidos, exclusivamente para fins de investigação científica e de utilização exclusiva pelos investigadores, salvaguardando a proteção dos direitos e liberdade dos participantes.

Aos participantes foi atribuído um código de identificação alfanumérico, garantindo a confidencialidade e anonimato dos mesmos, e cumprindo os princípios éticos da Declaração de Helsínquia, da OMS, da Comunidade Europeia e da legislação nacional relativa à proteção de dados, incluindo o seu arquivo e acesso.

Os participantes idosos, bem como os participantes profissionais de saúde foram informados sobre todos os aspetos do estudo através do consentimento informado livre e esclarecido para

participação no projeto, e informados que a sua participação poderia ser revogada a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para os próprios.

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido não teve qualquer tipo de ganhos associados à investigação ou custo para os participantes. As mestrandas não se encontram submetidas a qualquer tipo de conflito de interesse junto dos participantes ou a qualquer outro colaborador, direto ou indireto.

4.3.4 Avaliação do empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso

O empoderamento comunitário relaciona-se com um processo em que os membros da comunidade, através da sua participação ativa, desenvolvem estratégias e ações para alcançar seus objetivos (Sprietzer, 1995, como citado em Melo, 2020).

De acordo com Laverack (2008), o Empoderamento Comunitário é uma ferramenta importante para a promoção da saúde, que permite fortalecer as comunidades para que possam assumir o controle da sua própria saúde. É um processo organizado de forma a solucionar problemas sociais e políticas sociais a partir das pessoas, que não as decisoras (Melo, 2020).

O Empoderamento Comunitário como processo contínuo integra 9 domínios de avaliação, que permitem avaliar e compreender a evolução da comunidade e do seu empoderamento. Estes domínios foram integrados numa escala assinalada de *Empowerment Assessment Rating Scale*, por Laverack (2006) e que foi traduzida e adaptada culturalmente para as comunidades portuguesas, designando-se de Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAvEC) por Melo et al. (2020).

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).

Com base no referencial teórico MAIEC, foi avaliado o nível de empoderamento desta comunidade de idosos em relação à adesão do regime medicamentoso.

Neste sentido, recorreu-se a um *focus group*, que segundo Papastavrou & Panayioti (2012) é uma técnica de recolha de dados, que pode ser designado também por grupo de discussão. É uma técnica vantajosa, na medida em que possibilita interações entre os participantes, promovendo uma efetiva participação e uma ampla obtenção de informações, particularmente

na área da Enfermagem. É muito utilizada para obter compreensões mais profundas sobre percepções, opiniões e experiências das pessoas em relação a um determinado assunto.

Rodrigues (2021) considera que o *focus group* pode ser utilizado como técnica de recolha de informação, ao analisar determinadas questões é possível definir problemas prioritários, o que permite contribuir para a compreensão da problemática (Rodrigues, 2021).

Esta técnica envolve a reunião de um grupo de participantes para discutir um tema específico. O objetivo principal é explorar as opiniões, experiências e percepções, permitindo analisar o problema em questão, fomentar a discussão e a exploração de possíveis soluções e alternativas (Fialho, 2020).

A realização da sessão com o *focus group* teve por base o guião da EAvEC (Apêndice II) de Melo (2020), cuja utilização foi autorizada pelo autor, Doutor Pedro Melo, Melo (2020), tendo sido adaptado à temática em questão. A aplicação desta escala através da técnica de *focus group* permitiu identificar as necessidades, sentimentos e dificuldades sentidas pelos idosos polimedicados e profissionais de saúde e assim ser possível identificar o atual diagnóstico de Gestão Comunitária.

A realização deste grupo de discussão decorreu na USF de VNB, no dia 24 de janeiro de 2025 e contou com a colaboração de dois idosos polimedicados, duas enfermeiras da USF de VNB e duas enfermeiras da UCCA (uma Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária e uma enfermeira de Cuidados Gerais que integra o projeto do GRT na unidade), tendo sido salvaguardadas as questões de anonimato e confidencialidade com a atribuição de um código de participação alfanumérico. Teve uma duração aproximada de 60 minutos.

O presente projeto foi realizado em conjunto com uma colega mestranda, pelo que esta sessão de *focus group* foi dinamizada pelas duas. Assim, as mesmas adotaram o papel de moderadoras do grupo de discussão, estabelecendo uma dinâmica de colaboração com os participantes, ao incentivar o debate, sintetizar os pontos chave e reforçar os aspetos mais relevantes, visando a identificação de prioridades e o planeamento de estratégias.

Foi apresentada a EAvEC e elucidado o procedimento de seleção da opção de resposta. Desta forma, o *focus group* selecionou, de forma unânime, em cada um dos domínios o depoimento que melhor caracteriza a sua comunidade, relativamente à adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados. Os resultados foram representados num gráfico de radar, exposto no Gráfico 1.

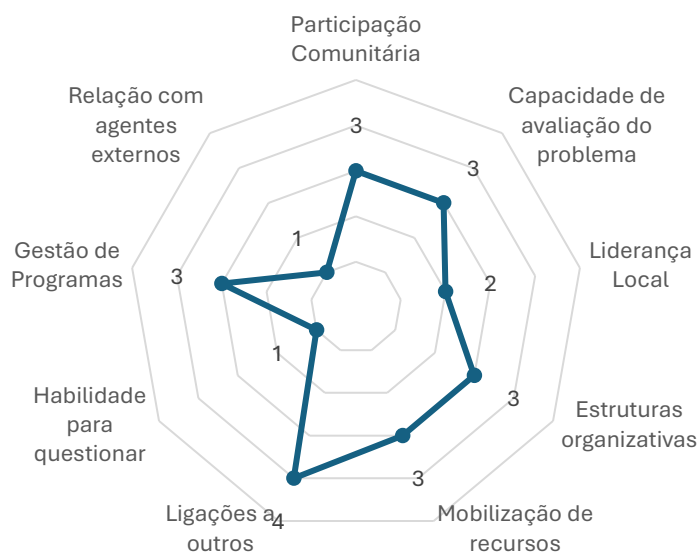


Gráfico 1 - Avaliação do empoderamento de uma comunidade de idosos de VNB para a adesão ao regime medicamentoso.
 Fonte: Adaptado. Melo (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel.

Ao analisar o empoderamento deste grupo, para a adesão ao regime medicamentoso, verifica-se um nível de empoderamento particularmente baixo nos domínios da relação com agentes externos, habilidade para questionar e liderança local.

Foi referido essencialmente, em concordância, que a problemática existe, mas não existe uma comunicação efetiva entre as instituições envolvidas, o que dificulta a referenciação de situações problemáticas, tendo sido acordada a instituição de reuniões assíduas entre a USF de VNB e a UCCA para discussão e avaliação de casos e definição de respetivas intervenções.

Identificou-se a lacuna de não existirem grupos na comunidade, que permitam a discussão para questionar sobre esta temática e encontrar soluções, tendo sido sugerido a realização de sessões sobre estas temáticas, com a frequência possível pela equipa da GRT da UCCA.

Foi também, evidenciado que os utentes possuem défices de conhecimentos, nesta temática, para poderem fazer escolhas informadas, bem como dificuldade em questionar acerca do seu regime medicamentoso, tendo sido referido pelos mesmos que não são estimulados a questionar, aquando da consulta médica.

A falta de liderança local para esta questão, foi também identificada como uma limitação, que impede uma melhor organização, havendo lugar à sensibilização para esta questão pelos intervenientes, em virtude da presença da enfermeira gestora da Unidade.

Considera-se possível alcançar um maior nível de empoderamento, não só nestes domínios identificados, mas também nos restantes.

4.3.5 Instrumentos de Colheita de Dados

No ponto de vista de Imperatori & Giraldes (1993), esta é uma etapa fundamental num projeto de intervenção, considerando que esta permite a recolha de informação necessária para a realização de um diagnóstico de situação.

De forma a avaliar o Processo Comunitário no Empoderamento Comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso, foi aplicado um questionário, baseado na matriz de decisão clínica do MAIEC (Melo 2020 e Melo *in Press*), designado de “Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário”, de forma a compreender em que ponto se encontra a comunidade, para a promoção do Empoderamento Comunitário em idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso e através do qual se pretendeu obter a opinião dos profissionais de saúde face às questões relacionadas com a temática em questão.

Este questionário permite identificar 3 dimensões de diagnóstico relacionadas com a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados: a liderança comunitária, relativa aos seus conhecimentos, crenças, aprendizagem de capacidades, volição e comportamentos de adesão; a participação comunitária, referente a comunicação, parcerias e existência de estruturas organizativas e o coping comunitário, respeitante a experiências anteriores e forças. Optou-se pela aplicação deste questionário por via digital, através de um *link* disponibilizado para o efeito, dirigido a toda a comunidade de enfermagem da UCCA e USF de VNB, através da plataforma *Office 365* do Instituto Politécnico de Leiria. Esta é uma técnica designada de Técnica de *Delphi* – “funciona mediante o envio de questionários via correio (email) tem como objetivo conhecer a opinião de peritos detentores de informação adequada, de modo a contribuir para identificar problemas de saúde e determinar dimensões e características de determinados problemas ou selecionar entre vários problemas os mais relevantes (March, Prieto, Hérman e Solas, 1999 citado em Rodrigues, 2021, pág. 109).

De forma a melhor compreender esta problemática e complementar a dimensão da Liderança Comunitária foi aplicado um questionário direcionado à população alvo, com o intuito de avaliar os comportamentos e a adesão ao regime terapêutico nos idosos polimedicados, designado de Questionário do Processo Comunitário baseado na matriz de decisão clínica do MAIEC (Melo 2020 e Melo *in Press*), encontrando-se, como referido anteriormente no Anexo VI.

A nível de estrutural, o questionário integra quatro partes e tem a duração de preenchimento de cerca de 15 minutos. Na primeira página são explicados os objetivos, finalidades e as

instruções para o preenchimento do questionário e os participantes são esclarecidos acerca da sua participação livre e voluntária, de forma anónima e confidencial.

Na primeira parte, as duas primeiras questões permitem realizar a caracterização sociodemográfica do participante; a segunda parte inclui um Teste de Declínio Cognitivo para aferir que não existe comprometimento cognitivo, onde são colocadas seis questões em que é dada pontuação de acordo com uma escala pré-definida; a terceira parte integra questões de resposta múltipla alusivas à existência de doenças crónicas e ao comportamento dos participantes na gestão da medicação habitual; a quarta e última parte é referente à aplicação da escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).

Este é um instrumento desenvolvido e validado em Portugal por Delgado e Lima (2001), sendo um dos questionários mais usados para avaliar a adesão à terapêutica em Portugal. É um questionário composto por sete itens que avaliam o comportamento do indivíduo em relação ao uso diário dos medicamentos. As respostas são obtidas por meio de escala do tipo *Likert* que varia entre 1 - sempre e 6 - nunca. Os valores obtidos com as respostas, são somados e divididos pelo número total de itens. Este valor indica-nos o nível de adesão aos tratamentos, sendo que valores mais elevados exprimem maior nível de adesão.

A abordagem aos idosos foi realizada individualmente, por conveniência e disponibilidade dos intervenientes com a colaboração da enfermeira cooperante da USF no momento de consulta médica de vigilância na USF de VNB. Antes da aplicação do questionário, foi estabelecida uma relação empática entre utente e mestranda com a apresentação da mesma, do projeto de intervenção, tendo sido solicitada a participação dos intervenientes e entregue o consentimento informado, livre e esclarecido.

A identificação dos questionários foi feita com recurso a um código alfanumérico que só as investigadoras têm acesso. Neste momento, foi também, solicitada a participação dos idosos em sessões de educação para a saúde alusivas ao tema, em momento posterior.

4.3.6 Análise dos Dados

Os dados obtidos nos questionários aplicados aos idosos foram tratados no programa *SPSS*, versão 29.0.1.0, e os dados referentes aos questionários aplicados aos profissionais foram trabalhados através do programa *Microsoft Excel*. A apresentação dos dados foi com recurso a gráficos.

Através da aplicação do Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário aos profissionais de saúde, pretendeu-se obter a opinião dos mesmos face às questões relacionadas com o empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao

regime medicamentoso. Os dados obtidos com a aplicação do questionário podem ser consultados no Apêndice IX.

No que concerne à avaliação da dimensão de diagnóstico da Liderança Comunitária, considerando o nível de conhecimentos sobre a temática, 4 profissionais, representando 41,6%, revelam ter conhecimentos moderados, que foram adquiridos de diversas formas, tais como, formações, livros, fontes de formação pessoal, cursos, na especialidade de saúde mental, na licenciatura em enfermagem, jornadas, workshops, pós-graduação, mestrado em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e ainda, assentes na experiência profissional para a maioria dos participantes.

Tendo em conta os conhecimentos necessários para promover o Empoderamento Comunitário na adesão ao regime medicamentoso dos idosos polimedicados, houve uma distribuição equitativa de 50% - 50% nas respostas, bem como na questão relativa à existência de formação suficiente sobre adesão ao regime medicamentoso, fatores que interferem e estratégias de intervenção (Gráfico 2). Nesta última questão foi sugerida formação sobre estratégias que possam promover uma maior adesão do utente ao GRT e sobre Empoderamento Comunitário.

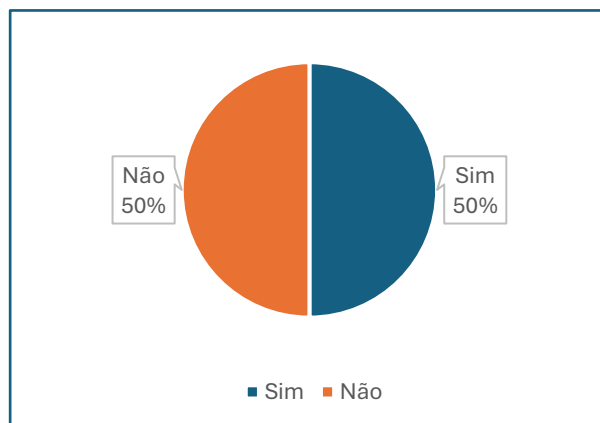


Gráfico 2 - Considera ter formação suficiente sobre adesão ao regime medicamentoso, fatores que interferem e estratégias de intervenção

Do total de participantes, a maioria 67% (8) considera que a sua unidade tem os recursos adequados para que possa contribuir eficazmente, para a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados. Os demais 33% (4), mencionam que faltam recursos organizacionais (tempo para escutar e estar com o utente - perceber as suas dificuldades face à medicação) recursos humanos, horários, viaturas, computadores.

Neste sentido, destaca-se o estudo realizado por Pereira et al. (2022a) que de forma a entender as experiências de autogestão de medicamentos, de utentes idosos polimedicados que vivem em casa, 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.

Atendendo aos resultados de 50% - 50%, não houve consenso acerca da existência ou não de um líder formal na sua unidade, para a promoção da adesão ao regime medicamentoso dos idosos polimedicados, indo ao encontro dos resultados obtidos na reunião do *focus group* sobre a avaliação do nível de empoderamento da comunidade nesta temática, dificultando o desenvolvimento de uma organização mais eficaz.

Neste sentido o estudo de Pereira et al. (2022b) sugere 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. 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.

Uma questão problemática atendendo aos resultados aferidos, está relacionada com a comunicação, onde consensualmente 83% (10) dos participantes referiram que o circuito de comunicação entre a sua unidade e a restante ULS não é eficaz para a reconciliação terapêutica nos idosos polimedicados. Para comprovar esta questão, foi referido noutros estudos de Pereira et al. (2022a), que idosos, cuidadores informais e profissionais de saúde expressaram as necessidades de melhor comunicação e coordenação entre os diferentes profissionais. Também os participantes de um outro estudo dos mesmos autores (2022b), identificaram a comunicação e a coordenação de cuidados como um problema relacionado com a medicação.

De facto, 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). Neste sentido 92% (11) dos participantes consideraram de extrema importância a existência de parcerias formais que possam melhorar

a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, também evidenciado na reunião de avaliação do Empoderamento Comunitário do *focus group*.

A totalidade dos participantes, 12 profissionais, correspondendo a 100% considera que a existência de um projeto de promoção do empoderamento comunitário para a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, resultará em ganhos em saúde e desses, 75% (9) considera-se motivado para participar num projeto nesta área. A maioria 83% (10) refere que o seu envolvimento num projeto destes, pode contribuir para a melhoria dos indicadores de Saúde Pública.

Ao serem questionados acerca do nível de volição para participar num projeto na área da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, considerando uma escala de 0 (extremamente motivado) a 10 (nada motivado), a média de respostas foi de 5,75 e a maioria respondeu no valor 7.

No que diz respeito à avaliação da dimensão de diagnóstico da Participação Comunitária, a maioria (7; 58%) refere não existir na comunidade em que se integra uma estrutura organizativa formal ou informal (como um grupo de trabalho ou uma comissão) relacionada com a problemática em questão. Estas respostas vão de encontro ao identificado na reunião do *focus group*, onde foi obtida menor pontuação no domínio da habilidade para questionar. Os 42% (5) que responderam afirmativamente destacam o Projeto de Gestão do Doente Crónico na UCCA e o projeto camarário em que há ligação entre a farmácia de VNB, o serviço social da câmara e o centro de saúde (*sic*). Esta parceria não se encontra formalmente desenvolvida de acordo com os peritos na área. O que confirma, os dados da questão seguinte, que se relaciona com a existência na comunidade em que se integra uma ou mais parcerias relaciona(s) com a área, onde 75% (9) dos profissionais considera não existir.

Considerando a existência de processos de comunicação eficazes na comunidade em que se integra, cerca de 75% (9) dos participantes refere não existir, alegando dificuldades na articulação entre os profissionais de saúde e redes formais, na comunicação com o médico de família; falta de médicos de família; falta de sensibilidade da equipa para garantir que o utente compreende o que lhe é transmitido; falta de referenciação para a UCCA; falta de recursos humanos; comunicação pouco eficaz entre enfermeiro, médico e utente e falta de informação.

Os restantes 25% (3), referem que se verifica encaminhamento de utentes para o projeto de GRT da UCCA e que a comunicação ocorre por email, por telefone e presencialmente.

Segundo Esteves (2023), 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 GRT e contribuem 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.

Ao analisar a dimensão de diagnóstico do Coping Comunitário, verifica-se que a maioria (10; 83%) não deteve experiências anteriores na participação em projetos ou atividades relativas à problemática em estudo e os que têm experiências, referem-se à integração no projeto de GRT na UCCA.

Apesar de nenhum (12; 100%) dos participantes ter recebido formação ou treino específico sobre adesão ao regime medicamentoso em idosos polimedicados, 67% (8) consideram ter competências e habilidades para contribuir em projetos relacionados a problemática, baseados na experiência profissional, conhecimentos adquiridos, motivação, melhoria de competências e pela pertinência da temática. Os restantes que referem não ter competências consideram-no devido à desmotivação, falta de tempo e escassez de recursos humanos e materiais e falta de interesse no assunto.

De seguida foi analisado o Questionário aplicado aos idosos com aplicação da Escala de MAT, encontrando-se os resultados no Apêndice X. Atendendo à caracterização sociodemográfica dos participantes, verificou-se nesta amostra, a predominância do sexo feminino (11; 52,4%), indo ao encontro do Diagnóstico de Situação de Saúde da USPMT, que demonstra a predominância do sexo feminino neste município (52,8%). Todos os participantes sabem ler e escrever (21; 100%).

Neste estudo, na avaliação do Teste de Declínio Cognitivo, todos os participantes (21; 100%), apresentam-se sem declínio (com score inferior a 10), o que indica que não existe comprometimento cognitivo.

No que concerne à avaliação do comportamento dos participantes na gestão da medicação habitual, podemos constatar que as doenças crónicas com maior prevalência incluem hipertensão e dislipidémia (100%) e (95,2%) respetivamente, seguidas da dor crónica (52,4%) e diabetes (38,1%). O que reflete o exposto no Diagnóstico da Situação de Saúde da USPMT em 2023 (USPMT, 2024).

Apesar destes utentes não terem médico de família atribuído, verifica-se a existência de consulta médica na maioria (13; 61,9%) 2 vezes por ano, no último ano, realizada por um médico de Medicina Geral e Familiar já reformado e que presta este serviço na USF de VNB e 19% (4) tiveram apenas uma consulta. Nesta amostra no último ano, a maioria dos participantes, representando 76,19% (16) do total, não necessitou recorrer ao serviço de

urgência, tendo em conta as suas doenças crónicas. Os demais participantes fizeram-no na maioria, devido a dores e traumatismos.

O recurso a múltiplos fármacos para controle destas doenças crónicas aumenta o risco de reações adversas, interações medicamentosas e dificuldades na adesão ao tratamento, segundo a Ordem dos Farmacêuticos (2024).

A polifarmácia foi identificada em 52,38% (11) dos idosos, que tomam diariamente 5 medicamentos diferentes, conforme representado no Gráfico 3.

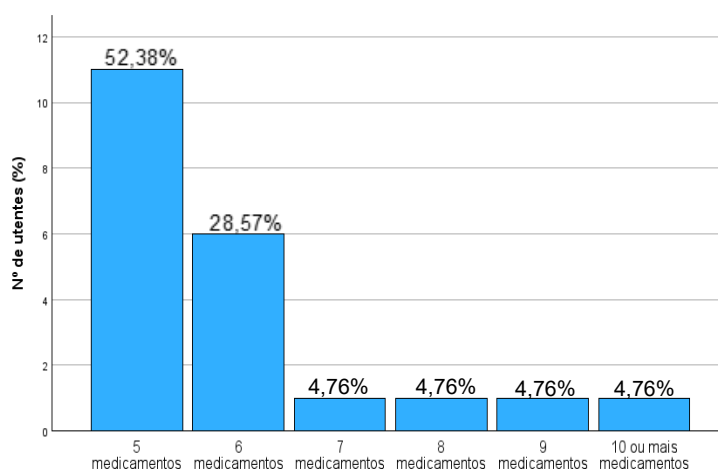


Gráfico 4 - Quantos medicamentos diferentes toma por dia

Considerando a questão “No último ano (12 meses) onde lhe foram prescritos os medicamentos?”, a maioria refere a prescrição pelo Centro de Saúde (21; 77,8%), mas 14,8% (4) também tiveram medicamentos prescritos em contexto de Consulta Externa/Internamento e 7,4% (2) com prescrições em consultas no setor privado, encontrando-se os dois últimos expostos a duplicação de medicação e interações medicamentosas.

Um estudo de Sanches (2020) alerta que falhas na comunicação entre profissionais de saúde podem comprometer a segurança de idosos em polimedicação, levando a duplicação accidental de medicamentos ou interações medicamentosas, nomeadamente em utentes com doenças crónicas e multimorbidades que recorrem a múltiplos especialistas. Festa (2017) confirma que a multiplicidade de prescritores e a falta de conhecimento sobre a medicação dos idosos são problemas comuns. Neste sentido é fundamental melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e utente, envolvendo-o e capacitando-o de forma a promover a reconciliação terapêutica e reduzir erros de prescrição.

Quase todos os participantes (17; 81%) não tomam medicação sem prescrição médica, evitando assim possíveis interações com medicamentos que não requerem receita médica e outros produtos de saúde (como suplementos alimentares e produtos à base de plantas) (Ordem dos Farmacêuticos, 2024). Apesar deste resultado, não deixa de ser uma questão

problemática e que de acordo com Ribeiro (2023) a automedicação pode ter um impacto significativo na saúde de indivíduos polimedicados, especialmente quando há um conhecimento limitado sobre os possíveis efeitos colaterais e interações entre medicamentos.

No presente estudo verificou-se que a totalidade dos idosos recorre a uma farmácia habitual para adquirir os seus medicamentos, o que pode ser facilitador na gestão de medicamentos de acordo com Bleszyńska-Marunowska, et al. (2022), que 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.

A maioria dos participantes (14; 66,7%) refere ser o próprio que adquire os seus medicamentos, 19% é o marido ou a esposa, 9,6% partilham essa tarefa com a filha ou esposa e 4,8% é o filho(a) quem adquire os medicamentos, o que vem reforçar o apoio da família como fator relevante para a gestão de doenças crónicas.

Neste estudo a maioria (18; 85,7%) dos idosos entrevistados não tem ajuda na gestão dos seus medicamentos, os restantes 9,5% refere ter ajuda de um familiar e 4,85% tem ajuda de um vizinho.

A necessidade de ajuda no apoio e coordenação da gestão e medicamentos foi referenciada por Pereira, et al. (2022a) e por Previdoli, et al. (2024), como fator de segurança para os idosos, ao terem pessoas próximas, dispostas a ajudar.

No sentido de avaliar a adesão ao regime medicamentoso e complementar a avaliação de comportamentos, foi aplicada na quarta e última parte deste questionário, a escala de MAT.

De acordo com esta avaliação evidenciam-se níveis de adesão consideráveis, com uma média de adesão de 88,3%, considerando uma escala de 1 a 100. De salientar que apesar da maioria seguir corretamente o regime medicamentoso prescrito, a não adesão continua a ser um desafio significativo.

Considerando a análise de cada questão, há que ter em conta que apenas 23,8% dos participantes refere nunca se esquecer de tomar a medicação, o que significa que 76,19% dos utentes já se esqueceu de tomar os medicamentos (Gráfico 4);

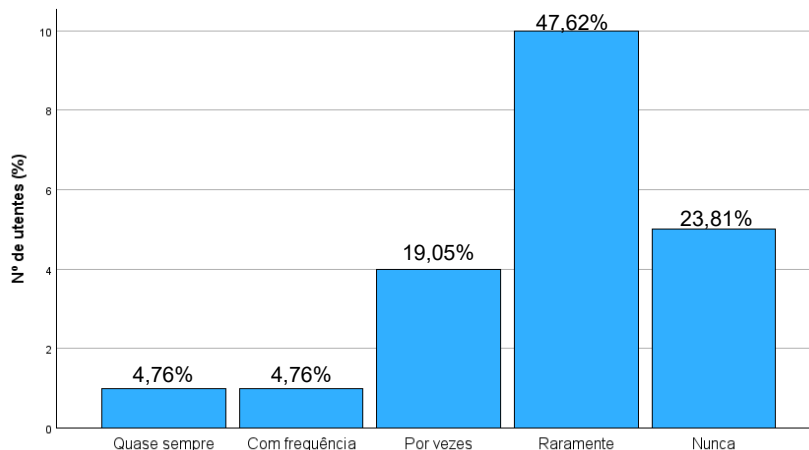


Gráfico 5 - Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação

do total apenas 38% referem cumprir com as horas das tomas, verificando-se que 28,57% dos utentes referem que por vezes ou com frequência não cumprem com o horário das tomas.

O comportamento mais positivo observado entre os idosos foi na questão sobre não deixarem de tomar a medicação por se sentirem melhor, em que a maioria (85,71%) refere nunca ter interrompido o tratamento por se sentir melhor, manifestando-se como um indicador positivo, que sugere que os idosos estão conscientes da importância adesão ao regime medicamentoso.

A considerar, ainda, que apenas 66,6% não deixam acabar os medicamentos e assim não interrompem o regime medicamentoso. Considera-se que esta avaliação carece de melhor explicitação acerca das causas.

Perante esta avaliação, em que se demonstra que o conhecimento, os comportamentos e as decisões dos utentes idosos condicionam a adesão ao regime medicamentoso, verifica-se a necessidade de desenvolver estratégias facilitadoras, como a capacitação e o empoderamento, para melhorar a adesão ao regime medicamentoso junto deste grupo e assim assegurar condições de segurança na gestão do regime medicamentoso. No estudo de Dixe, *et al.* (2023), é recomendada a adoção de estratégias que permitam reduzir os fatores de risco modificáveis, sugerido reduzir o uso excessivo de medicamentos e evitar a sua subutilização, para diminuir o risco de problemas relacionados com a medicação e potenciar a adesão à medicação.

4.3.7 Diagnósticos de Enfermagem

Para a formulação dos Diagnósticos de Enfermagem Comunitária foi utilizada a matriz de decisão clínica do MAIEC (Melo, P., 2020). O critério para o diagnóstico de **Gestão Comunitária** comprometida, afirma-se como a existência de comprometimento de uma ou

mais dimensões diagnósticas: *Coping* Comunitário, Participação Comunitária ou Liderança Comunitária.

Foram validados os critérios de diagnóstico estabelecidos pelo MAEIC e apresentam-se no Quadro 5:

Quadro 4 - Critérios de diagnóstico

| Dimensão de diagnóstico | Aspetos da comunidade | Sim | Não |
|---------------------------|---|-----|-----|
| Liderança Comunitária | Avaliar conhecimento | | |
| | 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 | | x |
| | Avaliar as Crenças da Comunidade | | |
| | 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 | x | |
| | Avaliar a Volição da Comunidade | | |
| | 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 | x | |
| Participação Comunitária | Avaliar Comunicação na Comunidade | | |
| | A comunidade e o(s) seu(s) líder(es) têm mecanismos eficazes de comunicação sobre a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados | | x |
| | Os membros da comunidade consideram clara a comunicação com o(s) seu(s) líder(es) e/ou agente(s) externo(s) sobre a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados | | x |
| | Avaliar Parcerias | | |
| | A comunidade tem conhecimento dos recursos existentes para formar parcerias para a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados | | x |
| | A comunidade efetivou parcerias formais com outras comunidades para a abordagem da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados | | x |
| | Avaliar Estruturas Organizativas | | |
| | A comunidade tem estruturas organizativas (comissões ou grupos de trabalho) para dar resposta à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados | x | |
| <i>Coping</i> Comunitário | Avaliar <i>Coping</i> Comunitário | | |
| | Tem experiências anteriores com a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados | x | |
| | A comunidade tem capacidade para questionar o porquê do seu diagnóstico face à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados | | x |
| | Tem relação com agentes para a resolução da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados | x | |
| | Tem recursos com formação em planeamento em saúde | x | |

Fonte: Adaptado. Melo (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel

No que diz respeito à análise dos diagnósticos e subdiagnósticos e tendo em conta os resultados da análise dos dados realizada anteriormente, estes encontram-se esquematizados, bem como os diagnósticos de enfermagem definidos segundo a CIPE, no Quadro (6):

Quadro 5 - Avaliação dos diagnósticos e subdiagnósticos e diagnósticos segundo a CIPE

| Foco central: Gestão Comunitária | | |
|---------------------------------------|---|--|
| Diagnóstico | Subdiagnósticos | Diagnóstico CIPE |
| Liderança Comunitária comprometida | Conhecimento - 25% dos profissionais de saúde não possuem conhecimentos sobre o Empoderamento Comunitário para a adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados; - 50% dos profissionais de saúde considera não ter os conhecimentos necessários, nem formação suficiente sobre a promoção da adesão ao regime medicamentos, fatores que interferem e estratégias de intervenção; - 76,19% dos idosos já se esqueceu de tomar os medicamentos; - Apenas 23,8% dos idosos refere nunca se esquecer de tomar a medicação; - Apenas 38,09% dos idosos referem cumprir com a hora da toma da medicação; - 14,3% dos idosos necessitam de ajuda na gestão da medicação; - 40,5% dos idosos já se polimedicaram por se sentirem pior. | - Conhecimento dos profissionais para a adesão ao regime medicamentoso diminuído; - Capacidade comprometida para gerir o regime medicamentoso; - Conhecimento dos idosos para a adesão ao regime medicamentoso diminuído - Volição comprometida |
| | Volição - 33% dos profissionais refere não ter competências/forças para contribuir para um projeto relacionado com esta problemática. | |
| | Estruturas organizativas - 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. | |
| Participação Comunitária comprometida | Comunicação - 75% dos profissionais considera não haver uma comunicação eficaz na comunidade. | - Capacidade da comunidade para gerir o regime comprometida - Comunicação comprometida - Processo de grupo comunitário comprometido |
| | Parcerias - 75% dos profissionais considera que não existe na comunidade em que se integra uma ou mais parcerias relacionadas com a adesão ao regime medicamentoso. | |
| | Coping Comunitário comprometido - 83% dos profissionais de saúde referem nunca ter tido experiências anteriores de 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. | |

Concluindo-se que todas as Dimensões de Diagnóstico estão comprometidas, logo pode-se afirmar que a Gestão Comunitária, enquanto foco central, também se encontra comprometida.

4.4 DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades é essencialmente um processo de tomada de decisão, que clarifica a direção a seguir. Como etapa do planeamento em saúde, a priorização torna-se relevante no sentido em que nos vai permite uma melhor gestão dos recursos para dar resposta às necessidades identificadas (Melo, 2020).

Ao determinar quais os problemas que devem ser priorizados, não significa que os demais sejam considerados menos importantes, mas sim que podem aguardar por um momento mais favorável para serem abordados (Rodrigues, 2021).

Para tal são selecionadas as necessidades que serão atendidas, por meio da hierarquização das mesmas, definindo prioridades com recurso a diversos critérios. É essencial, em todo o processo de definição de prioridades, estabelecer os critérios e a sua ponderação. Com base nos critérios definidos e na respetiva ponderação, será possível obter, ao final desta etapa, uma lista ordenada de problemas prioritários (Tavares, 1990).

Existem diversos métodos e técnicas para a definição de prioridades, no entanto nenhum deles é considerado universal ou ideal, de forma isolada ou combinada, já que cada um apresenta vantagens e desvantagens. A sua aplicação dependerá essencialmente do contexto em que forem aplicados (Imperatori & Giraldes, 1993).

Este projeto foi realizado em conjunto com outra colega mestranda e como tal obteve-se consenso na tomada de decisão para os critérios, considerados mais adequados ao contexto. Tendo sido eleitos, os critérios de priorização desenvolvidos pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento da Unidade Central da Venezuela e Organização Pan-Americana de Saúde (CENDES-OPAS) (Chorny, Kuschnir & Taveira 2008, citado em Rodrigues, 2021), que pretende com a sua metodologia melhorar a gestão de recursos e desenvolver ações com mais efetividade. Recorre a três critérios: magnitude, transcendência e vulnerabilidade, sendo o ordenamento final dos problemas obtido pela fórmula: $M \times T \times V =$ valor da prioridade.

A magnitude está relacionada com a dimensão e importância do problema; a transcendência refere-se ao reconhecimento que determinada comunidade dá ao problema, o desejo da comunidade de resolver o problema e é influenciada pela sua gravidade; a vulnerabilidade associa-se à possibilidade de haver um efeito efetivo na melhoria pela intervenção (Ahumada et al. 1965, citado em Melo, 2020).

Foi atribuída uma pontuação de 0 a 3 em cada um dos critérios de acordo com o Quadro 7:

Quadro 6 - Critérios de priorização do método CENDES/OPAS

| Magnitude | Transcendência | Vulnerabilidade |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - De 0 a 45% = 0 - De 46 % a 55% = 1 - De 56% a 70% = 2 - Acima de 71% = 3 | <ul style="list-style-type: none"> - 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 | <ul style="list-style-type: none"> - 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: Adaptado. Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*, p. 21. Lidel

Após a definição de critérios, foram aplicados e analisados os resultados das ponderações atribuídas a cada problema identificado, descritos na Tabela 1:

Tabela 1 Priorização dos diagnósticos identificados

| Diagnóstico | Magnitude | Transcendência | Vulnerabilidade | Total |
|--|-----------|----------------|-----------------|-------|
| Conhecimento dos profissionais para a adesão ao regime medicamentoso diminuído | 2 | 3 | 3 | 8 |
| Capacidade comprometida para gerir regime medicamentoso | 3 | 3 | 2 | 8 |
| Conhecimento dos idosos para a adesão ao regime medicamentoso diminuído | 3 | 2 | 3 | 8 |
| Comunicação comprometida | 3 | 2 | 1 | 6 |
| Volição comprometida | 0 | 2 | 1 | 3 |

Desta forma, após aplicação do método de determinação de prioridades selecionado, obteve-se a priorização dos diagnósticos identificados anteriormente. Apesar de se considerar que as técnicas de priorização são um auxílio para selecionar os problemas que devem ser abordados de forma prioritária, é essencial estabelecer critérios de inclusão para o estudo, considerando fatores como o horizonte temporal e os recursos disponíveis. Neste caso, foi definido como critério de inclusão um valor de ponderação igual ou superior a 8.

Assim, foram identificados, como problemas prioritários, suscetíveis de intervenção, os seguintes: **Conhecimento dos profissionais sobre a adesão ao regime medicamentoso, diminuído; Conhecimento dos idosos sobre a adesão ao regime medicamentoso; e Capacidade comprometida para gerir o regime medicamentoso.**

Foram excluídos os problemas: Adesão ao regime medicamentosos comprometida; Comunicação comprometida e Volição comprometida, considerando a inexecutabilidade da nossa intervenção para a sua modificação no curto espaço temporal disponível.

Atendendo a que o presente projeto foi desenvolvido em conjunto com uma colega mestranda, as intervenções focam-se nos três diagnósticos priorizados.

Assim, surge como principal problema para a minha intervenção, o seguinte diagnóstico de enfermagem, na dimensão da Liderança Comunitária e subdimensão do Conhecimento: **Capacidade comprometida para gerir regime medicamentoso**, ficando os outros dois para a intervenção da minha colega mestranda.

4.5 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Após a realização do diagnóstico da situação e a definição das prioridades, é essencial estabelecer os objetivos a serem alcançados, tendo em conta a intervenção nos problemas identificados, uma vez que, apenas por meio de uma definição clara e quantificada de objetivos será possível avaliar os resultados alcançados com a implementação do plano (Imperatori & Giraldes, 1993).

Nesta etapa do planeamento em saúde identificam-se os resultados esperados de acordo com os problemas identificados, visando alterar a evolução e tendência natural dos mesmos de forma exequível (Imperatori & Giraldes, 1993). Os mesmos autores, consideram ainda que a definição de objetivos específicos e metas possibilita o desenvolvimento de indicadores operacionais e de impacto que permitem avaliar os resultados obtidos.

Para Melo (2020), os objetivos visam estabelecer metas ou situações que se pretende alcançar, podendo existir diversas categorias de objetivos: finalidade, objetivos gerais, objetivos específicos e metas.

Neste sentido, este projeto tem como finalidade aumentar o Empoderamento Comunitário para a adesão ao regime medicamentoso num grupo de idosos de VNB. E assim, foi definido como **objetivo geral** deste projeto: melhorar a Gestão Comunitária, através da promoção da Liderança Comunitária, para a promoção da adesão ao regime medicamentoso, capacitando um grupo de idosos de VNB e profissionais de saúde da UCCA.

Para que fosse possível atingir este objetivo, foram definidos objetivos específicos e metas, de acordo com o diagnóstico priorizado, que permitissem alcançar o proposto e que são apresentadas no Quadro (8) seguinte:

Quadro 7 - Metas e objetivos definidos de acordo com o diagnóstico de situação

| | | |
|---|----------------------------|--|
| Capacidade comprometida para gerir regime medicamentoso | Objetivo específico | - Aumentar para 90% a capacidade dos idosos para gerir regime medicamentoso. - Que pelo menos 80% dos participantes nas sessões educativas tenham melhorado a avaliação na escala de MAT |
| | Indicadores | <u>Indicador de processo:</u> - (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas) x 100 - (nº de participantes na sessão de conhecimentos e estratégias/nº total de idosos incluídos no projeto) x 100 - (nº de idosos que responderam à reaplicação da escala de MAT/nº de idosos contactados) x 100 <u>Indicador de resultado:</u> - (nº de idosos com melhoria do score na escala de MAT/nº de idosos em que se interveio) x 100 |
| | Metas | - Aumentar para 90% a capacidade dos idosos para gerir o regime medicamentoso até fevereiro de 2025; - Que pelo menos 80% dos participantes nas sessões educativas tenham melhorado a avaliação na escala de MAT até fevereiro 2025. |
| | Objetivo específico | - Melhorar em 25%, a capacidade dos profissionais para a promoção da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, através da compreensão de fatores que interferem e estratégias de intervenção. |
| | Indicadores | <u>Indicador de processo:</u> - (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas) x 100 - (nº profissionais que assistiu à sessão de apresentação do projeto de Empoderamento Comunitário/nº de profissionais da unidade convocados) x 100 - (nº profissionais que assistiu à sessão de formação sobre Estratégias de Promoção da Saúde/nº profissionais da unidade convocados) x 100 - (nº de instrumentos realizados/nº total de instrumentos previstos) x 100 - (nº de profissionais que avaliou os instrumentos/nº profissionais da unidade) x 100; <u>Indicador de resultado:</u> - nº de profissionais que reconheceu melhoria no conhecimento sobre Empoderamento Comunitário/nº de profissionais que assistiu e avaliou a sessão) x 100 - (nº profissionais que considerou ter adquirido ferramentas para a promoção da saúde/ nº de profissionais que assistiu e avaliou a sessão) x 100 |
| | | |

| | | |
|---|----------------------------|---|
| (continuação) Diagnóstico: Capacidade comprometida para gerir regime medicamentoso | Objetivo específico | - Melhorar em 25%, a capacidade dos profissionais para a promoção da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, através da compreensão de fatores que interferem e estratégias de intervenção. |
| | Indicadores | - (nº de profissionais que considera recorrer às estratégias apresentadas na sua prática profissional/ nº profissionais que respondeu ao inquérito de avaliação) x 100 - (nº de profissionais que considerou pertinentes os instrumentos realizados / nº profissionais que avaliaram os instrumentos) x 100 |
| | Metas | - Que 75% dos profissionais reconheça ter melhorado no nível de conhecimento sobre Empoderamento Comunitário até fevereiro 2025; - Que 80% dos profissionais considere ter adquirido ferramentas para a promoção da saúde na área da adesão ao regime medicamentoso até fevereiro de 2025; - Desenvolver 100% dos instrumentos facilitadores (cartaz/ folheto informativo/ guia orientador) previstos, para a adesão ao regime medicamentoso até fevereiro 2025; - Que 80% dos profissionais considerem pertinentes os instrumentos realizados até fevereiro de 2025. - Alcançar uma percentagem de 80% de profissionais que consideram recorrer às estratégias apresentadas na sua prática profissional até fevereiro de 2025. |

Após o diagnóstico das necessidades nas quais se pretende intervir, definir os objetivos do projeto, estabelecer as metas e os respetivos indicadores de processo e de resultado, segue-se a seleção das estratégias a serem implementadas de forma a atingir os objetivos.

4.6 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Esta etapa do Planeamento em Saúde compreende a seleção de estratégias e é definida como “o desenho do modo como se trabalha para alcançar os objetivos (...) face às diversas ações possíveis” (Rodrigues, 2021, p. 145), ou seja, a estratégia refere-se aos planos delineados para obter os resultados, alinhados com os objetivos estabelecidos (Rodrigues, 2021). E “é um passo fulcral no sucesso de um programa ou projeto de intervenção comunitária” (Melo, 2020, p. 28), sendo fundamental planear as estratégias de intervenção de forma rigorosa.

Para Laverack (2008) é essencial que as estratégias, aumentem o empoderamento comunitário. O mesmo autor destaca que as estratégias mais adequadas para fortalecer e expandir as capacidades das organizações comunitárias envolvem a promoção de ligações, como parcerias, coligações. Essas estratégias enfatizam a capacidade de trabalhar em rede, colaborar, cooperar e desenvolver relações que fomentem uma interdependência significativa, dando origem a um maior nível de empoderamento do grupo.

O papel do EEECSF é definir estratégias de intervenção viáveis e integradas, alinhadas com os recursos disponíveis, que promovam as transformações necessárias e, consequentemente, a melhoria do estado de saúde da comunidade (Melo, 2020).

No sentido de sustentar a definição das estratégias em evidência científica, foi realizada uma revisão da literatura, com a seguinte questão de investigação: Como aumentar a adesão ao regime terapêutico através do empoderamento comunitário nos idosos polimedicados?. A questão de investigação foi elaborada de acordo com a mnemónica “PICO” – população (P), pessoas com 65 ou mais anos; intervenções/ fenómeno de interesse (I), gestão do regime terapêutico e contexto (Co), domicílio das pessoas.

A pesquisa foi realizada, inicialmente, na plataforma de pesquisa *Google Académico* e limitada na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) (via PubMed) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) (via EBSCOhost). 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 (9) seguinte:

Quadro 8 - Mapa de conceitos utilizados 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 a pesquisa em bases de dados (MEDLINE e CINAHL), todos os estudos identificados foram recolhidos e exportados para o Mendeley, que remove os artigos que se apresentam em duplicado. O Mendeley refere-se a um software para gestão de referências bibliográficas.

Através do fluxograma PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*), obteve-se um total de 153 artigos, 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, tendo sido incluídos 6. Da pesquisa livre resultaram 4 artigos incluídos (artigo A a D). Assim, foram incluídos nesta revisão 10 estudos.

Os resultados desta revisão integrativa da literatura evidenciam a existência de necessidades e dificuldades na utilização em simultâneo de diversos medicamentos, identificando medidas, as estratégias, relevantes na prevenção de danos e otimização da gestão do regime medicamentoso em idosos polimedicados, no domicílio:

1. Abordagem multidisciplinar e colaborativa, com acompanhamento de um profissional de saúde comunitário que assume a responsabilidade abrangente;

2. Comunicação clara e acessível pelos profissionais de saúde, enquanto agentes facilitadores da mudança, eficiente e segura, do comportamento;
3. Capacitação e empoderamento.

Sendo a última, a estratégia essencial para melhorar a adesão ao regime medicamentoso, permitindo um controlo sobre a saúde e aumentar a segurança, sendo o enfermeiro comunitário, devido à sua proximidade com o utente e restantes profissionais, quem se encontra em posição mais privilegiada para gerir esta problemática.

Os achados da revisão revelaram ainda que a orientação para o empoderamento dos idosos pelos profissionais de saúde, promove a gestão colaborativa da medicação e a tomada de decisões partilhada, que encoraja a assumir o controlo da 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.

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). Salienta-se, que o foco do enfermeiro deve estar, não só na adesão ao tratamento prescrito, mas e sobre tudo, no autocuidado, consciente, gerido e mantido pelo utente.

Uma menor adesão à medicação está associada a uma gestão diária do regime medicamentoso, menos eficaz e baseada em falsas crenças dos idosos face aos medicamentos (Mó, et al., 2020). Os mesmos autores demonstraram que estratégias educativas que incentivem uma melhor gestão de medicamentos e promovam o empoderamento, são fundamentais para melhorar a adesão e aumentar a segurança dos idosos.

Neste sentido, pretendeu-se promover o empoderamento comunitário como finalidade e como processo, tendo em conta que as necessidades identificadas são passíveis de mudança através de projetos de promoção da saúde.

Tendo em conta a Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender, o MAIEC e os diagnósticos de enfermagem previamente definidos, de forma a atingir os objetivos e metas preconizadas, foram delineadas as seguintes estratégias de intervenção:

1. **Educação para a saúde:** entendida como um contributo na aquisição de conhecimento no âmbito da saúde, é um processo de empoderamento, fundamental para a promoção da saúde e facilitador de mudanças (Souza et. al., 2021), podendo

realizar-se de diferentes formas, utilizando diversas ferramentas e diferentes métodos pedagógicos (Rodrigues, 2021), tendo-se definido:

- Apresentação do presente projeto de intervenção comunitária à equipa da UCCA e da USF de VNF;
- Apresentação de uma sessão sobre “Estratégias para a promoção da saúde” à equipa da UCCA;
- Realizar uma sessão de educação para a saúde sobre “Conhecimentos e estratégias de adesão ao regime medicamentoso”, dirigida aos idosos polimedicados.

2. **Marketing: comunicação e divulgação:** refere ao desenvolvimento de materiais de informação, educação e comunicação, sendo utilizado para influenciar o comportamento de saúde e mobilizar estratégias de comunicação (Melo, 2020). Considerado eficaz a nível populacional, pode contribuir para a eficácia das intervenções (Rodrigues, 2021). Neste sentido, planeou-se o desenvolvimento de:

- Um folheto informativo em formato papel alusivo ao tema, para ser facultado aos idosos (Apêndice II);
- Um cartaz de sensibilização, alusivo ao tema da adesão ao regime medicamentoso, de modo a ser afixado em locais estratégicos das unidades de saúde da ULSMT, tais como: Cuidados de Saúde Primários – USF’s, UCC’s e a nível hospitalar - consultas externas (Apêndice III);
- Um guia orientador para os enfermeiros sobre a “Adesão ao regime medicamentoso em idosos polimedicados”, de forma a facilitar a abordagem colaborativa (Apêndice IV);

3. **Estabelecimento de parcerias:** envolve a colaboração e o comprometimento ativo de diferentes intervenientes para alcançar objetivos comuns - objetivou-se a união de esforços, recursos e conhecimentos, promovendo ações mais eficazes e sustentáveis:

Foram identificados, parceiros do presente projeto, 2 enfermeiros da UCCA e 2 enfermeiros da USF de VNB. Destaca-se o compromisso e a participação ativa de todos os envolvidos, principalmente da enfermeira designada de cooperante. A recolha de dados e apresentação da sessão de educação para a saúde para os idosos, bem como a realização da reunião do grupo focal ocorreram na USF de VNB.

Apenas é possível construir uma parceria comunitária, verdadeiramente eficaz, com organizações comunitárias bem consolidadas, pequenos grupos comunitários fortes e indivíduos conscientes do seu papel no desenvolvimento das comunidades (Melo, 2020).

4. **Empoderamento:** os profissionais de saúde devem adquirir competências e conhecimentos que lhes permitam executar intervenções que promovam a saúde, a autonomia e capacitação da comunidade (Rodrigues, 2021). Com o apoio do promotor de saúde, os membros da comunidade desenvolvem competências coletivas para monitorizar intervenções, fortalecendo laços interpessoais e coesão social por meio de pequenos grupos baseados em características e interesses comuns (Melo, 2020). Destaca-se a elaboração das sessões dirigidas aos profissionais de saúde (12) e elaboração do guia orientador para enfermeiros, já referidos anteriormente.

Relativamente aos utentes idosos (4) polimediados, destaca-se a sessão de educação para a saúde dirigida aos mesmos, bem como a elaboração do cartaz e folheto informativo, já anteriormente abordados.

4.7 ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Nesta fase do Planeamento em Saúde destaca-se a significativa interligação com as outras etapas, onde a sequência dos processos ocorre de forma sistemática e retrospectiva, pelo que deve ser considerada a sua flexibilidade no sentido de se adaptar face às dificuldades e necessidades emergentes (Rodrigues, 2021).

O EEESCSP deve garantir cuidados de qualidade às comunidades, reconhecendo que o empoderamento comunitário é um processo e um resultado da sua intervenção. Ao gerir programas e projetos, deve manter esse princípio como foco central (Melo, 2020).

Um programa, de acordo com Santos (2011) citado em Rodrigues (2021), é composto por atividades inerentes à execução de uma determinada estratégia, recorrendo a diversos tipos de recursos. Para Melo (2020) é focado no médio prazo, compreende um conjunto de atividades que visam responder a uma estratégia definida e alcançar objetivos gerais.

Um projeto, para Rodrigues (2021) possui um resultado ou um objetivo específico a ser alcançado, define as estratégias e mobiliza os recursos necessários de forma atingir esse objetivo. Considerado um processo contínuo que objetiva a implementação de uma mudança, é delimitado para uma população específica, num período determinado e que termina quando esse resultado ou objetivo é atingido. É direcionado para o curto prazo, orienta-se para objetivos específicos e metas e contribui para um ou vários programas (Melo, 2020).

A implementação de projetos é essencial para o sucesso dos programas de saúde comunitários e para atingir os objetivos do Plano Nacional de Saúde 2030. Este plano abrange políticas de saúde para diversas áreas em períodos específicos, com o objetivo de promover saúde e bem-estar em todas as fases da vida, priorizando equidade, sustentabilidade e um futuro saudável para as próximas gerações (DGS, 2022b).

Considerando os problemas identificados no diagnóstico de situação, a priorização e os objetivos estabelecidos, foi elaborado o projeto de intervenção comunitária “Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso”, com o intuito promover o empoderamento comunitário relacionado com a adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados e promover a aquisição de conhecimentos; a adoção de comportamentos que permitam uma utilização segura da medicação e que promovam a adesão ao regime medicamentoso, contribuindo, assim, para a qualidade de vida e bem-estar dos idosos.

Face ao tempo disponível para implementação do mesmo e após reunião com os peritos na área, optou-se pela concretização da intervenção apenas na USF de VNB, um dos concelhos da área de abrangência da UCCA, numa amostra de 21 idosos polimedicados e sem médico de família atribuído.

De futuro, se possível, o objetivo passará por ser alargado aos restantes municípios da área de abrangência da UCCA (Entroncamento e Constância) e, idealmente, ser alargado a toda a abrangência da ULSMT, perspetivando que este projeto possa contribuir para a promoção do Empoderamento Comunitário, nesta área temática, nesta região.

Posteriormente à identificação do problema e à seleção das estratégias, considera-se fundamental a planificação das intervenções e execução do projeto, que será desenvolvido no capítulo seguinte.

4.8 PREPARAÇÃO OPERACIONAL E EXECUÇÃO

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), nesta etapa estão descritas as atividades desenvolvidas para a concretização do projeto, em função dos objetivos operacionais estabelecidos.

Os mesmos autores, referem que é nesta etapa que se define quando, aonde, e como as atividades devem ser executadas, e quem será responsável por as executar (Imperatori & Giraldes, 1993). Sendo ainda necessário, determinar as necessidades em recursos, humanos e materiais, ao longo do tempo e estabelecer um calendário detalhado para a sua execução.

Desta forma, foi elaborado um plano de ação, apresentado no quadro seguinte (Quadro 10), que inclui a descrição das atividades alinhadas com os objetivos e metas definidos, a definição dos responsáveis pela execução, o local, a data e os critérios de avaliação correspondentes a cada atividade.

Quadro 9 - Plano de ação do projeto

| Metas | Estratégias | Atividades | Recursos humanos | Local | Horizonte temporal | Avaliação |
|---|--|--|---|-----------------|------------------------------|--|
| - Aumentar para 90% a capacidade dos idosos para gerir o regime medicamentoso até fevereiro de 2025. | <ul style="list-style-type: none"> Ensinar os idosos através de sessão de educação para a saúde, com metodologia expositiva e interativa: "Conhecimentos e estratégias de adesão ao regime medicamentoso". | <ul style="list-style-type: none"> Elaboração da apresentação em <i>power point</i> e plano da sessão; Realização da sessão com exposição de temas: <ul style="list-style-type: none"> - Reconciliação terapêutica; mapa terapêutico; armazenamento da medicação; - Dinamização com <i>brainstorming</i>: Dicas para não esquecer da medicação; - Esclarecimento de dúvidas. Abordado o tema educativo adaptado ao grupo etário e nível cultural. | <ul style="list-style-type: none"> Mestrandas de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; Idosos polimedicados, sem médico de família atribuído Enfermeira gestora da UCCA. | USF de VNB | 27 de janeiro 2025 | <p><u>Indicador de processo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas) x 100 (nº de participantes na sessão de conhecimentos e estratégias/nº total de idosos incluídos no projeto) x 100 <p><u>Indicador de resultado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (nº de idosos com melhoria do <i>score</i> na escala de MAT/nº total de idosos em que se interveio) x 100 |
| - Que pelo menos 80% dos idosos participantes nas sessões educativas tenham melhorado a avaliação na escala de MAT até fevereiro de 2025. | <ul style="list-style-type: none"> Avaliar a eficácia do projeto. | <ul style="list-style-type: none"> Replicação da escala de MAT aos idosos, por chamada telefónica; Tratamento e discussão dos dados da avaliação; Reflexão crítica sobre a avaliação e pontos de melhoria. | <ul style="list-style-type: none"> Mestrandas de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. | UCC do Almourol | 17 a 28 de fevereiro de 2025 | <p><u>Indicador de processo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (nº de idosos que respondeu à escala de MAT/nº de idosos contactados) x 100 <p><u>Indicador de resultado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (nº de idosos com melhoria do <i>score</i> na escala de MAT/nº de idosos em que se interveio) x 100 |
| - Que 75% dos profissionais reconheça ter melhorado no conhecimento sobre Empoderamento Comunitário até fevereiro de 2025. | <ul style="list-style-type: none"> Instruir os profissionais de saúde através de sessão de apresentação do projeto "Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso", com metodologia expositiva. | <ul style="list-style-type: none"> Elaboração da apresentação em <i>power point</i> e plano da sessão; Realização da sessão de apresentação, com exposição de temas: <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico da situação; - Metodologia adotada; - Explicação do MAIEC; - Fases de implementação do projeto de acordo com o MAIEC; - Esclarecimento de dúvidas. Abordado o tema adaptado ao nível profissional e cultural. | <ul style="list-style-type: none"> Mestrandas de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; Enfermeiros que desenvolvem atividade profissional na UCCA. | UCC do Almourol | 11 de dezembro 2024 | <p><u>Indicador de processo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas) x 100 (nº profissionais que assistiu à sessão de apresentação do projeto de Empoderamento Comunitário/nº de profissionais da unidade convocados) x 100 <p><u>Indicador de resultado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (nº de profissionais que reconheceu melhoria no conhecimento sobre Empoderamento Comunitário / nº profissionais que assistiu e avaliou a sessão) x 100 |
| - Que 80% dos profissionais | <ul style="list-style-type: none"> . | <ul style="list-style-type: none"> . | <ul style="list-style-type: none"> Mestrandas de Enfermagem de | UCC do Almourol | | <p><u>Indicador de processo:</u></p> |

| (continuação) Metas | Estratégias | Atividades | Recursos humanos | Local | Horizonte temporal | Avaliação |
|---|---|--|--|-----------------|------------------------------|--|
| <p>considere ter adquirido ferramentas para a promoção da saúde na área da adesão ao regime medicamentoso até fevereiro de 2025;</p> <p>- Alcançar uma percentagem de 80% de profissionais que consideram recorrer às estratégias apresentadas na sua prática profissional até fevereiro de 2025.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Instruir os profissionais de saúde através de sessão de formação sobre "Estratégias para promoção da saúde", com metodologia expositiva. | <ul style="list-style-type: none"> Elaboração da apresentação em <i>power point</i> e plano da sessão; Realização da sessão com exposição de temas: <ul style="list-style-type: none"> O que é a literacia em saúde; Promoção da saúde e promoção da literacia em saúde; Comunicação e ativação; Métodos e meios para a promoção da literacia em saúde; Exposição de casos práticos; Esclarecimento de dúvidas. Abordado o tema adaptado ao nível profissional e cultural. | <ul style="list-style-type: none"> Mestrandas de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; Enfermeiros que desenvolvem atividade profissional na UCCA. | UCC do Almourol | 12 de fevereiro de 2025 | <p><u>Indicador de processo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas) x 100 (nº profissionais que assistiu à sessão de formação sobre Estratégias de Promoção da Saúde/nº profissionais da unidade convocados) x 100 <p><u>Indicador de resultado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> nº de profissionais que reconheceu melhoria no conhecimento sobre estratégias de promoção da saúde/ nº de profissionais que avaliou a sessão) x 100 (nº profissionais que considerou ter adquirido ferramentas para a promoção da saúde na área da adesão ao regime medicamentoso/ nº de profissionais que assistiu e avaliou a sessão) x 100 (nº de profissionais que considera recorrer às estratégias apresentadas na sua prática profissional/ nº profissionais que respondeu ao inquérito de avaliação) x 100 |
| <p>- Desenvolver 100% dos instrumentos facilitadores (Cartaz/ folheto informativo/guia orientador) previstos, para a adesão ao regime medicamentoso até fevereiro 2025;</p> | <ul style="list-style-type: none"> Habilitar os profissionais de saúde através da elaboração de Guia Orientador para enfermeiros sobre a adesão ao regime medicamentoso em idosos polimedicados. | <ul style="list-style-type: none"> Elaboração digital do cartaz de sensibilização, folheto informativo e guia orientador, com recurso ao <i>layout</i> definido pela ULSMT, para elaboração destes documentos; Apresentação e discussão com a enfermeira orientadora de estágio e enfermeira gestora da UCCA; Envio dos documentos para o serviço de Gestão da Qualidade da ULSMT, para publicação na <i>intranet</i>. | <ul style="list-style-type: none"> Mestrandas de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; Enfermeira orientadora do estágio; Enfermeira gestora da UCCA. | UCC do Almourol | 8 a 26 janeiro de 2025 | <p><u>Indicador de processo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (nº de instrumentos desenvolvidos/nº total de instrumentos previstos) x 100 <p><u>Indicador de resultado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (nº de profissionais que considerou pertinentes os instrumentos realizados / nº profissionais que avaliou os instrumentos) x 100 |
| <p>- Que 80% dos profissionais considerem pertinentes os instrumentos realizados até fevereiro de 2025.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Avaliar a implementação de estratégias. | <ul style="list-style-type: none"> Elaboração de questionário de avaliação do projeto em formato digital; Aplicação do questionário de avaliação por email, através de <i>link</i>; Tratamento e discussão dos dados da avaliação; Reflexão crítica sobre a avaliação e pontos de melhoria. | <ul style="list-style-type: none"> Mestrandas de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; Enfermeiros que desenvolvem atividade profissional na UCCA. | UCC do Almourol | 17 a 28 de fevereiro de 2025 | <p><u>Indicador de processo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (nº de profissionais que avaliou os instrumentos/nº profissionais da unidade) x 100; <p><u>Indicador de resultado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (nº de profissionais que considerou pertinentes os instrumentos realizados / nº profissionais que avaliou os instrumentos) x 100 |

Para a implementação do projeto foram necessários os seguintes recursos:

- Gabinete para interação com os idosos e recolha de dados, na USF de VNB;
- O ginásio da USF de VNB, espaço onde se realizou a reunião do grupo focal e a sessão de educação para a saúde dirigida aos idosos;
- Sala de reuniões da UCCA;
- Computador: disponibilizado pelas mestrandas;
- Mesas e cadeiras;
- Projetor de vídeo: disponibilizado pela UCCA;
- Questionários: impressos pelas mestrandas;
- Material de apoio à avaliação da sessão com os idosos.

Considerando a execução do projeto, nesta fase para Imperatori & Giraldes (1993), são colocadas em prática as atividades planeadas, visando alcançar os objetivos estabelecidos. Para os mesmos autores as atividades devem ser descritas de forma pormenorizada, desmontando como foram realizadas, quias os recursos utilizados e a respetiva calendarização.

Assim, foi elaborado um cronograma que norteou as atividades no horizonte temporal e que atendendo aos constrangimentos, foi sofrendo alterações ao longo da execução do projeto. Apresenta-se no Apêndice XI.

A concretização deste protejo teve início com o diagnóstico de situação elaborado e de acordo com uma necessidade identificada pela UCCA, devido à necessidade de intervir na comunidade no âmbito do GRT. Em consenso com a professora orientadora, colega mestranda e a enfermeira gestora da UCC do Almourol, foi assim definido o tema deste estudo. Pretendemos que contribuísse para a operacionalização do projeto de GRT já implementado na UCC do Almourol e para a construção do processo assistencial nesse âmbito.

Inicialmente, foi realizada a apresentação do presente projeto de intervenção comunitária à equipa da UCC do Almourol, através de um *power point*, em conjunto com a minha colega mestranda e que teve lugar na sala de reuniões da UCCA, no dia 11 de dezembro de 2024, onde se apresentou o diagnóstico da situação; a metodologia adotada, onde foi explanado o MAIEC; as fases de implementação do projeto de acordo com o MAIEC e abordado o empoderamento comunitário. Estiveram presentes 8 dos 11 enfermeiros da unidade. A

apresentação foi facultada aos enfermeiros da USF de VNF via *email*, por constrangimentos de tempo, embora fosse nossa intenção apresentar presencialmente.

Esta apresentação revelou-se de grande importância, não só pela exposição do projeto, mas essencialmente pela explanação do MAIEC. Este modelo ainda era desconhecido para os profissionais da unidade e foi motivo de bastante interesse e questionamento.

No sentido da capacitação e empoderamento dos idosos, foi concretizada uma sessão de educação para a saúde, dirigida aos idosos polimedicados, sem médico de família atribuído, onde se realizou uma apresentação em *power point*, com o tema “Conhecimentos e Estratégias de adesão ao regime medicamentoso”. Esta sessão foi apresentada no ginásio da USF de VNB, no dia 27 de janeiro de 2025, contou com a presença de 4 utentes. Foi dinamizada em conjunto com a minha colega mestranda e esteve presente a enfermeira gestora da UCCA.

Os utentes foram convidados a participar aquando da realização da colheita de dados e aplicação do questionário direcionado à população alvo.

A sessão inicialmente, foi projetada para se realizar em dois momentos distintos, mas atendendo às dificuldades de deslocação dos idosos, optou-se por fazer uma única sessão com intervalo de 15m.

A minha colega mestranda apresentou a primeira parte da sessão, onde foram abordados temas relativos aos conhecimentos sobre medicação: o que são medicamentos, como identificar os medicamentos, vias de administração dos medicamentos e reações adversas e interações entre medicamentos, com a duração aproximada de 45 minutos. A segunda parte apresentada por mim, abordou estratégias de adesão ao regime medicamentoso: reconciliação terapêutica, mapa terapêutico, armazenamento da medicação e dicas para não se esquecer de tomar a medicação e teve uma duração média de 45 minutos também.

A linguagem utilizada foi simples e clara adequada ao grupo etário e suas características de escolaridade e culturais.

De forma a promover a capacitação e empoderamento dos profissionais de saúde, foi efetuada uma sessão de formação para os enfermeiros da UCC do Almourol, onde se retrataram Estratégias para a Promoção da Saúde. Foram abordados conceitos e explanaram-se métodos e meios de promoção da literacia em saúde, com exemplos de casos práticos e adequados à intervenção da UCCA, ocorreu na sala de reuniões da UCCA, no dia 12 de fevereiro de 2025, com recurso a *power point* e contou com a presença de 11 enfermeiros da unidade. Esta atividade teve a duração média de 60 minutos. Durante a apresentação expositiva, os profissionais demonstraram-se interessados e interventivos,

colocando dúvidas pertinentes, sugestões de intervenção e direcionando os temas apresentados para a sua prática profissional.

Ao promover o envolvimento das comunidades para o seu empoderamento e participação nas decisões que impactam sua saúde, a utilização de estratégias de *marketing* social contribui para fortalecer a conquista de benefícios em saúde comunitária de maneira mais eficaz. Para tal, é relevante o desenvolvimento de materiais de informação, educação e comunicação (IEC). Estes são formas de partilhar a informação, mas também de educar e promover a comunicação (Melo, 2020).

Neste sentido, foram construídos três instrumentos de informação: um Cartaz de sensibilização, dirigido aos utentes, e onde se pretende sensibilizar para uma toma segura de polimedicação, evitando riscos desnecessários; um Folheto informativo para os utentes, abordando o que é a polimedicação, fatores que interferem, a importância de cumprir o regime medicamentoso e estratégias que possam facilitar a adesão e ainda um Guia Orientador para enfermeiros sobre a adesão ao regime medicamentoso, com o intuito de auxiliar na abordagem destes utentes e como forma a promover a comunicação e a educação.

Estes instrumentos de informação foram validados pela enfermeira orientadora do estágio e pela enfermeira gestora da UCCA, tendo sido submetidos ao serviço de Gestão da Qualidade da ULSMT para publicação na *intranet* desta Unidade, ficando assim, acessível para todos os profissionais das diversas áreas, considerando-se ferramentas de apoio à prática profissional.

4.9 AVALIAÇÃO

A última etapa do Planeamento em Saúde refere-se à avaliação do projeto, que de acordo com Tavares (1990), permite o confronto entre os objetivos e as estratégias.

Para Rodrigues (2021), a avaliação é entendida como uma análise objetiva do cumprimento dos objetivos de uma intervenção, projeto, programa, política ou atividade. Apresenta como finalidade contribuir para aperfeiçoamento do planeamento e da gestão, além de evidenciar os resultados alcançados e permite compreender o efeito das atividades executadas e das estratégias estabelecidas.

Assim, importa avaliar se as metas estabelecidas foram atingidas. Atendendo aos indicadores de processo e de resultado apresentados anteriormente, apresenta-se de seguida os resultados da avaliação do projeto.

No Quadro 11 são apresentados os resultados decorrentes da avaliação dos indicadores de processo e as metas estabelecidas anteriormente.

Quadro 10 - Avaliação dos Indicadores de Processo

| Indicadores | Metas | Resultado |
|--|--|---|
| - (nº de sessões realizadas/nº de sessões programadas) x 100 | Realizar 100% das sessões programadas | (3 sessões programada/3 sessões realizadas) x 100 = 100% |
| - (nº profissionais que assistiu à sessão de apresentação do projeto de Empoderamento Comunitário/nº de profissionais da unidade convocados) x 100 | Obter 50% de assiduidade dos participantes | (8 profissionais/8 profissionais convocados) x 100 = 100% |
| - (nº profissionais que assistiu à sessão de formação sobre Estratégias de Promoção da Saúde/nº profissionais da unidade convocados) x 100 | Obter 50% de assiduidade dos participantes | (11 profissionais/11 profissionais convocados) x 100 = 100% |
| - (nº de idosos participantes na sessão de conhecimentos e estratégias/nº total de idosos incluídos no projeto) x 100 | Obter 50% de assiduidade dos participantes | (4 idosos participantes/21 idosos incluídos no projeto) x 100 = 19,4% |
| - (nº de instrumentos realizados/nº total de instrumentos previstos) x 100 | Desenvolver 100% dos instrumentos facilitadores (cartaz/ folheto informativo/ guia orientador) previstos | (3 instrumentos previstos/3 instrumentos realizados) x 100 = 100% |
| - (nº de profissionais que avaliou os instrumentos/nº profissionais da unidade) x 100 | Obter a avaliação de 50% dos profissionais | (7 profissionais que avaliaram/12 profissionais da unidade) x 100 = 58,3% |
| - (nº de idosos que responderam à reaplicação da escala de MAT/nº de idosos contactados) x 100 | Obter a avaliação de 80% dos idosos | (4 idosos que responderam/ 4 idosos contactados) x 100 = 100% |

Analisando os indicadores de processo verifica-se que as metas foram alcançadas na generalidade, à exceção da participação dos idosos na sessão de educação para a saúde sobre “Conhecimentos e estratégias de adesão ao regime medicamentoso”. Tendo em conta a amostra de 21 idosos, apenas 7 consideraram participar na sessão e apenas 4 compareceram, alegando a dificuldade de deslocação, por se encontrarem dependentes de outros e pela dificuldade dos horários dos transportes públicos, sendo que a maioria pertence a zonas mais distantes da USF e no próprio dia pelo falecimento de familiar próximo. De referir como fator limitador para a dimensão da amostra, o facto da abordagem à população alvo só poder ter sido realizada uma vez por semana, aquando da consulta médica.

Importa destacar que as sessões planeadas foram executadas na totalidade (100%). Destaca-se a percentagem de profissionais de saúde nas sessões realizadas com a equipa. Neste âmbito a adesão teve um balanço muito positivo, uma vez que a totalidade aderiu às sessões, atingindo a meta delineada, conforme apresentado no Gráfico 5.

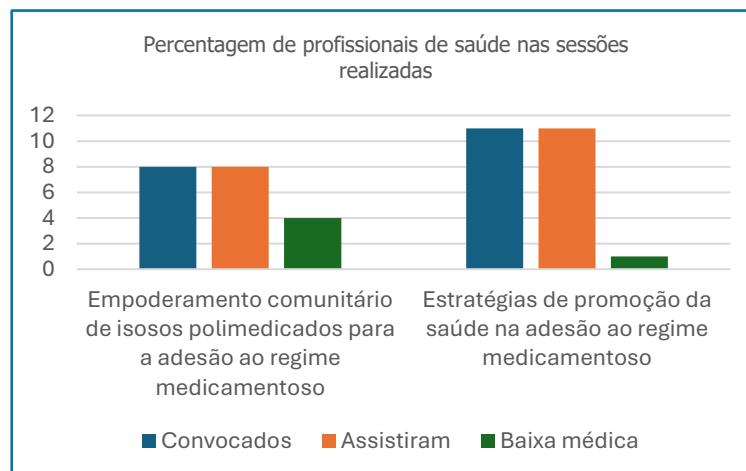


Gráfico 6 -Percentagem de profissionais de saúde nas sessões realizadas

No que concerne ao desenvolvimento de materiais de informação, educação e comunicação, a meta foi alcançada na íntegra (100%), salientando-se a submissão dos instrumentos desenvolvidos ao serviço de Gestão da Qualidade da ULSMT, pela enfermeira gestora da UCCA, para divulgação na *intranet* da instituição e utilização por todos os profissionais de saúde na instituição, sendo considerados auxiliares na prática clínica.

Relativamente aos indicadores de resultado, estes foram avaliados de duas formas distintas: uma através da reaplicação da escala de avaliação de MAT, aos idosos que compareceram na sessão dos “Conhecimentos e estratégias de adesão ao regime medicamentoso” e outra através da aplicação de um questionário de “Avaliação das estratégias implementadas”, durante a concretização do presente projeto, aplicado aos profissionais de saúde da UCCA. Foi entregue no dia 17 de fevereiro de 2025, por via digital – *email*, através de *link* disponibilizado para o efeito, aos 12 enfermeiros da UCCA (Apêndice XII). Destes, apenas 7 responderam, ficando este indicador aquém do esperado.

Os resultados da avaliação de indicadores de processo encontram-se evidenciados no Quadro 12.

Quadro 11 - Avaliação dos Indicadores de Resultado

| Indicadores | Metas | Resultado |
|---|--|---|
| - (nº de idosos com melhoria do <i>score</i> na escala de MAT/nº de idosos em que se interveio) x 100 | Obter melhoria na avaliação na escala de MAT em 80% dos participantes nas sessões educativas | 4 idosos com melhoria do <i>score</i> na escala de MAT/4 idosos x 100 = 100% |
| - (nº de profissionais que reconheceu melhoria no conhecimento sobre Empoderamento Comunitário / nº profissionais que assistiu e avaliou a sessão) x 100 | Alcançar melhoria em 75% dos profissionais no nível de conhecimento sobre Empoderamento Comunitário | 6 profissionais reconheceram ter melhorado/7 profissionais que avaliaram x 100 = 85,7% |
| - (nº de profissionais que considerou pertinentes os instrumentos realizados / nº profissionais que avaliaram os instrumentos) x 100 | Alcançar uma percentagem de 80% de profissionais que considerem pertinentes os instrumentos realizados para aplicabilidade na sua prática profissional | 7 profissionais que consideraram pertinentes os instrumentos realizados/ 7 profissionais que avaliaram os instrumentos x 100 = 100% |
| - (nº profissionais que considerou ter adquirido ferramentas para a promoção da saúde na área da adesão ao regime medicamentoso/ nº de profissionais que assistiu e avaliou a sessão) x 100 | Obter uma percentagem de 80% de profissionais que considerem ter adquirido ferramentas para a promoção da adesão ao regime medicamentoso | 7 profissionais que consideraram ter adquirido ferramentas / 7 profissionais que responderam ao inquérito x 100 = 100% |
| - (nº de profissionais que considera recorrer às estratégias apresentadas na sua prática profissional/ nº profissionais que respondeu ao inquérito de avaliação) x 100 | Alcançar uma percentagem de 80% de profissionais que consideram recorrer às estratégias apresentadas na sua prática profissional | 7 profissionais que consideram recorrer às estratégias / 7 profissionais que responderam ao inquérito x 100 = 100% |

No que diz respeito à eficácia das intervenções, considerando a avaliação da adesão ao regime medicamentoso, compara-se a adesão ao regime antes e após a sessão, através da reaplicação da escala de MAT, aos idosos que participaram na sessão de educação para a saúde realizada “Conhecimentos e estratégias de adesão ao regime medicamentoso”, por chamada telefónica, de forma a evitar a deslocação dos mesmos à USF de VNB, no dia 18

de fevereiro de 2025. No Gráfico 6 a evolução por utente e no Gráfico 7, apresenta-se a média do score total da avaliação da escala de MAT antes e após a intervenção.

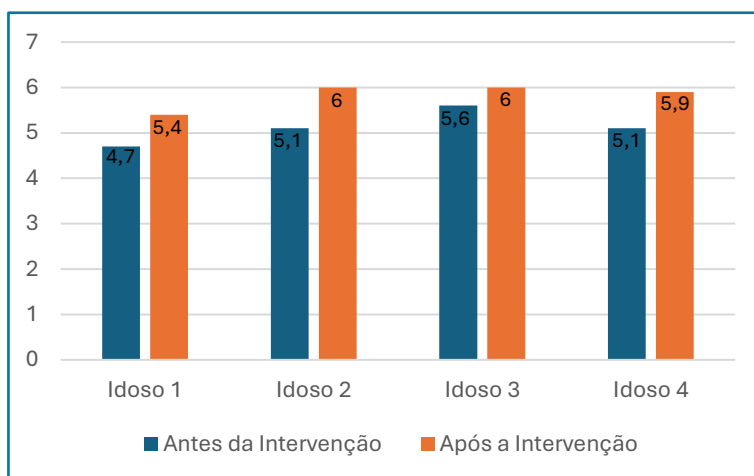


Gráfico 7 - Avaliação da escala de MAT por utente

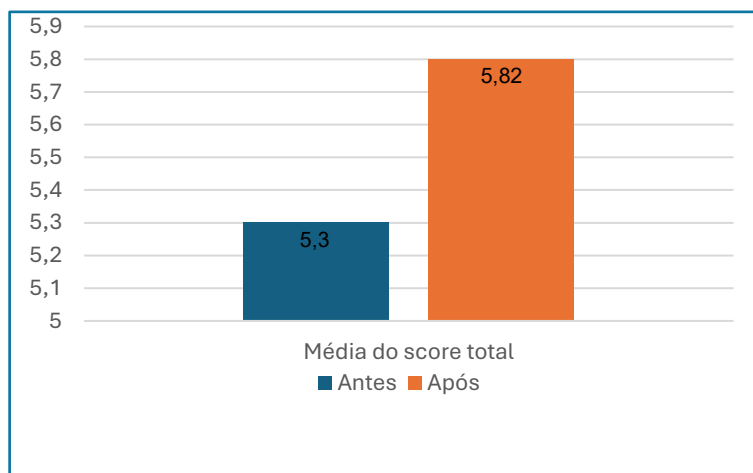


Gráfico 8 - Avaliação do score total da escala de MAT

Verifica-se um ligeiro aumento no total do score médio da adesão ao regime medicamentoso, verificando-se uma média de adesão de 5,3 com um desvio padrão de 0,373 pontos antes da intervenção e posteriormente uma média de 5,82 com desvio padrão de 0,270 pontos.

De referir que a reduzida dimensão da amostra de idosos (21) e o curto intervalo de tempo que decorreu entre a intervenção e avaliação, evidenciaram-se como constrangimentos, impedindo avaliar o impacto da intervenção sobre a Liderança Comunitária do grupo de idosos, mas permite concluir que influenciou, positivamente, o Empoderamento Comunitário.

A avaliação desta sessão pelos idosos foi realizada com recurso a *blisters* de comprimidos com pontuação de 1 a 6, atendendo a uma avaliação de forma geral, e uma caixa que representa a embalagem do medicamento e onde foi colocada a pontuação que o utente considerasse adequada. No final obteve-se uma média de 5,8 e assim considera-se a sessão muito positiva.

Contudo no grupo intervencionado evidencia-se um impacto positivo na adesão ao regime medicamentoso, podendo-se considerar a possibilidade de influenciar o empoderamento comunitário (Melo, 2020; Laverack, 2014).

Apesar da baixa adesão, os idosos que participaram na sessão de educação para a saúde, reconheceram, que esta foi uma mais-valia, onde houve lugar à partilha de experiências e dificuldades sentidas, salientando a importância dos temas para a uma prática segura de polimedicação e que permitiu esclarecer dúvidas, reduzir riscos associados à interação medicamentosa, prevenir efeitos adversos e melhorar a adesão ao regime medicamentoso.

Dos idosos que participaram na sessão de educação para a saúde e que foram contactados posteriormente, a totalidade (100%) obteve melhoria no *score* da escala de MAT, representado no Gráfico 8.

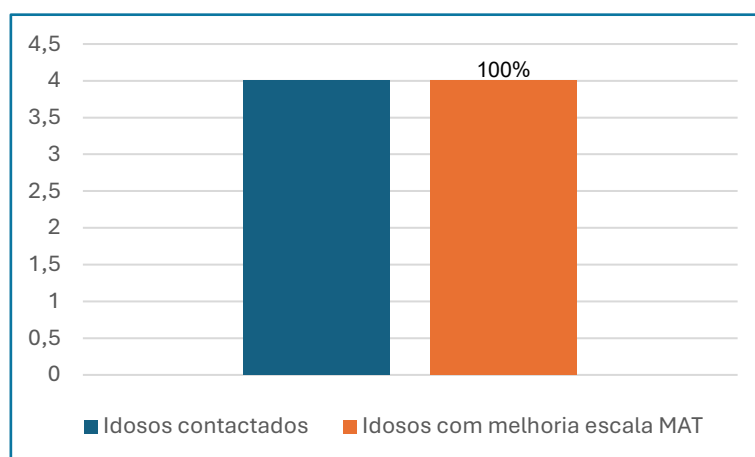


Gráfico 9 - Percentagem de idosos que obteve melhoria no score da escala de MAT

É importante salientar que estudos futuros com amostras maiores são necessários para avaliar de forma mais precisa o impacto da intervenção na Liderança Comunitária e no Empoderamento dos idosos.

Conclui-se, assim, que a meta estabelecida de aumentar a adesão ao regime medicamentoso em idosos polimedicados foi alcançada.

Tendo em conta os profissionais de saúde que assistiram à sessão de apresentação do Projeto “Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso”, a maioria dos participantes (6) representando 85,7%, considerou ter melhorado o nível de conhecimentos sobre empoderamento comunitário, representado no Gráfico 9, pelo que se considera atingida a meta.

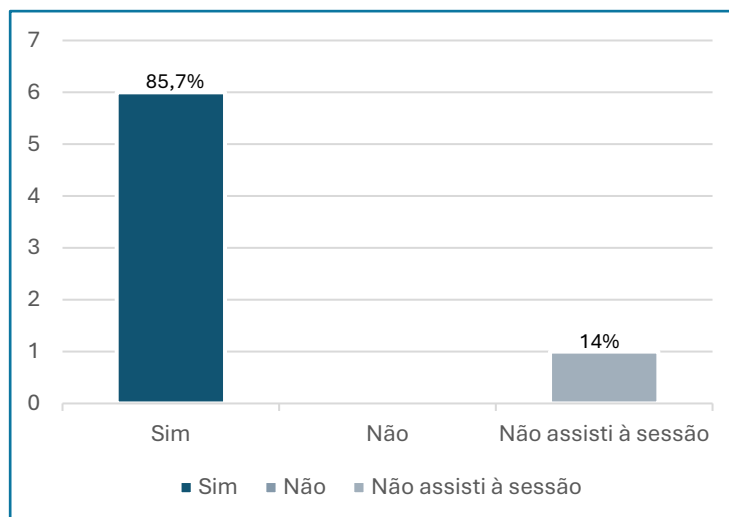


Gráfico 10 - Percentagem de profissionais que considera ter melhorado o conhecimento sobre empoderamento comunitário

Na avaliação do Gráfico (10) seguinte verificamos que a maioria (6; 85,71%) dos profissionais, assistiu à sessão sobre Estratégias de Promoção da Saúde e considerou que houve um aumento no seu nível de conhecimento sobre Estratégias de Promoção da Saúde. Neste âmbito foi ainda avaliado o indicador sobre a possibilidade de aquisição de ferramentas para a promoção da adesão ao regime medicamentoso por parte dos profissionais de saúde e sobre o qual todos responderam afirmativamente (7; 100%). Salienta-se ainda que a totalidade dos profissionais (7; 100%) considera recorrer às estratégias apresentadas na sua prática profissional, considerando-se estes indicadores relevantes nesta avaliação, no sentido de corroborar a eficácia da sessão, considerando-se atingida a meta.

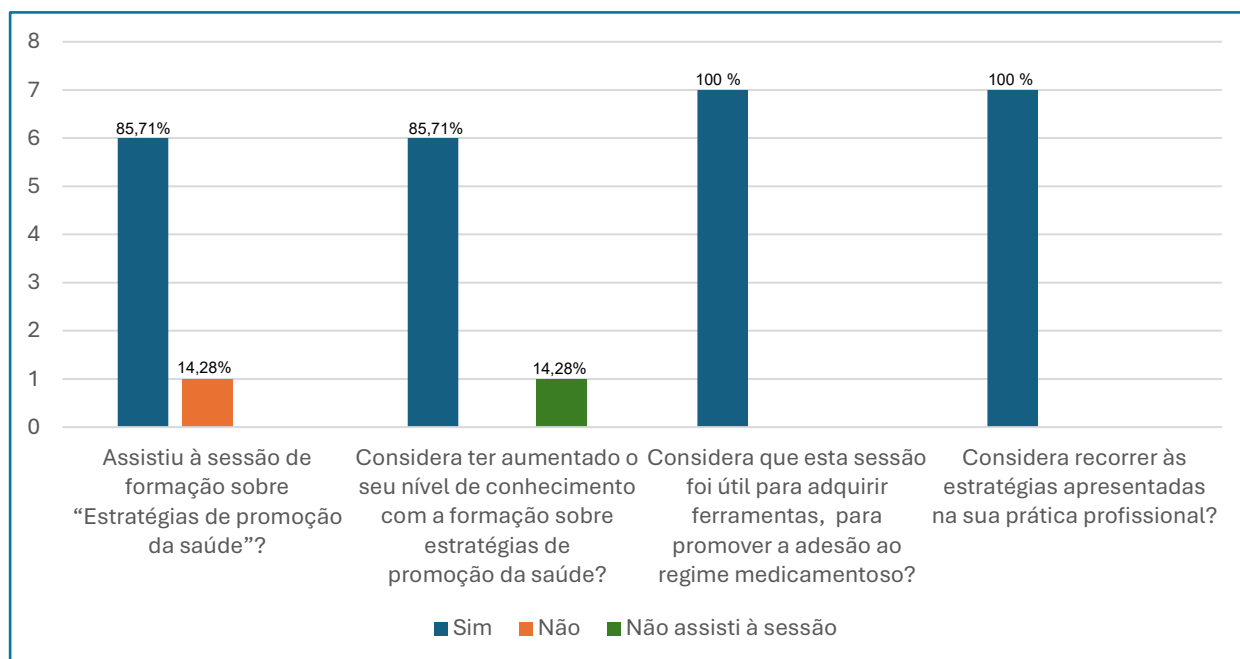


Gráfico 11 - Avaliação da apresentação sobre estratégias de promoção da Saúde

Na avaliação do indicador referente à pertinência dos instrumentos desenvolvidos (cartaz de sensibilização e folheto informativo para os idosos e guia orientador para enfermeiros) para a sua prática profissional, a resposta foi unânime, todos consideraram que sim (7; 100%), bem como consideram recorrer a estes documentos na sua prática profissional, conforme evidenciado no Gráfico 8, traduzindo a concretização da meta.

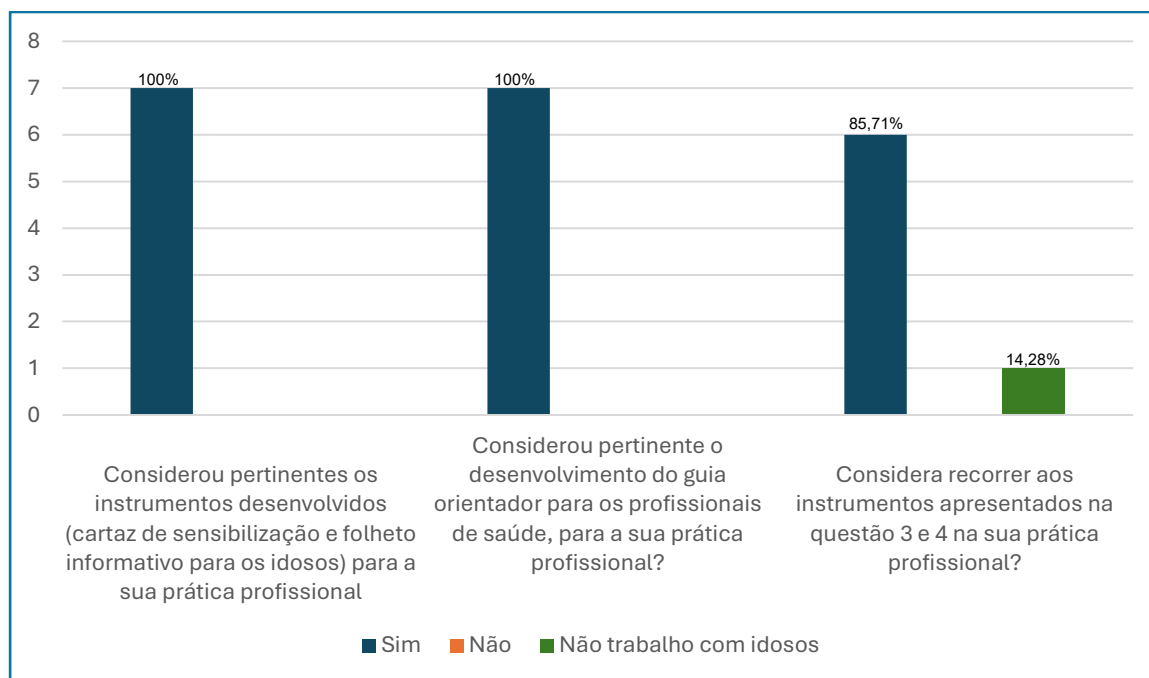


Gráfico 12 - Avaliação dos instrumentos desenvolvidos

Pela análise dos dados supracitados, foi possível constatar uma ligeira melhoria no âmbito da adesão ao regime medicamentoso pelos idosos e uma melhoria no nível de conhecimentos, aquisição de habilidades e estratégias de promoção da saúde, nomeadamente na área da adesão ao regime medicamentoso, por parte dos profissionais de saúde.

Ao longo da concretização do presente projeto, deparei-me com diversos constrangimentos e limitações que dificultaram o cumprimento dos objetivos estabelecidos inicialmente.

Um dos constrangimentos vivenciados relacionou-se com o horizonte temporal e a resposta favorável do pedido de parecer da Comissão de Ética da ULSMT, que foi recebida no último dia de estágio, antes da pausa escolar em dezembro de 2024. Este facto diferiu a recolha de dados para o início de janeiro de 2025, ficando apenas um mês para a restante intervenção, adiando o cumprimento do cronograma que inicialmente propus.

Como limitação relevante aponto o reduzido tamanho da amostra, que advêm do facto de a abordagem à população alvo deste estudo só poder ter sido realizada uma vez por semana, aquando da consulta médica. Tendo em conta que amostras maiores geralmente proporcionam estimativas mais precisas e amostras mais pequenas aumentam o risco de erro.

A baixa adesão dos idosos à sessão de educação para a saúde, foi um fator limitador, no entanto considera-se compreensível considerando o já descrito anteriormente.

Como aspetos positivos destacam-se o interesse e colaboração dos profissionais de saúde da UCCA e a parceria efetuada com a USF de VNB, que nos proporcionaram a celeridade possível e os recursos para que o projeto se concretizasse. O acompanhamento da enfermeira orientadora e da enfermeira gestora da Unidade, contribuiu para a integração do projeto na Unidade, para o reforço das parcerias e conseqüentemente para a continuidade do projeto.

No sentido de avaliação do empoderamento comunitário, de acordo com Melo (2020) na avaliação de um projeto de intervenção comunitária que assenta no processo de PS, processo de empoderamento comunitário e no processo de decisão clínica do MAIEC, é definida a reaplicação dos instrumentos de colheita de dados direcionados para as questões intervencionadas, através da aplicação da EAvEC no grupo focal, para compreender se existiu ou não uma melhoria no empoderamento da comunidade face à problemática intervencionada. De acordo com Laverack (2008) o empoderamento comunitário pode ser um processo longo e complexo e "normalmente, só passado alguns anos é que surgem resultados específicos do processo de empoderamento"(p.107).

Atendendo à referência anterior e ao horizonte temporal para aplicação do presente projeto ser escasso, neste caso não foi possível a reaplicação da EAvEC.

Como sugestões futuras, indico a continuação do desenvolvimento do projeto pelos enfermeiros da UCCA, aplicado a uma amostra maior, de forma a obter estimativas mais precisas e inclusão do mesmo no projeto de GRT da Unidade. Sugiro a realização de sessões de educação para a saúde na temática trabalhada, dirigidas aos idosos e em maior proximidade, por exemplo em juntas de freguesias.

Sugiro também, o estabelecimento de formas de comunicação adequadas (*e-mail*) entre unidades/ serviços e parceiros comunitários, para que seja possível uma melhor referenciação de situações e/ ou intervenção adequada e atempada, evitando riscos desnecessários, evidenciando que durante a reunião com o grupo focal, ficou acordado existirem reuniões regulares com a USF de VNB e a UCCA.

5. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

Indo ao encontro das áreas de intervenção identificadas pela UCCA como prioritárias e através da realização do diagnóstico de situação em saúde, confirmou-se a necessidade de intervenção na área da adesão ao regime medicamentoso em idosos polimedicados, sem médico de família atribuído, na USF de VNB no âmbito do projeto de GRT da carteira de serviços da UCC do Almourol.

O envelhecimento da população, a alta incidência de doenças crónicas e a complexidade dos regimes medicamentosos requerem conhecimento e habilidades para uma gestão eficaz e segura. A polimedicação, comum em condições crónicas de saúde, pode trazer complicações decorrentes do conhecimento inadequado das pessoas idosas sobre a gestão do regime medicamentoso (Novais, et al., 2023).

O recurso ao planeamento em saúde, permitiu priorizar os problemas identificados de forma a otimizar os recursos, que na saúde são diminutos e dar resposta às necessidades da população-alvo. O referencial teórico MAIEC que orientou a tomada de decisão clínica, possibilitou uma compreensão da comunidade como unidade dos cuidados de enfermagem, destacando o enfermeiro como um agente externo que promove o empoderamento comunitário e potencializa os recursos disponíveis na comunidade (Melo, 2020).

A aplicação da Matriz de Decisão Clínica do MAIEC, possibilitou a elaboração de diagnósticos de enfermagem de acordo com a CIPE e selecionar as estratégias mais adequadas e eficazes para capacitar e empoderar os participantes a investirem no seu potencial de saúde; contribuir também para o desenvolvimento do Processo Assistencial na abordagem ao doente crónico, que se encontra a ser desenvolvido pela UCCA, com ênfase nas atividades dirigidas ao regime medicamentoso, nomeadamente, orientar a Pessoa a valorizar as áreas da vida onde ainda detêm controlo e conseqüentemente contribuir para o bem-estar global.

Verifica-se que os objetivos e as metas estabelecidas foram alcançados, no entanto, não se pode concluir quanto ao impacto da intervenção sobre o empoderamento da comunidade, atendendo ao reduzido tamanho da amostra e ao curto espaço temporal disponível. Ainda assim, salienta-se uma avaliação global positiva da promoção da Liderança Comunitária, o que permite concluir que o Empoderamento Comunitário para a adesão ao regime medicamentoso, desta comunidade, foi alcançado .

CONCLUSÃO

O presente relatório permite analisar o desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, bem como fazer uma retrospectiva crítico-reflexiva do percurso da mestranda para o alcance dos objetivos propostos. A reflexão permite que os profissionais aprofundem os seus conhecimentos sobre o seu trabalho e o impacto do seu desempenho (Santos, 2023).

O envelhecimento tem uma influência notável na sociedade, com consequências importantes a nível individual e coletivo, que se reflete em diversas áreas como a saúde e a economia (Ribeiro, 2023). Impõe novos desafios às políticas sociais, com a necessidade de novas abordagens, nomeadamente na crescente vulnerabilidade dos idosos (Santos et al., 2022). Esta reflete-se na maior utilização de serviços de saúde e pelo aumento da frequência de consumo de mais medicamentos, sendo este último considerado um fator de risco significativo para eventos adversos e danos relacionados a medicamentos (Fontinele & Duque, 2021).

É fundamental que os profissionais de saúde adotem uma abordagem que promova a adesão aos medicamentos e conseqüentemente a utilização segura de medicamentos (Wong, 2020; DGS, 2017).

O EESCSP ao intervir nesta problemática, contribui para a prevenção da doença e promoção da saúde comunitária, recorrendo às suas competências especializadas que lhe permitem através do recurso ao Planeamento em Saúde, identificar problemas, desenvolver intervenções que vão ao encontro das necessidades das comunidades e assim promover a capacitação de grupos e comunidades e o empoderamento comunitário, para que estes possam tomar decisões mais informadas e adequadas sobre sua saúde.

No decorrer deste estágio realizou-se a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, e procedeu-se à elaboração e coordenação de um projeto, procurando dar resposta às necessidades identificadas na UCC do Almourol no âmbito da Gestão da Doença Crónica – Gestão do Regime Terapêutico, que engloba o regime medicamentoso, entre outros. Para tal, foi realizada a avaliação do nível de empoderamento de uma comunidade, assente no referencial teórico de do MAIEC, relativamente à adesão ao regime medicamentoso.

Com o ponto de partida nessa avaliação, foi estabelecido um diagnóstico que revelou “Gestão Comunitária Comprometida” em todas as suas dimensões. Através da aplicação do método de priorização CENDES-OPAS, foi identificada como prioritária a capacidade de gerir o regime medicamentoso comprometida, inserida na dimensão da Liderança Comunitária.

Pretendia-se melhorar a Gestão Comunitária, através da promoção da Liderança Comunitária, para a promoção da adesão ao regime medicamentoso, capacitando um grupo de idosos de VNB e profissionais de saúde da UCCA.

As estratégias de intervenção incluíram sessões formativas e elaboração de materiais de informação, comunicação e educação, dirigidas aos idosos e aos profissionais de saúde, que facilitaram o aumento da capacitação, contribuindo para o empoderamento dos mesmos. Após a avaliação dos resultados, foi possível verificar uma melhoria da maioria dos indicadores previamente estabelecidos, nomeadamente, obteve-se melhoria no *score* na escala de MAT aplicada aos idosos; melhoria nos conhecimentos relacionados com o Empoderamento Comunitário nos profissionais de saúde; a totalidade dos profissionais consideraram pertinentes os instrumentos desenvolvidos, bem como adquiriram ferramentas para a promoção da saúde neste âmbito e todos os profissionais de saúde consideraram recorrer aos instrumentos desenvolvidos na sua prática profissional.

A concretização do presente projeto de intervenção comunitária, foi determinante para o desenvolvimento das minhas competências comuns e específicas como futura Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública, dando resposta aos objetivos de estágio.

Analisando os fatores facilitadores e os constrangimentos encontradas ao longo do estágio, saliento como facilitador a disponibilidade dos enfermeiros orientadores para a minha integração nos contextos de USP e UCC que me proporcionaram oportunidades de aprendizagem que procurei cumprir para a concretização dos objetivos do estágio.

Destaco também, a mobilização dos conhecimentos teóricos aprendidos no decorrer do ensino teórico e recorrer ao referencial teórico do MAIEC, que me permitiu compreender e integrar a comunidade como o meu foco de atenção e como unidade de cuidados, tendo em conta que o desenvolvimento da minha atividade profissional ser em contexto hospitalar e o meu foco de atenção ser, principalmente, o indivíduo e o tratamento.

O recurso a evidência científica através da elaboração de uma revisão integrativa da literatura, revelou-se facilitador no sentido em que os resultados apontaram para a importância da definição de estratégias de intervenção que favorecem a capacitação dos idosos para a adesão ao regime medicamentoso e que promovem a sua participação e tomada de decisão na autogestão do regime medicamentoso.

Contudo, verificaram-se alguns constrangimentos que se prenderam, inicialmente, com o desenvolvimento da componente científica, que apesar das dificuldades iniciais por não estudar há alguns anos, se traduziu num desenvolvimento tanto pessoal como profissional e

que se reflete na qualidade dos cuidados de saúde prestados. A gestão do tempo e conciliação entre a vida pessoal, profissional e estudante, constituiu um desafio que nem sempre foi fácil de aceitar, mas que se ultrapassou.

Considero que a demora para obtenção do parecer favorável da comissão de ética, foi um fator relevante e limitador. Após a sua receção, o horizonte temporal disponível não permitiu desenvolver o projeto em profundidade e impossibilitou a avaliação do empoderamento comunitário, conforme requerido pelo modelo MAIEC.

O presente estudo realizado permitiu alcançar resultados positivos, na adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados, que sugerem aumento da capacitação e empoderamento, mas que não permitiram avaliar o impacto efetivo no Empoderamento Comunitário, pela reduzida dimensão da amostra. Pelo que se sugere a continuidade do mesmo, aplicado numa amostra maior de forma a alcançar ganhos em saúde mais significativos.

No entanto, estes constrangimentos e limitações foram considerados momentos de aprendizagem, impulsionando o crescimento e desenvolvimento de outras competências como o interesse, a atitude proactiva, e a disponibilidade, tornando-se um percurso gratificante e enriquecedor, pelo que considero que a minha prática formativa de uma forma global foi muito positiva.

Este estudo permitiu ainda evidenciar o papel do enfermeiro como agente facilitador, que numa perspetiva multidisciplinar, através da implementação de estratégias e ferramentas eficazes, contribui para a capacitação e empoderamento comunitário dos idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso.

Emergiram ainda deste estudo áreas relevantes a serem trabalhadas em programas de intervenção dirigidos a esta população, nomeadamente na dimensão da Participação Comunitária: o estabelecimento de parcerias, que foi evidenciado como facilitador na sessão do *focus group*; o desenvolvimento de estruturas organizativas que facilitem e liderem a adesão ao regime medicamentoso, como o projeto da GRT da UCCA, mas que necessita de coordenação e melhor referenciação de situações, ainda assim, ficou firmado o compromisso da realização de reuniões regulares com profissionais do GRT da UCCA e profissionais da USF de VNB e também o estabelecimento de uma comunicação eficaz foi identificado como necessidade de intervenção.

Refiro que foram ainda desenvolvidas competências para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem. Esta formação académica é uma especialização de natureza profissional que

visa o desenvolvimento de competências do 2º ciclo do ensino superior, alinhadas com os descritores de Dublin (Diário da República, 2006).

Desta forma, considero que a aquisição de conhecimentos e capacidade de compreensão foram desenvolvidos e aprofundados ao longo do curso de mestrado, tendo sido integrados os conhecimentos das diversas disciplinas, nomeadamente no desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária.

Através da realização do presente projeto de intervenção comunitária, enquanto investigação-ação, e da revisão da literatura foi possível desenvolver a capacidade de compreensão e tomada de decisão em problemas complexos e desenvolvimento de soluções, tendo em conta as implicações e responsabilidades éticas e sociais que implicam reflexão sobre o papel do EEECS.

Com a elaboração deste relatório foi possível desenvolver a capacidade crítico-reflexiva e a comunicação dos conhecimentos e raciocínios adquiridos, pelo desenvolvimento de competências de autoaprendizagem, da pesquisa de evidência científica e pela elaboração deste relatório.

Pelo exposto, considero que foram cumpridos os objetivos deste estágio e desenvolvidas as competências comuns e específicas do EEECS, bem como as competências académicas do 2º ciclo do ensino superior, conducentes ao grau de mestre. A minha intervenção e prática clínica procuraram ir de encontro aos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

A integração destas competências na minha prática profissional permitem-me uma prática segura, com autonomia na prestação de cuidados na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública, fundamentada nos pressupostos teóricos mais atuais, tornando as comunidades mais autónomas e mais capacitadas nas suas tomadas de decisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARSLVT. (2017). Plano Local de Saúde. Obtido de https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2020/10/PeLS2017_M_dio_Tejo.pdf
- BI-CSP. (08 de 2024). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/939/Pages/default.aspx>
- Bittencourt, M., Marques, M., & Barroso, T. (maio de 2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV (18)*, 125 - 132.
- 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
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (abril de 2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento- Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). (O. d. Enfermeiros, Ed.)
- 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.
- 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). Manual Orientador dos PLS. Lisboa. Obtido de omum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18009/1/i023300.pdf
- DGS. (2022b). Plano Nacional de Saúde 2030, Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Lisboa. Obtido de <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/pns-passo-a-passo/>
- DGS. (s.d.). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa. Obtido de <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/programas-e-projectos/programa-nacional-de-saude-escolar.aspx>
- Diário da República. (1999). Lei de proteção de crianças e jovens em perigo. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1999-34542475>
- Diário da República. (24 de março de 2006). Decreto-Lei n.º 74. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Diário da República. (04 de 08 de 2022). n.º 150/2022, Série I. pp. 5 - 52. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Diário República. (6 de julho de 2018). Decreto-Lei n.º 54/2018. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/54-2018-115652961>
- 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.
- Festa , A. (2017). Gestão do regime medicamentoso em agregados familiares de pessoas com 80 ou mais anos de idade (Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa). Porto: Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/27704>
- Fialho, S. D. (2020). Comunidade compassiva: uma estratégia empoderadora da promoção da saúde. Obtido de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/31989/1/Relat%C3%B3rio_Sara%20Fialho.pdf
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Fontinele, S., & Duque, E. (2021). *A relação entre a prevalência de doenças crónicas não transmissíveis e o perfil sociodemográfico em pessoas idosas*. Obtido de https://ciencia.ucp.pt/ws/portalfiles/porta/29314349/ebooks_978_84_1377_322_3_2445_2466.pdf
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.

- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (E. N. Pública, Ed.) Lisboa: Obras Avulsas.
- INE. (2023). Estatísticas territoriais. Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3
- INE. (2024). Estatísticas da saúde 2022. Lisboa.
- INE. (2024b). Estatísticas territoriais. Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3
- INSA. (11 de 02 de 2019). Infográfico INSA – Doença crónica. Obtido de www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-doenca-cronica/
- Kraus, T. (setembro de 2024). Planeamento do estágio de natureza profissional de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com relatório final. Leiria.
- Laverak, G. (2008). *Promoção da Saúde - Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Lebre, A., Resendes, A., Paiva, A., Barbosa, C., Pereira, C., Gaspar, F., . . . Fonseca, V. (maio de 2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. (DGS, Ed.) Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- 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>
- Macena, W., Hermano, L., & Costa, T. (2018). Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. *Revista Mosaicum*(15), pp. 223-238. doi:<https://doi.org/10.26893/rm.v15i27.64>
- Mair, A., Fernandez-Llimos, F., Alonso, A., Harrison, C., Hurdling, S., Kempen, T., & Simpathy Consortium. (2017). *Polypharmacy management by 2030: a patient safety challenge*.
- Melo, P. (2020). Enfermagem de <saúde Comunitária e de saúde Pública. (Lidel, Ed.)
- Ministério da Saúde. (2018). Retrato da Saúde. (M. d. Saúde, Ed.) Lisboa, Portugal. Obtido de https://ffms.pt/sites/default/files/2022-07/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Mó, R., Plácido, A., Herdeiro, M., 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), pp. 3-15.
- Monterroso, L., Sá, L., & Joaquim, N. (2017). Adesão ao regime terapêutico medicamentoso e aspectos biopsicossociais dos idosos integrados em cuidados continuados domiciliários. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, pp. 1-9. doi:<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.56234>
- Morrondo, P. N. (2000). *Promoción de la salud. - Enfermería comunitária*. Madrid: McGraw-Hill.
- Mota, L., Cruz, M. A., & Costa, C. (outubro-dezembro de 2016). Gestão do regime terapêutico - construção de fluxograma de apoio à tomada de decisão: estudo qualitativo. *Referência- Revista de Enfermagem*, IV(11), 71-79.
- Nogueira, L., Morimoto, J., Tanaka, J., & Bazanelli, A. (2016). Avaliação qualitativa da alimentação de idosos e suas percepções de hábitos alimentares saudáveis. *Journal Health Sciences*(18).
- Novais, S., Abreu, D., Magro, L., Gilde, P., Pereira, S., Bastos, C., & Carvalhais, M. (2023). Conhecimento das pessoas idosas sobre o seu regime medicamentoso: um estudo descritivo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 49-59. doi:<https://doi.org/10.37914/riis.v6i1.260>
- Nunes, A. (6 de dezembro de 2019). O Serviço Nacional de Saúde Português: Caracterização, Classificação e Perspectivas. doi:<https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.18541>
- Nunes, C. (janeiro de 2020). Adesão à Terapêutica na Doença Crónica: Literacia em Saúde, Crenças sobre Medicamentos e Fontes de Informação em Saúde. Lisboa.
- OCDE. (2023). Estado da Saúde na UE - Portugal - Perfil de Saúde do país 2021. Obtido em 30 de março de 2024, de <https://www.oecd.org/health/portugal-perfil-de-saude-do-pais-2023-6be7d83c-pt.htm>
- Oliveira, C. (2015). Autocuidado: gerir regime medicamentoso. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10771/1/teseformatada02_11.pdf

O

- OMS. (2017). Medication without harm. (W. H. Organization, Ed.) Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf>
- ONU. (23 de 01 de 2023). Relatório Social Mundial 2023. Obtido de <https://news.un.org/pt/story/2023/01/1807992>
- ONU. (2024). Envelhecimento. Centro regional de informação para a Europa Ocidental. Obtido em 04 de 08 de 2024, de <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- ONU. (s.d.). Envelhecimento. Centro regional de informação para a Europa Ocidental . Obtido em 20 de 03 de 2024, de <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. *Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe ®)*. Lisboa.
- Ordem dos enfermeiros. (10 de março de 2015). Regulamento n.º 101/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>
- Ordem dos Enfermeiros. (25 de novembro de 2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária - Na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública - na área de enfermagem de saúde familiar. *Asssembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária*. Obtido em 24 de dezembro de 2022
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Obtido em 10 de 01 de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (06 de fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento n.º 140/2019, N.º 26(2.ª série)*. (D. d. (DR), Ed.) Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (19 de outubro de 2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. 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>
- Ordem dos Farmacêuticos. (14 de março de 2024). Compreender a Polimedicação. Lisboa. Obtido de <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/artigos/compreender-a-polimedicacao/>
- Papastavrou, E., & Panayiotou, A. (2012). Exploring sensitive nursing issues through focus group approaches. *Health Science Journal*(6 (2)), 186-200.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7ª ed.). 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., 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
- PNSE-DGS. (julho de 2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Obtido de <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Pordata. (2022). Municípios. Obtido de <https://www.pordata.pt/municipios>
- 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
- Ramos, D. (2021). A promoção da saúde da criança e família enquanto intervenção do enfermeiro especialista. Lisboa. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/36828/1/202947467.pdf>
- Rodrigues, C. (2023). *Gestão em Saúde - Contributos para a melhoria do SNS*. Edições Sílabo, Lda.
- Rodrigues, F. (2021). *A saúde planeada - Metodologia colaborativa com a comunidade*. International Press.
- Rodrigues, S. (março de 2023). Empoderamento comunitário para a segurança dos cuidados de saúde de um grupo de idosos.

- Sanches, M. (2020). Polimedicação no Idoso (Master's Thesis, Universidade do Porto). Porto: Repositório Aberto da Universidade do Porto. Obtido de <https://hdl.handle.net/10216/131372>
- Santos, A., Braz, P., Gomez, V., Folha, T., Alves, T., & Dias, C. (2022). Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal. (I. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, Ed.) Lisboa.
- Santos, M. (março de 2023). Capacitação dos Enfermeiros de Saúde Escolar para o suporte a crianças e jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1. Leiria.
- Sequeira, P. (2021). Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública: Conhecimento e competências. 131, pp. 7-24.
- Silva, A., & Nascimento, S. (01 de 07 de 2023). Teoria do Conforto de Kolcaba no Cuidar de Enfermagem: uma Revisão Integrativa. VI(13). doi:10.5281/zenodo.8065092
- Silva, A.; Landim, L. (2020). Perfil nutricional e estado de saúde de idosos fisicamente ativos. (19), 32-39.
- Simões, C. d. (setembro de 2023). Prevenção do risco associado à polimedicação e gestão segura. Coimbra.
- Tavares, A. (1990). *Modelos e técnicas de planeamento em saúde* (Vol. nº2). (M. d. Saúde, Ed.) Lisboa: Caderno de Formação.
- UCC Almourol. (2023). *Regulamento Interno*. Vila Nova da Barquinha: ACES Médio Tejo.
- UCC Almourol. (2024). *Manual de acolhimento de profissionais e alunos na UCC Almourol*. Vila Nova da Barquinha: Unidade Local de Saúde do Médio Tejo.
- ULSMT. (2024). *Unidade Local de Saúde do Médio Tejo*. Obtido de <https://www.chmt.min-saude.pt/>
- Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI. (maio de 2024). Guia prático Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Obtido de https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a
- USPMT. (2023). Plano de Atividades Triénio 2023-2025. ACES Médio Tejo. Obtido em 27 de março de 2024, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/3000050/FatorX/Carteira%20Servi%C3%A7os%202023.pdf>
- USPMT. (2023a). *Carteira de Serviços - Unidade de Saúde Pública do ACES do Médio Tejo*. Alcanena.
- USPMT. (2024). *Diagnóstico da Situação de Saúde 2021-2023*. Alcanena: ULSMT.
- Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (setembro de 2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Obtido de <https://www.scielo.br/j/ape/a/JSdnpDhFQzg7gmWzzB9Dhzz/?lang=pt>
- WHO. (21 de novembro de 1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Obtido de <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- WHO. (2005). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Obtido de <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/hpr%20The%20Bangkok%20Charter.pdf>
- WHO. (2015). World report on ageing and health. Obtido de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1
- WHO. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. Obtido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- WHO. (16 de setembro de 2023). Doenças não comunicáveis. Obtido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Wilder, 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).

APÊNDICES

APÊNDICE I – Revisão Integrativa da Literatura

EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DE IDOSOS POLIMEDICADOS PARA A ADESÃO 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 os utentes e suas famílias, o profissional de saúde e a sociedade, resultando em ganhos em saúde, financeiros, económicos e de bem-estar (Sales, Coelho, Graça, & Paulino, 2021). Salienta-se, que o foco do enfermeiro está não só na adoção do tratamento prescrito, mas sobretudo, no comportamento de autocuidado, consciente, gerido e mantido pelo utente. Assim, através do *empowerment* objetiva-se maior autonomia, capacidade de decisão e responsabilização pela saúde própria e coletiva (Ribeiro, 2023).

Avaliar o nível de *empowerment* em pessoas/grupos ou comunidades 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). *Empowerment* está associado a variáveis como, motivação, interesse, autoestima, autoeficácia e sentido crítico, promoção das competências pessoais e sociais no sentido de melhorar a 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 estratégias adaptativas considerando a capacitação de grupos/comunidade, sob a perspetiva da qualidade dos cuidados e visando a prevenção de complicações para a saúde.

Delineou-se o seguinte objetivo para este estudo “identificar estratégias/fatores relacionadas com a adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados, no domicílio, na área de influência da UCC do Almourol”, visando reduzir complicações de saúde decorrentes de doenças crónicas.

Sob esta perspetiva, destaca-se a questão que norteou a presente proposta investigativa: - Como promover o empoderamento comunitário para fomentar o nível de adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados, no domicílio, na área de influência da UCC do Almourol?”,

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

METODOLOGIA

O presente estudo 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 critérios de inclusão: estudos que abordem a gestão do 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.

A questão de investigação foi elaborada 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 todos 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” | | “housing” |

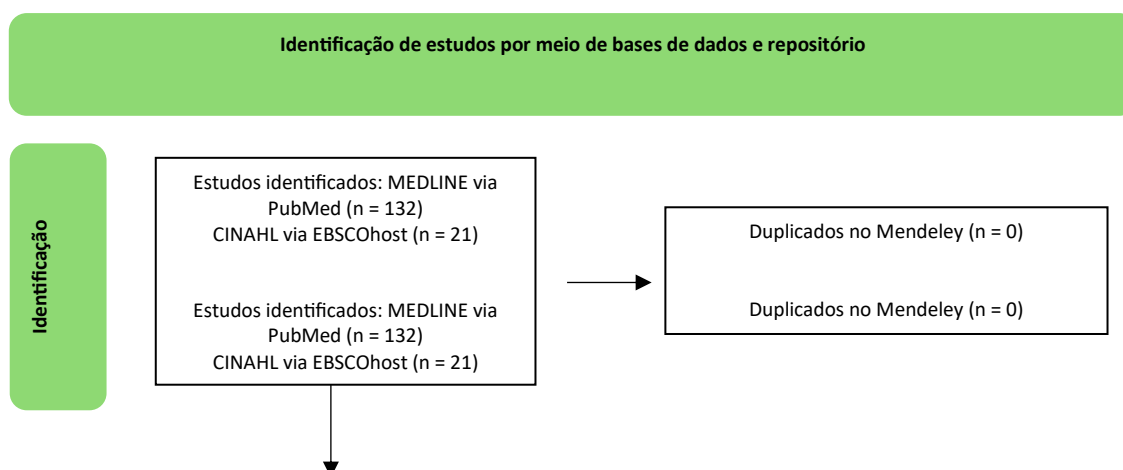
| | | | | | |
|---------------|---------------------------|--|---|--|--------------------|
| | | | "polypharmacy" "nurs*" "empowerment" | | |
| Termos CINAHL | "aged" "Frail Elderly" | | "medication regimen" "medication management" "polypharmacy" "nurs*" "empowerment" | | "home environment" |

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.



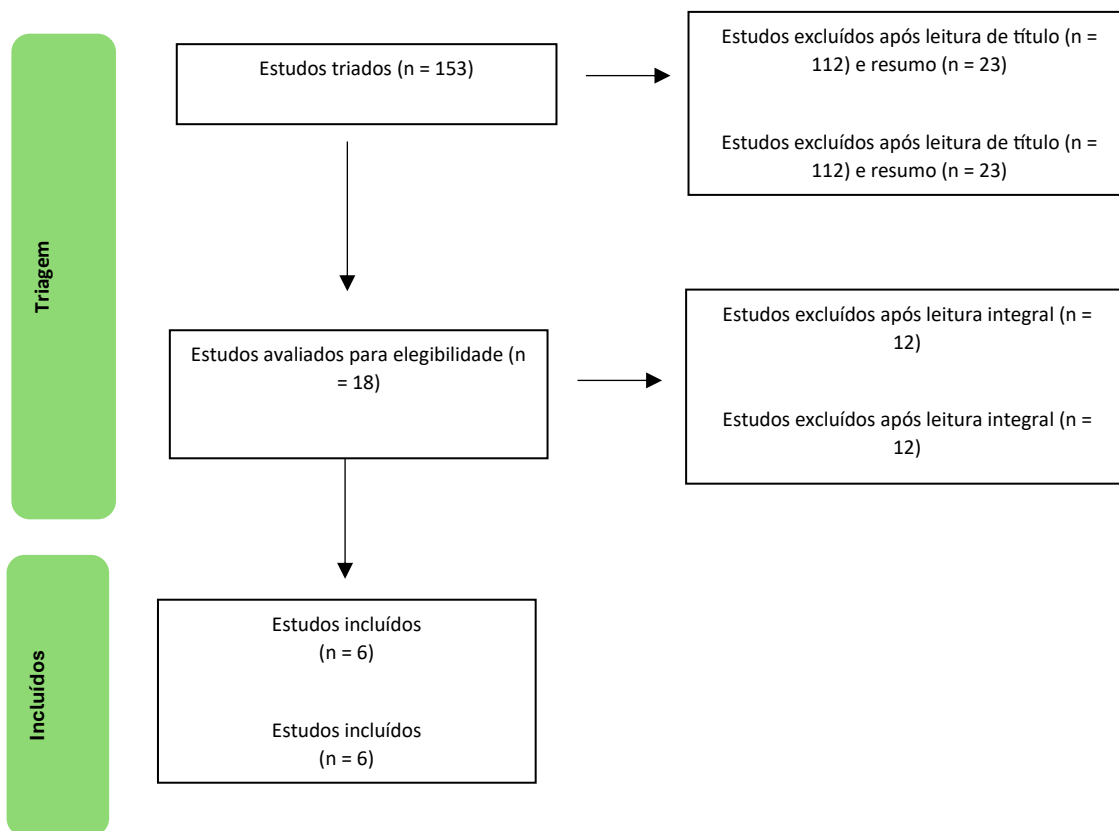


Figura - Fluxograma PRISMA 2020 adaptado
 Fonte: Page, et al., 2021

| Artigo A | |
|--|--|
| Plataforma de pesquisa | 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 ≥ 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 e 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 | 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. 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. 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%). |

| | |
|---|--|
| | 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. Os idosos que tomavam medicamentos para o sistema cardiovascular apresentaram melhor adesão ao tratamento, do que os que consumiam medicamentos para outros problemas. |
| Principais descobertas relacionadas com a pergunta da questão de investigação | 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. 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. |

| 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 [<i>Patterns of Medication Management and Associated Medical and Clinical Features among Home-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study in Central Portugal</i>] |
| 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 |
| Período | 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 | 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. 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. 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 <i>status</i> cognitivo, de acordo com estudos anteriores. 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. 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. 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. |
| 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 | Google Académico |
| Título | Medida de Adesão Terapêutica nos Idosos: Um Estudo em Três Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados [<i>Measurement of Therapeutic Adherence in the Elderly: A Study in Three Primary Health Care Centers</i>] |
| 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 | 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. 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. A patologia mais frequente foi a dislipidémia 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 dislipidémia). 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. |
| 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 | 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 | Caracterização da amostra: - 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>Perceções e dificuldades acerca da gestão do regime terapêutico e estratégias utilizadas para gerir a medicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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); - Quanto à posologia, alguns têm dúvidas (caracterizados pelo analfabetismo) e outros conhecem pelo <i>design</i> e orientações escritas na embalagem; - 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. 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 invisuais com a aplicação de braille, de acordo com as considerações legais existentes que regulam esta matéria. |
| Principais descobertas relacionadas com a pergunta da questão de investigação | <ul style="list-style-type: none"> - 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; - 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; - 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; - 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. - 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. |

| Artigo nº 1 | |
|--|--|
| Base de dados | |
| Título | Polifarmácia entre pacientes idosos na Polónia: prevalência, fatores predisponentes e estratégias de gestão [<i>Polypharmacy among elderly patients in Poland: prevalence, predisposing factors, and management strategies</i>] |
| Autor (es) | Emilia Býeszzyjskaÿ-Marunowska, Kacper Jagieÿÿo, Tomasz Grodzicki, ŷukasz Wierucki, Maÿgorzata Sznitowska, Zbigniew Kalarus, Marcin Renke Katarzyna Mitrÿga, 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 | 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>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 multimorbilidade.</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. 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 <i>Medi-cation Appropriateness Index</i> ou o <i>Good-Palliative-Geriatric Practice Algorithm</i>.</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 multimorbilidade, 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. 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 [<i>Collaborative medication management for older adults after hospital discharge: a qualitative descriptive study</i>] |
| 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 |

| | |
|---|---|
| | <p>envolver na tomada de decisões sobre a gestão de medicamentos, no sentido de manter a autonomia.</p> <p>- 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;</p> <p>- 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> <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, 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 interagem 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 | 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 [Safe Medication Management for Polymedicated Home-Dwelling Older Adults after Hospital Discharge: A Qualitative Study of Older Adults, Informal Caregivers and Healthcare Professionals' Perspectives] |
| 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 | Descritiva qualitativa 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 perspectivas de idosos, cuidador informal e profissional de saúde permitiu identificar a existência de dificuldades (<i>stressores</i>) vivenciadas pelos idosos e também identificar padrões de resposta (estratégias de reconstituição) adotadas para superar os <i>stressores</i> 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; - Stressores extrapessoais: retorno precoce e apressado para casa e coordenação disfuncional entre os profissionais de saúde; <p>Estratégias de Reconstituição Intrapessoal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confiar e abandonar a gestão de medicamentos; - Mobilizar o autoconhecimento e as experiências passadas todos os dias para manter o controle da gestão de medicamentos; <p>Estratégias de Reconstituição Interpessoal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; <p>Estratégias de Reconstituição Extrapessoal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. |
| Principais descobertas relacionadas com a pergunta da questão de investigação | <p>O Modelo de Sistemas de Neuman permitiu descrever e compreender as dificuldades (<i>stressores</i>) 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 <i>stressores</i> 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 <i>stressores</i>, por vezes.</p> <p>Foi identificado pelos participantes, o grau de estabilidade no momento da alta, como um <i>stressor</i> 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 perspectivas profissionais focam-se em <i>stressores</i> extrapessoais e reconstituição extrapessoal e evidenciam perspectivas desalinhadas 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 para prevenir internamentos</p> |

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

| Artigo nº 4 | |
|---|---|
| Base de dados | |
| Título | O Impacto dos Determinantes Sociais da Saúde na Adesão à Medicação: uma revisão sistemática e meta-análise [<i>The Impact of Social Determinants of Health on Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-analysis</i>] |
| 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 <i>Preferred Reporting Items for Systematic</i> 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 fragilidade [<i>“It’s a job to be done”. Managing polypharmacy at home: A qualitative interview study exploring the experiences of older people living with frailty</i>] |
| 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 <i>online</i> , 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

Neste estudo foram desenvolvidos cinco temas relativos às experiências de autogestão:

Administrar muitos medicamentos é um trabalho especializado para o qual não me candidatei:

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*. Apesar dos desafios, alguns descreveram sentir-se confiantes e satisfeitos com os seus medicamentos e como os estavam a administrar. Conseguir manter o controlo da sua medicação, faz com que se sintam no controle e orgulhosos;

Os medicamentos mantêm-me ativo, mas o que aconteceu com a minha vida?

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.

Administrar medicamentos num sistema pouco claro:

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.

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.

O apoio com medicamentos que valorizo e que facilita o meu trabalho:

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.

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.

Os meus medicamentos são-me familiares — não há mais nada que eu precise (ou queira) saber:

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 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.

| | |
|---|---|
| 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 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 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 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 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 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 | Pubmed |
| Título | Gestão de medicamentos pós-alta: as experiências, perceções e papéis dos idosos e dos seus familiares cuidadores [<i>Post-discharge medicines management: the experiences, perceptions and roles of older people and their family carers</i>] |
| 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 perspetivas 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 |

| | |
|--|---|
| <p>Resultados e detalhes destes</p> | <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> |
| <p>Principais descobertas relacionadas com a pergunta da questão de investigação</p> | <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 inclua o utente no processo.</p> <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.</p> <p>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.</p> |

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A literatura consultada e os resultados obtidos nesta revisão revelam a existência de dificuldades/fatores que interferem com 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 predisõem à polifarmácia e à polifarmácia excessiva incluem: multimorbilidade, 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, Carral, Martins & 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 Błeszyńska-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, Bieri, Carral, Martins & Verloo, 2022a), assim como, foi evidenciada a existência de perspetivas desalinhas 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, Karakoc & 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, Karakoc & Uyar, 2020). 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, 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, 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 abandonar a

gestão de medicamentos e mobilizar o autoconhecimento e as experiências para manter o controlo da gestão de medicamentos(Pereira, Bieri, Carral, Martins & 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/familiares 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, Carral, Martins & 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/família 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Błęszyńska-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>
- 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
- 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.
- Fernandes, J. I. (2017). Caracterização da utilização de medicamentos em doentes idosos medicados. Obtido de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/36140/1/MICF_Joana_Isabel_Fernandes.pdf
- Hurczewska-Michalak, M., Lewek, P., Jankowska-Polańska, B., Giardini, A., Granata, N., Maffoni, M., . . . Midão, L. (2021). Polypharmacy Management in the Older Adults: A Scoping Review of Available Interventions. *Frontiers in Pharmacology*(12), 1-15. doi:<https://doi.org/10.3389/fphar.2021.734045>
- INE. (2024). Estatísticas da saúde 2022. Lisboa.

- 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>
- Mair, A., Fernandez-Llmos, F., Alonzo, A., Harrison, C., Hurding, S., Kempen, T., . . . The SIMPATHY consortium. (2017). Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge. (S. Consortium, Ed.) Obtido de <https://hdl.handle.net/10316/101149>
- 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>
- Mortelmans, L., De Baetselier, E., Goossens, E., & Dilles, T. (2021). What Happens after Hospital Discharge? Deficiencies in Medication Management Encountered by Geriatric Patients with Polypharmacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*(18(13)). doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph18137031>
- Novais, S., Abreu, D., Magro, L., Gilde, P., Pereira, S., Bastos, C., & Carvalhais, M. (2023). Conhecimento das pessoas idosas sobre o seu regime medicamentoso: um estudo descritivo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 49-59. doi:<https://doi.org/10.37914/riis.v6i1.260>
- Nunes, C. A. (janeiro de 2020). Adesão à Terapêutica na Doença Crónica: Literacia em Saúde, Crenças sobre Medicamentos e Fontes de Informação em Saúde.
- 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1111/hex.13952)

- Rankin, A., Cadogan, C., Patterson, S., Kers, N., Cardwell, C., Bradley, M., . . . Hughes, C. (2018). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. (C. D. Reviews, Ed.) doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008165.pub4>
- 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. (2016). Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care.
- WHO. (2019). Medication Safety in Polypharmacy - technical report. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>
- WHO. (16 de setembro de 2023). Doenças não comunicáveis. Obtido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Wilder, 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).

APÊNDICE II - Folheto informativo para os utentes 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 Almourol - 249 428 203; ucc.almourol@ulsm.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@ulsm.min-saude.pt

Unidade de Cuidados na Comunidade do Almourol



POLIMEDICAÇÃO SEGURA



unidade de cuidados
na comunidade
do almourol



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 III - 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 TOMA MEDICAÇÃO SEM ACONSELHAMENTO
DE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE!**

APÊNDICE IV – Guia orientador para profissionais de saúde sobre “Adesão ao regime medicamentoso”

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO ALMOUROL



unidade de cuidados
na comunidade
do almourol

UCC ALMOUROL

Rua 25 de Abril, nº52;
2260-412 Vila Nova da Barquinha

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

249248203

EMAIL

ucc.almourol@ulsm.t.min-saude.pt



GUIA ORIENTADOR

Para Enfermeiros

ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO

EM IDOSOS POLIMEDICADOS

Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.

Tel: 249 810 100

www.chmt.min-saude.pt e-mail: geral@ulsm.t.min-saude.pt



unidade de cuidados
na comunidade
do almourol



1 Contacto 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.

⇒ Detetar 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

⇒ Seleccionar 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;
- Desmistificar crenças/mitos em saúde;
- 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.

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.


APÊNDICE V – Plano da sessão e apresentação do projeto “Empoderamento comunitário de idosos polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso”

Plano da sessão:

| | | | |
|---|--|--------------------------|-------------------------------|
| Tema | Projeto de intervenção comunitária “Empoderamento comunitário de idosos polimedicados na adesão ao regime medicamentoso” | Data | 11/12/2024 |
| Formadores | Enfª Ana Sofia Morais; colega mestranda | Hora | 14,30h |
| Destinatários | Idosos polimedicados que pertencem à USF da Barquinha | Local | Sala Reuniões da UCC Almourol |
| 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 Almourol | | |
| Etapas | Conteúdos programáticos | Duração (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 |
| Conclusão | - Considerações éticas | | 2 |
| | - Esclarecer dúvidas | | 2 |

Apresentação da sessão:

**EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO
EM IDOSOS POLIMEDICADOS
PARA A ADEÇÃO AO REGIME
MEDICAMENTOSO**



Ana Carina Cabecinhas | Ana Sofia Morais
dezembro | 2024

Investigador principal
Professor Dr. Pedro Melo - investigador principal do MAIEC Lab do grupo NURSIS do CINTESIS com epicentro da ESE Porto


Orientador pedagógico
Teresa Madalena Kraus

Colaboradoras responsáveis
Ana Carina Cabecinhas
Ana Sofia Morais

Enfermeira Orientadora
Manuela Azevedo

Local do estudo
Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Almourol

INTRODUÇÃO



Envelhecimento populacional

- ↑ Aumenta a incidência de doenças crónicas
- ↑ Recurso a múltiplos fármacos torna-se uma realidade
- ↑ Aumento do risco de polimedicção (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.

(Srinivas, 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 informador comunitário detém uma posição privilegiada que permite gerir esta problemática, devido à proximidade com o utente e restantes profissionais.

Ana Carina Cabecinhas | Ana Sofia Morais
dezembro | 2024

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO



32.220 utentes (7.488 em VNB, 21.709 no Entroncamento e 4.888 em Constância)

- Na ULS do Médico Tejo existem 27,4% utentes sem médico de família;
- Em VNB são 3.070 utentes que não têm médico de família.


(SNS, 2024)

Principais problemas ativos em 2023

- Alteração do **metabolismo dos lipídios** (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%).

(LUSPH, 2024)


UCC DO ALMOUROL



Ana Carina Cabecinhas | Ana Sofia Morais
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 do Almourol;
- Ter um regime medicamentoso (prescrição médica) de 5 ou mais fármacos;
- Utentes sem médico de família atribuído;
- Ser autónomo, sem alterações cognitivas (sem doença mental);
- Domínio da língua portuguesa: leitura, escrita e falada;
- Interesse em participar no estudo e assinar o consentimento livre e esclarecido.



Ana Carina Cabecinhas | Ana Sofia Morais
dezembro | 2024

OBJETIVOS

- ✓ Avaliar o nível de empoderamento comunitário, relacionado com a adesão ao regime medicamentoso de idosos polimedicados, na UCC do 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 do Almourol;
- ✓ Intervir e avaliar os resultados.



Ana Carina Cabecinhas | Ana Sofia Morais
dezembro | 2024

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

32.220 utentes (7.488 em VNB, 21.709 no Entroncamento e 4.888 em Constância)

- Na ULS do Médio Tejo existem 27,4% utentes sem médico de família;
- Em VNB 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%) é a **hipertensão arterial** (27,6%);
- Síndrome da coluna** com irradiação de dor (16,6%), as **perturbações depressivas** (15,1%) e o **diabetes mellitus** (11,3%).

(USFMT, 2024)

Ana Carolina Cabral Pinheiro / Ana Sílvia Moreira
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 de 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.

Ana Carolina Cabral Pinheiro / Ana Sílvia Moreira
dezembro | 2024

Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC)

- O que é o empoderamento comunitário?
 - Processo ordenado para **identificar e resolver problemas sociais e políticos** 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)

(Pinho, 2022)

Ana Carolina Cabral Pinheiro / Ana Sílvia Moreira
dezembro | 2024

Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC)

Diagrama do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC):

- Conceitos
- Pressupostos e Postulados
- Matriz de decisão clínica
- Foco: Processo Comunitário

(Pinho, 2022)

Ana Carolina Cabral Pinheiro / Ana Sílvia Moreira
dezembro | 2024

Gestão comunitária

- Processo comunitário**
 - Coping comunitário
- Participação comunitária**
 - Comunicação
 - Parcerias
 - Estruturas organizacionais
- Liderança Comunitária**
 - Conhecimento
 - Crenças
 - Volução

(Pinho, 2020)

Ana Carolina Cabral Pinheiro / Ana Sílvia Moreira
dezembro | 2024

Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAveC)

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

9 domínios

(Pinho, 2022)

Ana Carolina Cabral Pinheiro / Ana Sílvia Moreira
dezembro | 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 do Processo Comunitário aos profissionais de saúde

Diagnóstico de enfermagem no foco "Processo Comunitário"

3 dimensões de diagnóstico

Liderança comunitária

Participação comunitária

Coping comunitário

Ana Carolina Cabral Pinheiro / Ana Sílvia Moreira
dezembro | 2024

Método de Adesão ao Tratamento (MAT)

- Alguém vos ensegurou de tomar os medicamentos para a sua doença?

| Resposta | quase sempre | com frequência | por vezes | Raramente | Nunca |
|----------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
- Alguém vos fez desatencido com as horas de tomar dos medicamentos para a sua doença?

| Resposta | quase sempre | com frequência | por vezes | Raramente | Nunca |
|----------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
- Alguém vos deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

| Resposta | quase sempre | com frequência | por vezes | Raramente | Nunca |
|----------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
- Alguém vos deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por se sentir melhor, após se ter sentido pior?

| Resposta | quase sempre | com frequência | por vezes | Raramente | Nunca |
|----------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
- Alguém vos trouxe mais um ou vários medicamentos para a sua doença, por se sentir melhor, após se ter sentido pior?

| Resposta | quase sempre | com frequência | por vezes | Raramente | Nunca |
|----------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
- Alguém vos interrompeu a frequência para a sua doença por ter deixado de sofrer os medicamentos?

| Resposta | quase sempre | com frequência | por vezes | Raramente | Nunca |
|----------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
- Alguém vos deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguém vossa cuidar que não seja o indicado de cuidar?

| Resposta | 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 polimedicados.

A Nem todos os membros e grupos da minha instituição (que deveriam) estão a participar em atividades e reuniões (ex. Grupos de Trabalho sobre a adesão ao regime medicamentoso).

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

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 do projeto sobre a adesão ao regime medicamentoso. Existem 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.

Ana Carolina Cabral Pinheiro / Ana Sílvia Moreira
dezembro | 2024

- Contacto inicial, presencial, através do encaminhamento da enfermeira cooperante da USF de VNB;
- Assinatura de consentimento e aplicação do questionário (MAT);
- Identificação do representante de utentes para a sessão de grupo focal.

Ana Carolina Cabral Pinheiro / Ana Sílvia Moreira
dezembro | 2024

CRONOGRAMA

| ATIVIDADES | Maio | Junho | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro | Janeiro |
|---|------|-------|-------|--------|----------|---------|----------|----------|---------|
| Diagnóstico de saúde | | | | | | | | | |
| Aplicação de questionário (MAT) | | | | | | | | | |
| Aplicação de Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário | | | | | | | | | |
| Aplicação do Questionário de Diagnóstico do processo Comunitário | | | | | | | | | |
| Planeamento das intervenções | | | | | | | | | |
| Execução das atividades | | | | | | | | | |
| Responder a Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário para avaliação | | | | | | | | | |

Ana Carolina Cabralinho / Ana Sofia Morais
Janeiro | 2024

RECURSOS

- Humanos:** profissionais de saúde da UCC e da Unidade de Saúde Familiar (USF) da Barquinha;
- 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 Barquinha



Ana Carolina Cabralinho / Ana Sofia Morais
Janeiro | 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

$\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos com melhoria do score na escala MAT}}{\text{n}^\circ \text{ total de idosos do projeto}} \times 100$

$\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos com melhoria do score na escala MAT}}{\text{n}^\circ \text{ idosos em que se interviveu}} \times 100$


Indicadores de estrutura

Profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários (UCC do Almorez e USF da Barquinha); sala disponível; escala de MAT; EAVEC.

Ana Carolina Cabralinho / Ana Sofia Morais
Janeiro | 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 MAEC;
- 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.




Ana Carolina Cabralinho / Ana Sofia Morais
Janeiro | 2024

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- INE. (2022). *Base de dados*. Obtido em 30 de maio de 2024, de Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/portal/kmain?pid=INE&rgid=ine_unid_territori&menuBOUI=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 Almorez*. Obtido em 1 de junho de 2024, de BICSP: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: <https://bilhete.min-saude.pt/pt/biufs/3/939/30041/3142051/Pages/default.aspx>
- USPMT. (2024). *Diagnóstico da 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>





FortaleSer

Obrigada

APÊNDICE VI - Plano e apresentação da sessão “Estratégias de Promoção da Saúde”

Plano da sessão:

| | | | |
|--|--|---------|----------------------------------|
| Tema | Estratégias de promoção da saúde | Data | 15/01/2025 |
| Formadores | Enfª Ana Sofia Morais; colega mestranda | Duração | 1 hora |
| Destinatários | Enfermeiros da UCC Almourol | Local | Sala de reuniões da UCC Almourol |
| Metodologia | Expositiva | | |
| 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. | | |

Apresentação da sessão:

HEALTH PROMOTION

ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

ANA CARINA CABECINHAS | ANA SOFIA MORAIS

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)

Fatores determinantes da Literacia em Saúde

- Características da pessoa**
 - Idade
 - Sexo
 - Problemas de saúde
 - Competências emocionais e cognitivas
 - Literacia numérica
- Influência do sistema de cuidados de saúde**
 - Qualidade da informação
 - Estratégias de difusão da informação
 - Competências de comunicação dos profissionais
- Fatores sociais e culturais**
 - Objetivos educativos do sistema escolar
 - Concepções e crenças acerca da saúde de determinadas sensibilidades culturais
 - Avanço da ciência e a importância de novas tecnologias da informação

(Berman, Oles, & McCormick, 2005)

PRINCIPAIS OBSTÁCULOS À LITERACIA EM SAÚDE

- Falta de interesse ou motivação
- Dificuldades cognitivas e de acesso à informação
- Culturais
- Biológicos
- Psicológicos
- Sociais da saúde
- Influências dos vários determinantes
- Falta de empatia entre os interlocutores
- Não domínio do código usado na mensagem

(Johnson & Hamric, 2009; Kolich et al., 2013)

Promoção da Saúde e da Literacia em Saúde

- Promoção da Saúde:**
 - Aumentar a capacidade das pessoas e comunidades para controlarem a sua saúde
 - Objetivo de melhorar a saúde
 - Attingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social
 - A saúde é como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida

(OMS, 1986)
- Promoção da Literacia em Saúde:**
 - Pretende desenvolver capacidades pessoais
 - Aumenta o controlo das pessoas sobre a sua saúde e a sua capacidade para procurarem informação e assumirem responsabilidades
 - Estratégia eficaz que aborda simultaneamente a saúde e a educação

(Fisher, 2002; Fisher, 2008)

Mudança comportamental:

Os profissionais de saúde devem

- Perceber e respeitar as características e crenças de cada um
- Avaliar as percepções de cada um, que irão influenciar o seu comportamento

Como?

- Proporcionar um espaço e um momento que permita:
 - Expor dúvidas, medos e expectativas;
 - Expor preocupações e a resolução/decisão proposta;
 - Não fazer juízos de valor;
 - Responder cordalmente.

(DGS, 2019)

Comunicação e Ativação

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

Ativação:

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

(DGS, 2019)

Para a Ativação de comportamentos

Ter uma linguagem acessível, assertiva, clara e positiva

Ter um grande envolvimento

Ter uma relação terapêutica

Ter controlo sobre a mensagem

Disponibilizar de informação simples, confiável e fidedigna

Afirmar-se como o polo comunicativo dinâmico Ser uma fonte

O profissional de saúde deve:

(Pissarel, 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

(DGS, 2019)

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)

(DGS, 2019)

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.

(DGS, 2019)

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.

(DGS, 2019)

Estratégias de incentivo e motivação

Teoria da expectativa

Teoria do reforço

Teoria da equidade

(Rodrigues, F., 2021)

Estratégias de incentivo à participação

Quebra gelo

World café

Focus group

(Rodrigues, F., 2021)

Estratégias para promover a saúde

| | | | |
|---------------------------|--------------------|----------------|-----------------------|
| Marketing social em saúde | SOUND bites | Aconselhamento | Educação para a saúde |
| Soundbites | Empoderamento | | |

(Rodrigues, F. 2021)

Estratégias de envolvimento das pessoas

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

(Rodrigues, F. 2021)

Propostas de manuais com sugestões de atividade para dinamizar

(Borges, E. et al. 2021)

Exemplos de atividades

Crianças

Tema: Bullying

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

(Borges, E. et al. 2021)

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

(Borges, E. 2020)

Adultos/Idosos

Tema: Prevenção de quedas

- World café

Tema: Adesão ao regime terapêutico

- Focus group

(Rodrigues, F. 2021)

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., Cantante, A., Morais, C., ... Ribeiro, T. (s.d.). *Saúde Escolar - Intervenções de promoção de saúde*. Lidel.
- DGS. (setembro de 2019). *Manual de boas práticas em Literacia em Saúde - capacitação dos profissionais de saúde*. Lisboa.
- Kickbusch, I. (2008). *Healthy Societies: Addressing 21st Century Health Challenges*. Obtido de http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/Kickbusch_Final_Report.pdf.
- Kickbusch, I.; Walt, S.; Maag, D. (2005). *Navigating Health: The Role of Health Literacy*. Alliance for Health and the Future, UK International Longevity Centre. Obtido de http://www.icaak.org.uk/index.php/publications/publication_detail/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 planeada: metodologia colaborativa com a comunidade*. (L. Press, Ed.) Lisboa.

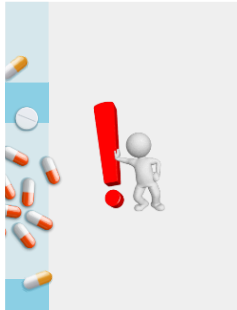
Obrigada pela atenção!

APÊNDICE VII - Plano e apresentação da sessão para os idosos “Conhecimentos e estratégias de adesão ao regime medicamentoso”

Plano da sessão:

| | | | |
|--|---|-------------------|--------------------------|
| Tema | Conhecimentos sobre Estratégias de adesão ao regime medicamentoso | Data | 27/01/2025 |
| Formadores | Enfª Ana Sofia Morais | Hora | 10h15 |
| Destinatários | Idosos polimedicados que pertencem à USF da Barquinha | Local | Ginásio da USF Barquinha |
| Metodologia | Expositiva e participativa | | |
| Recursos humanos e técnico-pedagógicos | Humanos: Formadores e Participantes; Materiais: Cadeiras, mesa, computador e videoprojetor. | | |
| Objetivos | - Aumentar o conhecimento sobre utilização segura de medicação. | | |
| Etapas | Conteúdos programáticos | Duração (minutos) | |
| Introdução | - Apresentar as temáticas a abordar | 2 | |
| Desenvolvimento | - Abordar a definição de reconciliação terapêutica | 6 | |
| | - Apresentar o mapa terapêutico | 2 | |
| | - Informar sobre o armazenamento correto da medicação | 8 | |
| | - Brainstorming sobre Estratégias de adesão | 10 | |
| | - Propor estratégias que favorecem a adesão à medicação | 10 | |
| Conclusão | - Sensibilizar para a importância da adesão ao regime medicamentoso | 2 | |
| | - Esclarecer dúvidas | 5 | |
| Avaliação da sessão | - Solicitar que cada participante avalie a sessão de 1 a 6, colocando o número correspondente em caixa própria. | | |

Apresentação da sessão:



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

- Componente ativo, designado por um nome científico ;
- 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)



Janumet (Sitagliptina + Metformina) = Sitagliptina + Metformina



TRIPLEXAM (Perindopril + Indapamida + Amlopidina) = Perindopril + Indapamida + Amlopidina



Vias de administração dos medicamentos



Via oral, Via sublingual, Via tópica (cremes/pomadas), Via retal, Via vaginal, Via nasal, Via inalatória, Via oftalmológica, Via otológica, Via injetável



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.



(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

(DCS, 2018)

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;
- Mantém 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

- Os alimentos podem influenciar a absorção de medicamentos via oral.
- Há medicamentos que podem impedir a absorção de nutrientes dos alimentos.
- Alguns medicamentos podem alterar o efeito de outros medicamentos.
- Alguns medicamentos podem alterar o efeito de alimentos.
- Alguns medicamentos podem alterar o efeito de outros medicamentos.

[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 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

[DCS, 2016]

1º Recolha da informação

- Recolher a lista de medicação do utente

2º Revisão da medicação

- Comparar a lista de medicação (bem como reações adversas e alergias) recolhida com a medicação prescrita, identificando e documentando quaisquer discrepâncias

3º Reconciliação

- Reconciliar cada discrepância (contactar prescriptor)
- Nova lista atualizada da medicação

[DCS, 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 | Jejum | 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)




- Conservar os medicamentos na sua embalagem original incluindo o folheto
- 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
- Deve ser evitada a porta do frigorífico


- Verifique sempre o prazo de validade
- 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
- Ainda que apresentando os mesmos sintomas de situações anteriores, confirme sempre com um profissional de saúde, antes de comprar o medicamento habitual
- Certos medicamentos, por exemplo os antibióticos, não devem voltar a ser utilizados sem indicação médica




- Não dê os seus medicamentos a outras pessoas
- Podem não ser os indicados para outros, ainda que apresentem os mesmos sintomas
- 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
- Entregue na farmácia os medicamentos que não utilizou, cujo prazo de validade caducou ou cujo aspeto se encontra alterado (cor, consistência ou cheiro)

Dicas para não me esquecer de tomar a medicação

Estratégias de adesão




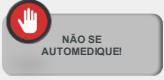
Brainstorming

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.

Porque é tão importante a adesão ao regime medicamentoso?

- Diminuir o impacto da situação de doença na sua vida
- Aumentar a segurança
- Manter a eficácia do tratamento
- Prevenir internamentos



Referências bibliográficas

Apifarma (2024). Medicamentos Não-Sujeitos a Receita Médica (MNSM) Obtido em 18 de novembro de 2024, de <https://apifarma.pt/atividade/tratare-mim/medicamentos-nao-sujeitos-a-receita-medica/>

DCS (11 de agosto de 2015). Registo de Alergias e Outras Reações Adversas. Obtido de <https://normas.dgs.minsaude.pt/wp-content/uploads/2019/10/registo-de-alergias-e-outras-reacoes-adversas.pdf>

DCS (30 de dezembro de 2016). Reconciliação da medicação. Norma do Diretor-Geral da Saúde, número 018/2016. Obtido de <https://normas.dgs.minsaude.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 LP. <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/perguntas-frequentes.aspx>

Infarmed (11 de maio de 2009). Medicamentos em casa (INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, LP). Obtido de https://www.infarmed.pt/documents/3798/228470/1_Medicamentos_em_Casa.pdf?e88E-4a2b-3ab0-4034cfc1804b?version=1.1

Oliveira, A. R. (2021). Interações Medicamentosas Potenciais: Uma Análise Exploratória em Farmácia de Officinas. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Farmácia - Curso Farmacotecnologia e Farmacoprocessamento. Politécnico do Porto, Escola Superior de Saúde. Obtido de https://repositorio.up.pt/bitstream/10440/22198/0/1/DOSSERTAÇÃO%20K3%20V%20AnaRitaOliveira_V_Final.pdf

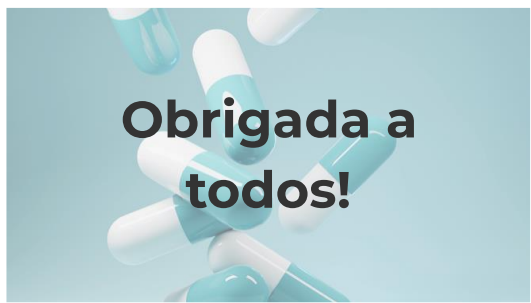
Ordem dos Farmacêuticos. (23 de agosto de 2023a). D que é um medicamento? Obtido em 21 de novembro de 2024, de A Ordem dos Farmacêuticos. <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/artigos/que-e-um-medicamento/>

Ordem dos Farmacêuticos. (10 de outubro de 2023a). D que são Reações Adversas aos Medicamentos? Obtido em 21 de novembro de 2024, de A Ordem dos Farmacêuticos. <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/artigos/que-sao-reacoes-adversas-aos-medicamentos/>

Ordem dos Farmacêuticos. (22 de novembro de 2023). Interações entre medicamentos e alimentos. Obtido em 26 de novembro de 2024, de A Ordem dos Farmacêuticos. <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/artigos/interacao-entre-medicamentos-e-alimentos/>

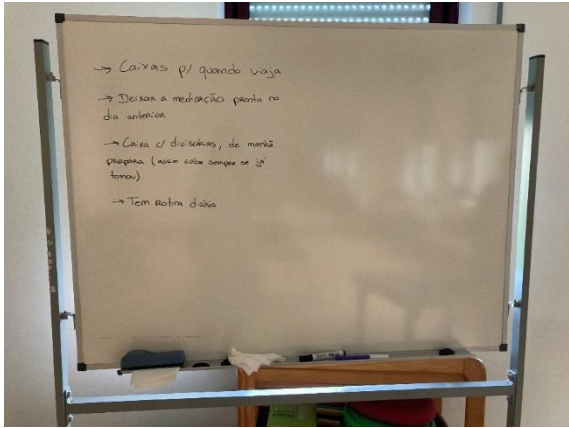
O que acharam desta sessão?

- 1 comprimido - Sem utilidade
- 2 comprimidos - Não gostei muito
- 3 comprimidos - Não gostei
- 4 comprimidos - Gostei
- 5 comprimidos - Gostei muito
- 6 comprimidos - Muito útil

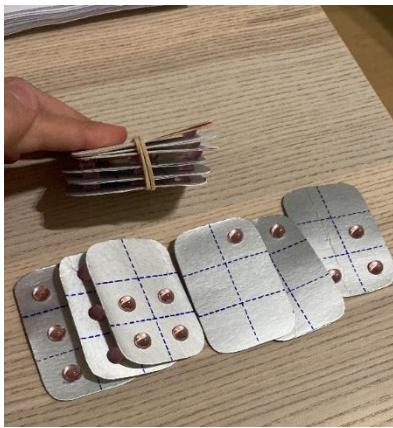


Algumas fotos da sessão:





Material de apoio para avaliação da sessão:



APÊNDICE VIII - Plano e apresentação da sessão “Violência no namoro”

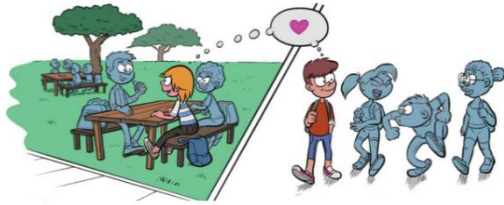
Plano da sessão:

| | | | |
|--|--|-------------------|----------------------|
| Tema | Violência no namoro | Data | 29/11/2024 |
| Formadores | Enfª Especialista da UCC Almourol; Enfª Ana Sofia Morais; colega mestranda | Hora | 10h35-11h35 |
| Destinatários | Alunos do 7º ano de uma escola do concelho de Constância | 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 brainstorming durante a sessão; - Saber como agir caso sejam vítimas de violência no namoro; - Esclarecer dúvidas e mitos. | | |
| Etapas | Conteúdos programáticos | Duração (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 | |
| | - Esclarecer o que é relação saudável vs violência no namoro | 10 | |
| | - Como agir em caso de situação de violência no namoro | 5 | |
| Conclusão | - Esclarecer dúvidas | 5 | |
| Avaliação da sessão | - Solicitar que cada participante avalie a sessão de 1 a 5, colocando os dedos correspondentes no ar. | | |

Apresentação da sessão:



NAMORAR É RESPEITAR E CONFIAR!



INSULTAR ATRAVÉS DAS REDES SOCIAIS/INTERNET NÃO É NAMORAR



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, Prevenir a Violência no Namoro!



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)

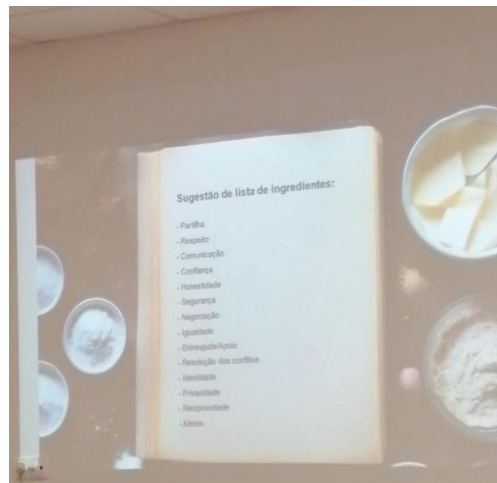
Este é um segredo mau!!



O que achaste desta apresentação?



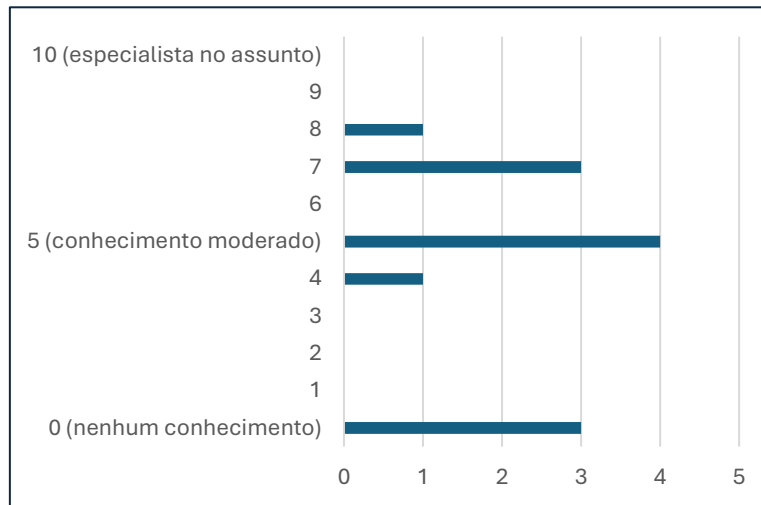
Algumas fotos da sessão:



APÊNDICE IX – Dados estatísticos obtidos com o Questionário do processo Comunitário 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?

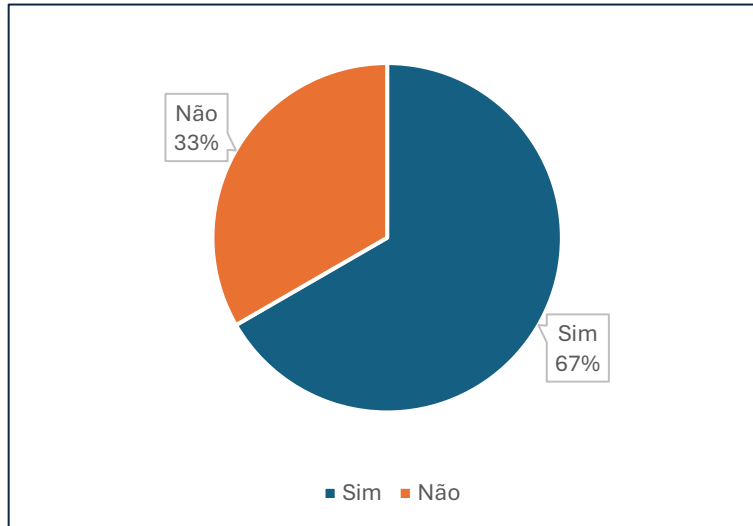


Indique onde adquiriu conhecimentos sobre Reconciliação terapêutica, Discrepância na medicação, Segurança na medicação e Processo de gestão da medicação:

- 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?**

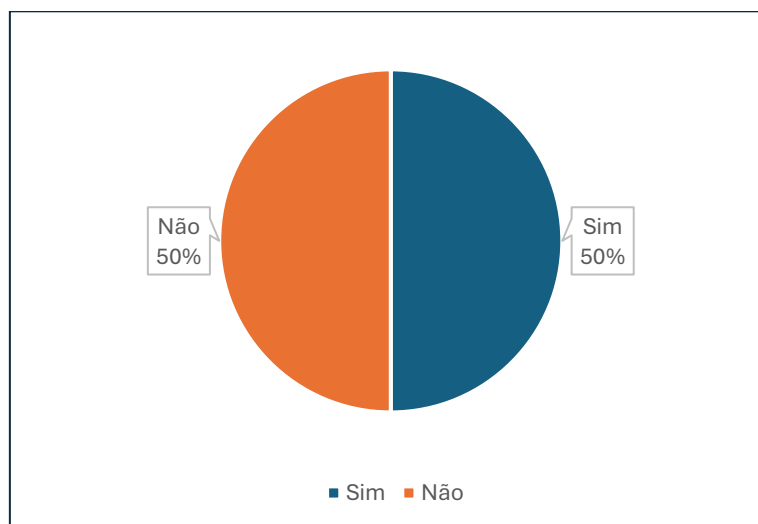


Se respondeu “Não” na questão anterior, indique qual ou quais os recursos que considera ter em falta?

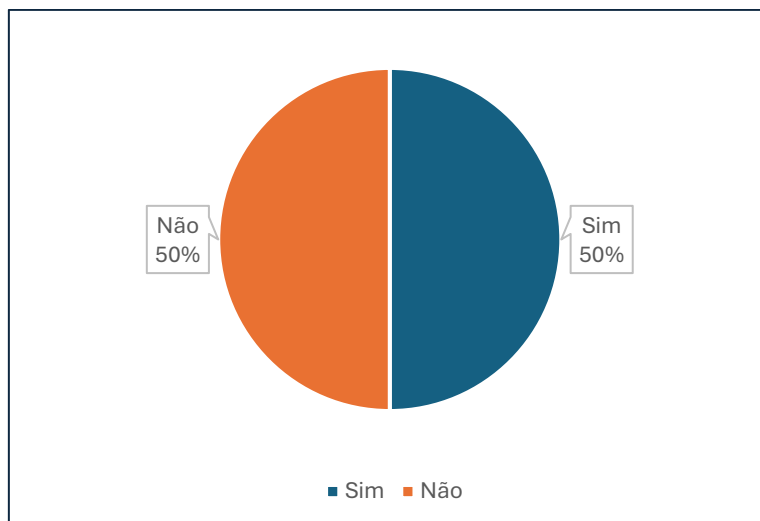
(por exemplo, recursos humanos, recursos materiais como computadores, recursos logísticos como carros para deslocação, recursos organizacionais como horários, outros)

- 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.

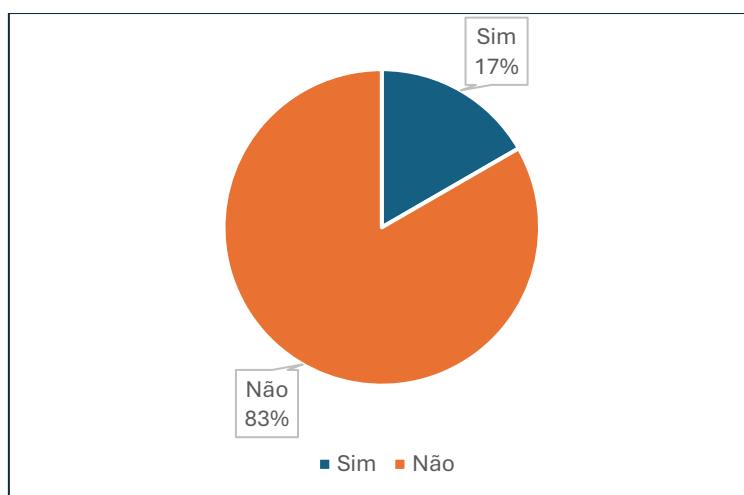
2. Existe na sua unidade um líder formal para a promoção da adesão ao regime medicamentoso dos idosos polimedicados?



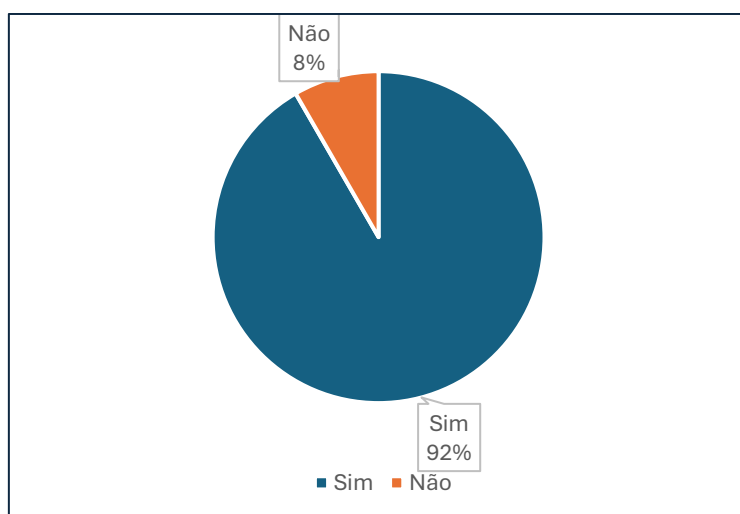
3. Considera que o circuito de comunicação entre a sua unidade e a restante ULS é eficaz para a reconciliação terapêutica nos idosos polimedicados?



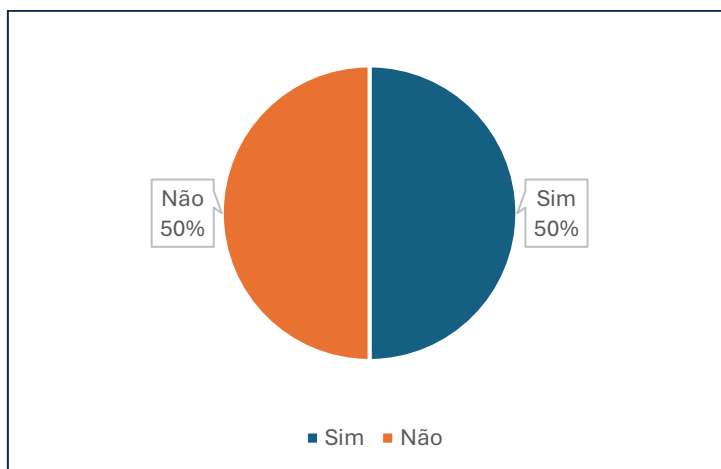
4. Considera que o circuito de comunicação entre a sua unidade e a restante ULS é eficaz para a reconciliação terapêutica nos idosos polimedicados?



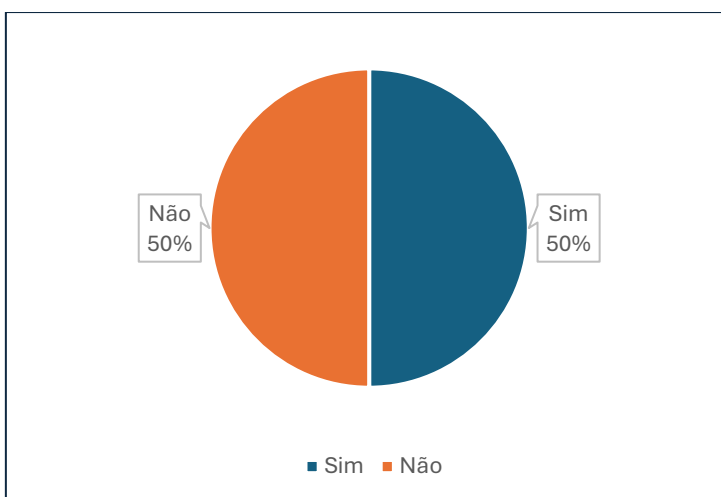
5. Considera importante a existência de parcerias formais que possam melhorar a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados? (por exemplo, uma parceria com uma farmácia, o enfermeiro, o médico, ...)



6. Considera possuir conhecimentos necessários para promover o empoderamento comunitário na adesão ao regime medicamentoso dos idosos polimedicados?



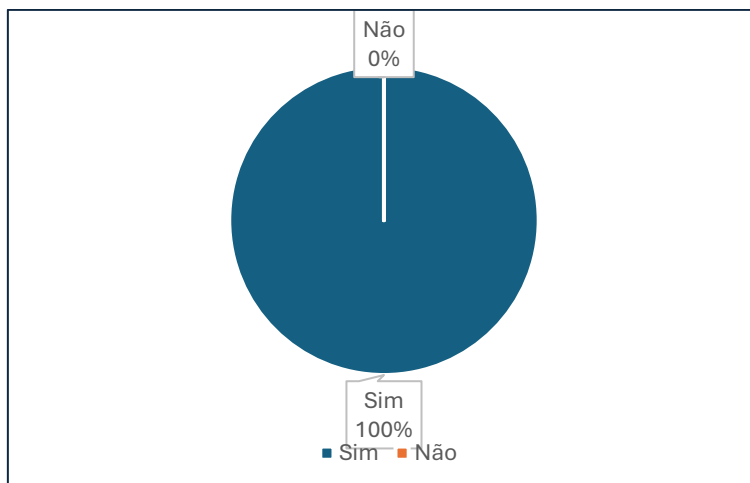
7. Considera ter formação suficiente sobre adesão ao regime medicamentoso, fatores que interferem e estratégias de intervenção?



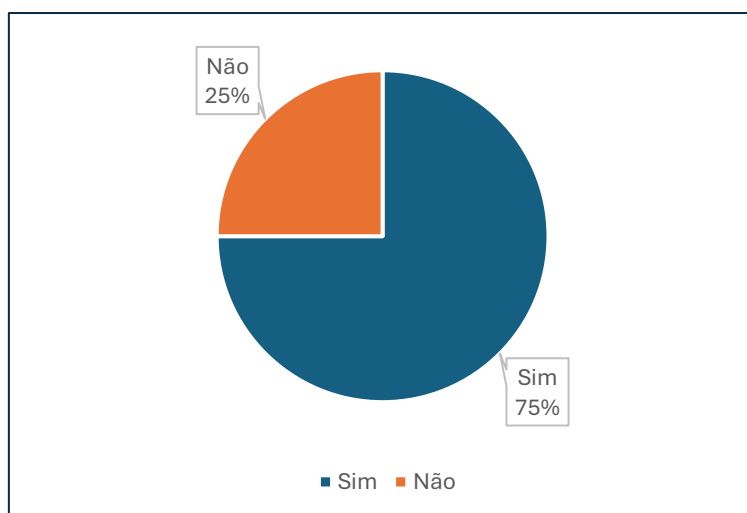
Se respondeu “Não” na questão anterior, quais as necessidades formativas que considera necessitar?

- 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.

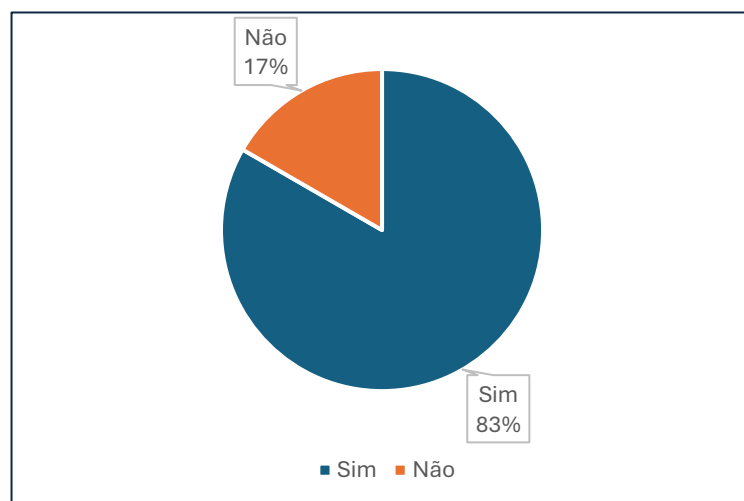
8. Considera que um projeto que promova o empoderamento comunitário na adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, resultará em ganhos em saúde?



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

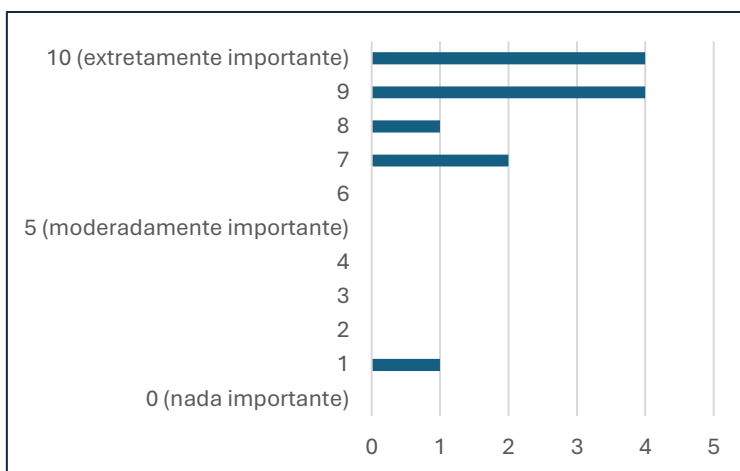


10. Sente que o seu envolvimento num projeto da ULSMT, que promova o empoderamento comunitário na adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, possa representar um contributo importante para a melhoria dos indicadores de Saúde Pública?



Volição

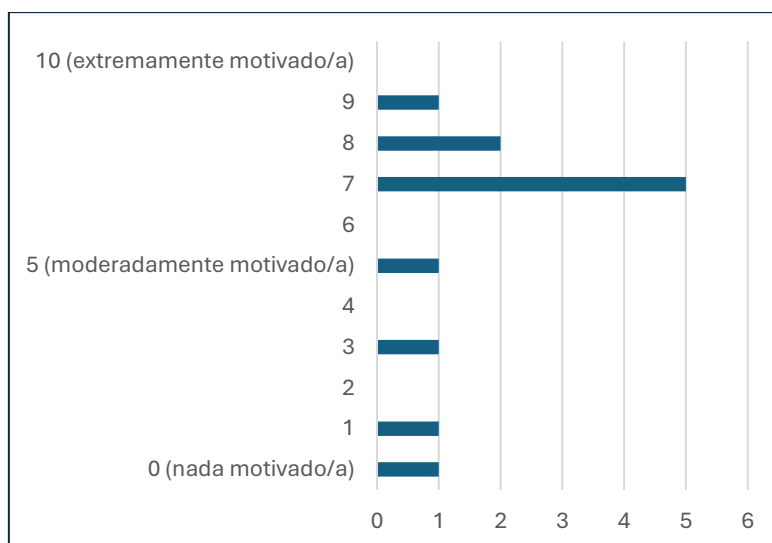
Que importância considero ter um projeto na área da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados:



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

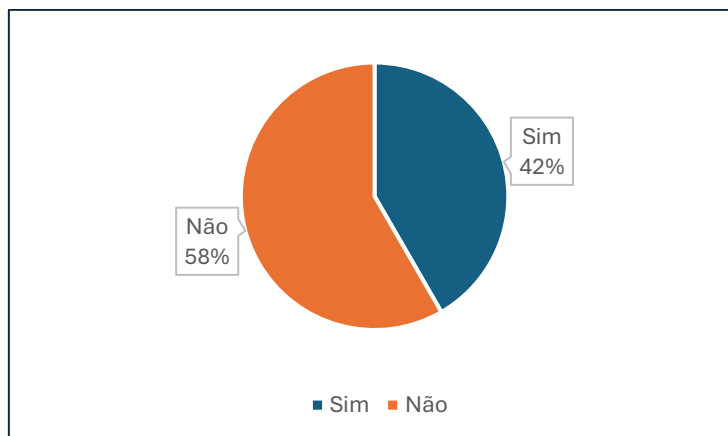


Se respondeu um valor igual ou menor a 5 na questão anterior, que fatores considera potenciar a sua baixa motivação:

- 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

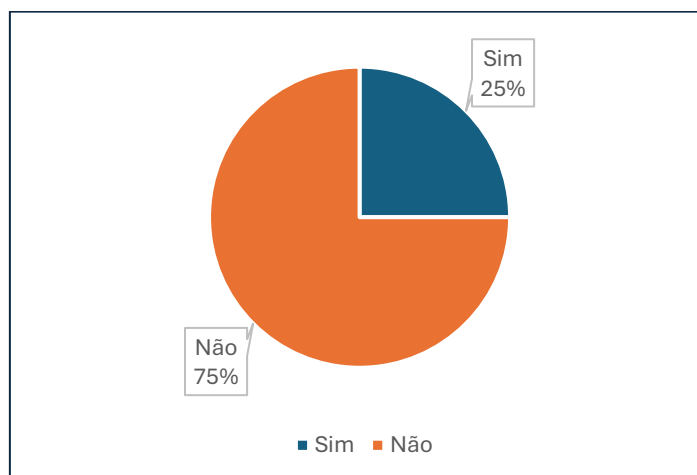
No que respeita ao empoderamento comunitário na adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, considera que existe na comunidade em que se integra uma estrutura organizativa formal ou informal (como um grupo de trabalho ou uma comissão) relacionada com a área?



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

- Projeto de Gestão do Doente Crónico na UCC;
- UCC Almourol - PA Gestão do doente crónico + Projeto camarário em que há ligação entre a farmácia da Barquinha, o serviço social da câmara e o centro de saúde;
- Unidade de Cuidados na Comunidade de Almourol;
- gestão do regime terapêutico, apoio e controlo da toma correta da medicação;
- Equipa de enfermagem UCC.

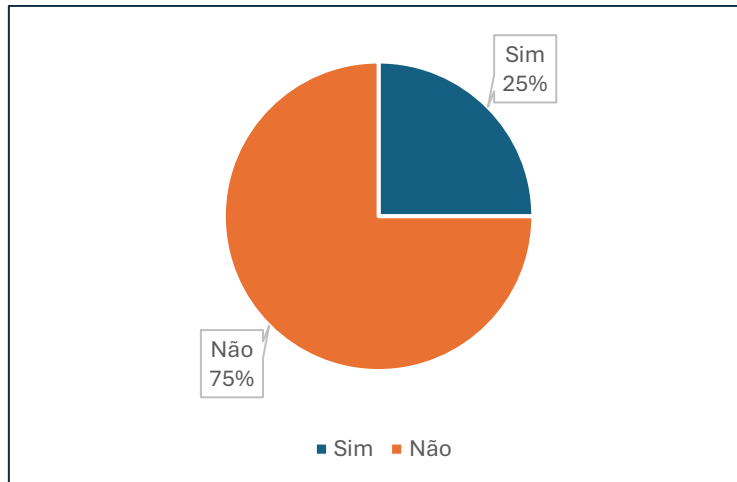
No que respeita à adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, considera que existe na comunidade em que se integra uma ou mais parcerias relaciona(s) com a área?



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?

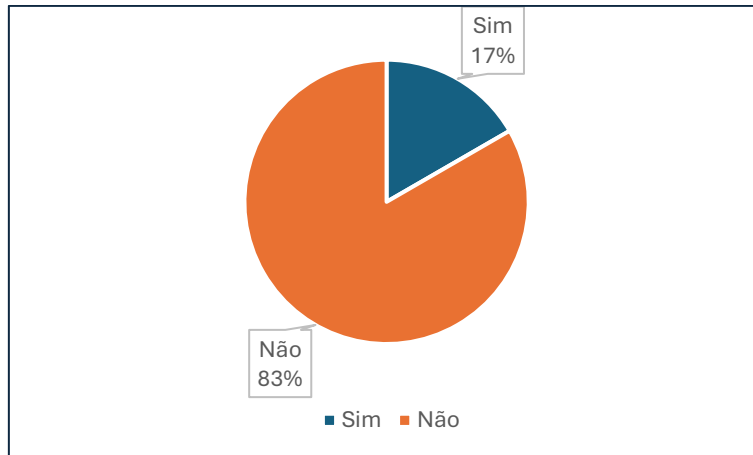
- Encaminhamento dos utentes de um enfermeiro para o colega com apoio na gestão do regime terapêutico;
- Por email, por telefone e presencial.

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 Almourol, 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 referência;
- 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.

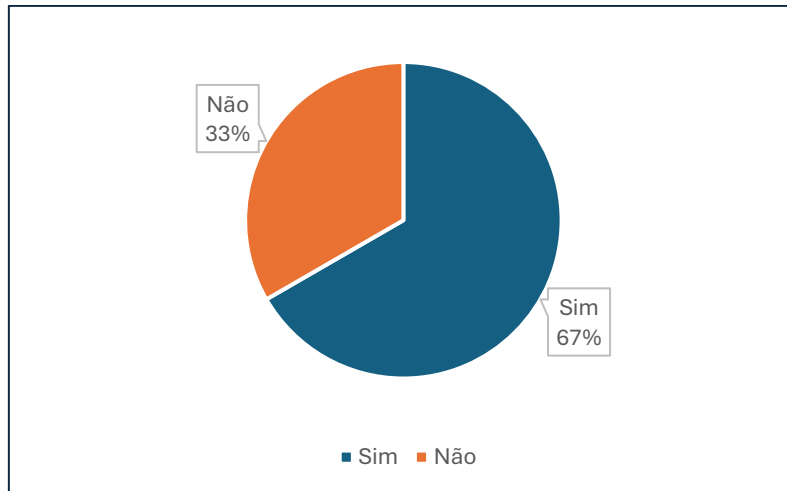
Já teve formação e/ou treino sobre a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados?



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")

- XXXXXXX

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 advêm 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.

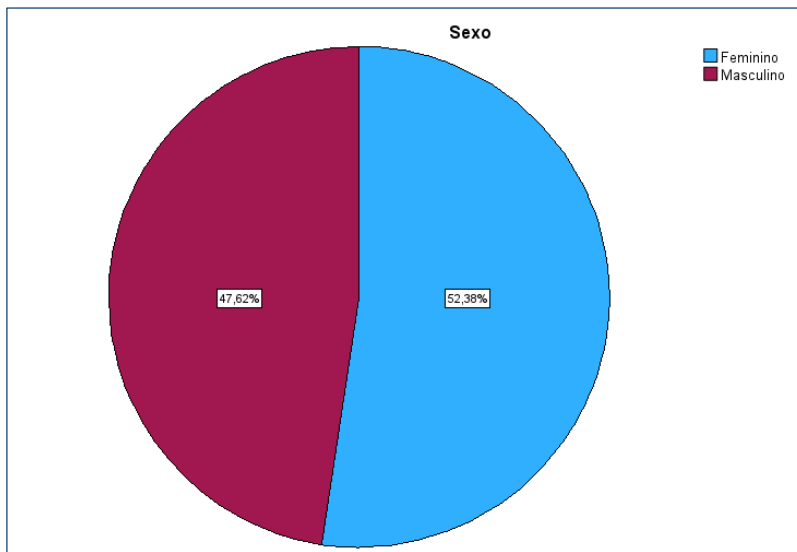
Gostaria de deixar alguma questão ou comentário adicional sobre este projeto:

- 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.

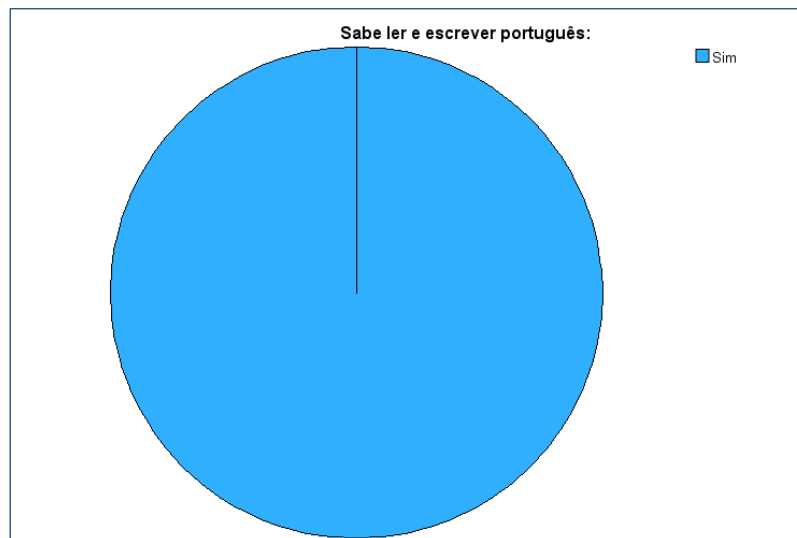
APÊNDICE X – Dados estatísticos obtidos com o Questionário do processo Comunitário aplicado aos idosos que inclui a escala de MAT

Questionário do processo Comunitário aplicado aos idosos:

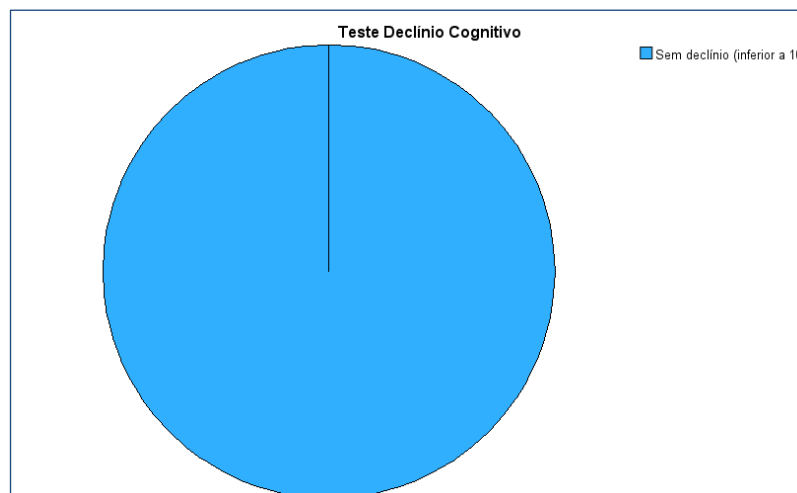
1.



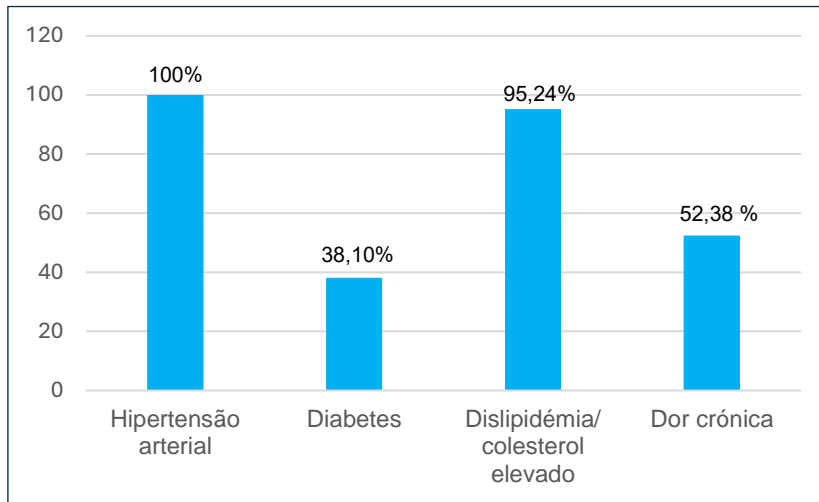
2.



3.



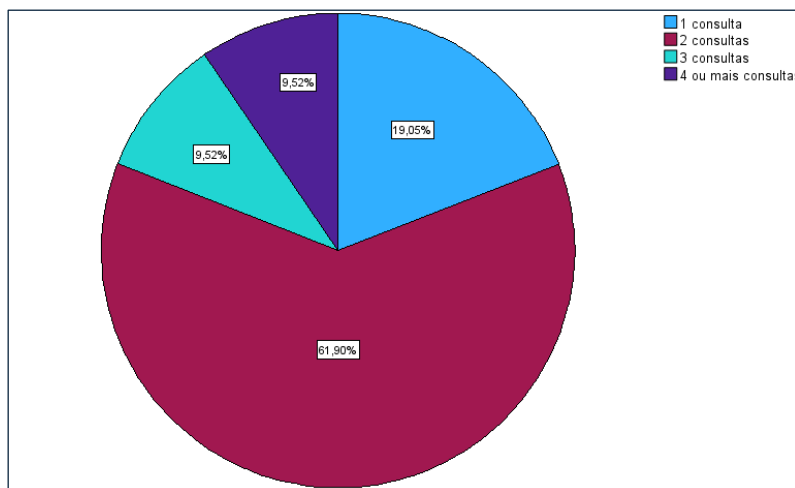
4. **Doenças crónicas:**



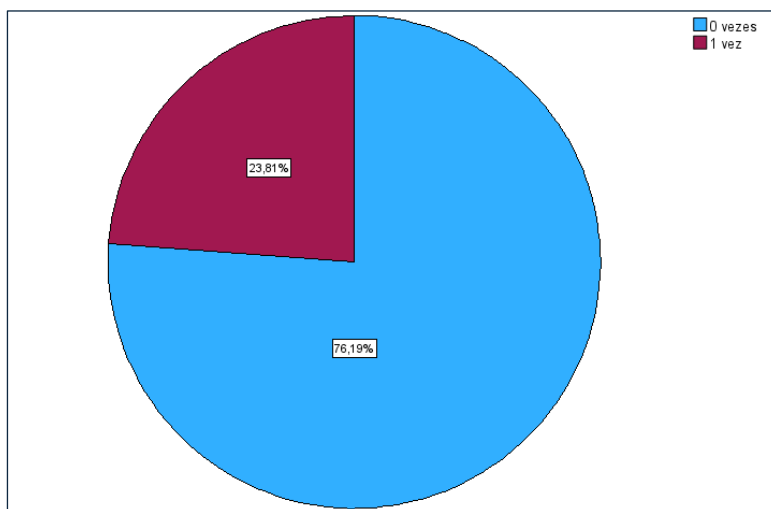
a. **Outras**

- Cansaço;
- Osteoporose;
- Alterações da próstata;
- Cirurgia à próstata;
- Valvulopatia;
- Bronquite asmática;
- Próstata;
- Apneia sono;
- Asma, mama, coração,
- Hiperuricemia

5. **No último ano (12 meses) quantas vezes recorreu a uma consulta no seu centro de saúde? _____**



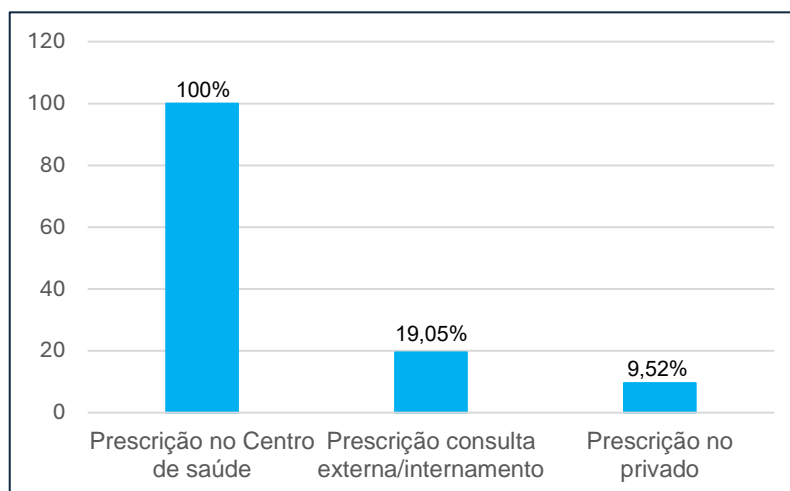
6. No último ano (12 meses) quantas vezes recorreu ao serviço de urgência? ____



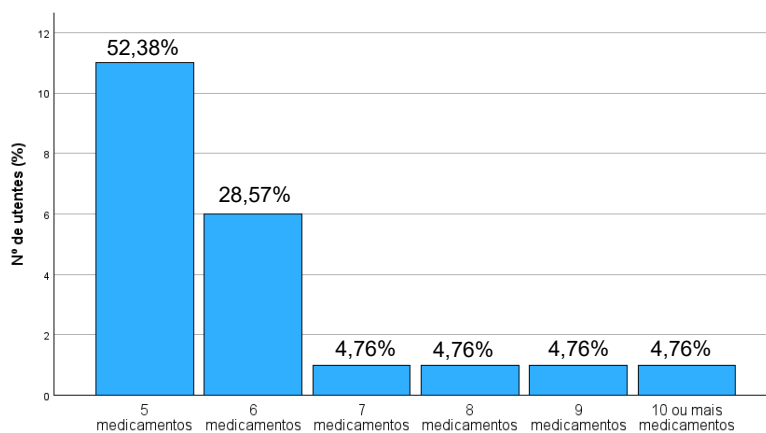
a. Qual o motivo?

- Dores MI
- Traumatismo joelho
- Fratura do ombro
- Reação medicamento
- Fratura anca

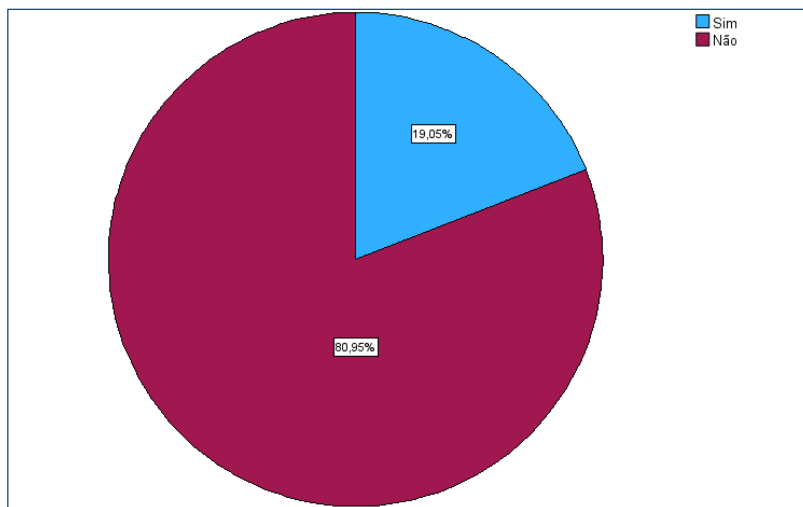
7. No último ano (12 meses) onde lhe foram prescritos medicamentos?



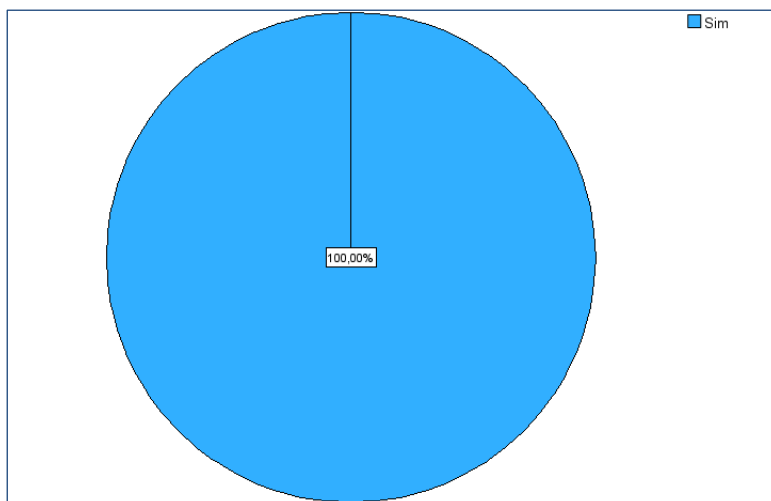
8. Quantos medicamentos diferentes toma por dia? ____



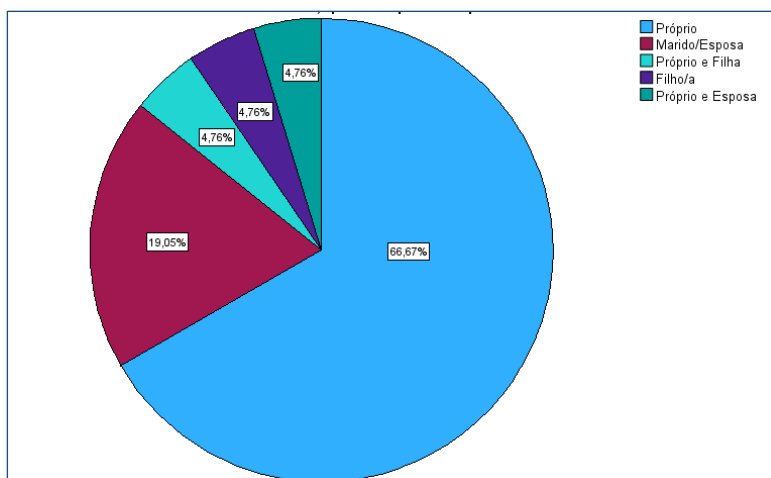
9. Costuma tomar medicamentos que não são prescritos pelo médico?



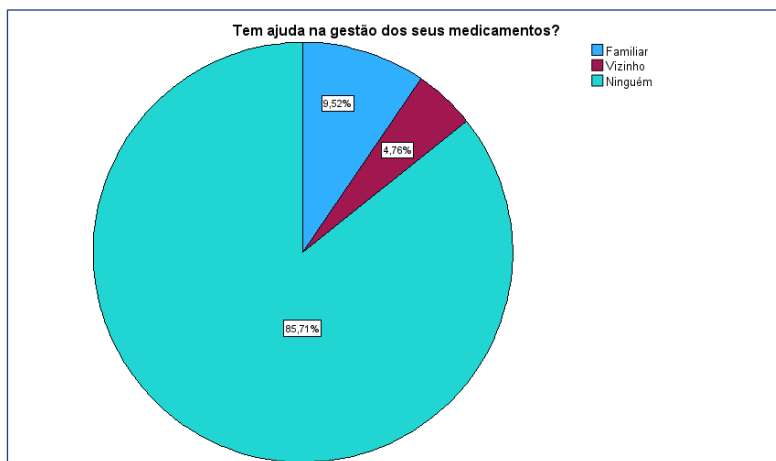
10. Tem uma farmácia habitual/farmacêutico onde habitualmente adquire os seus medicamentos?



11. Habitualmente, quem adquire/compra os medicamentos?



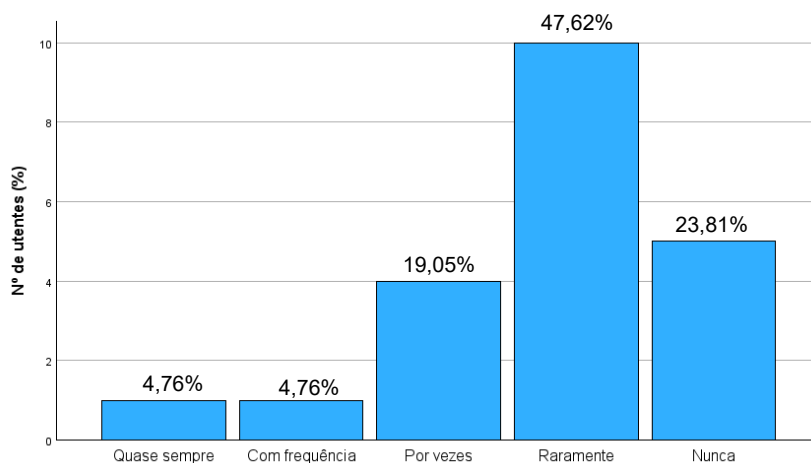
12. Tem ajuda na gestão dos seus medicamentos?



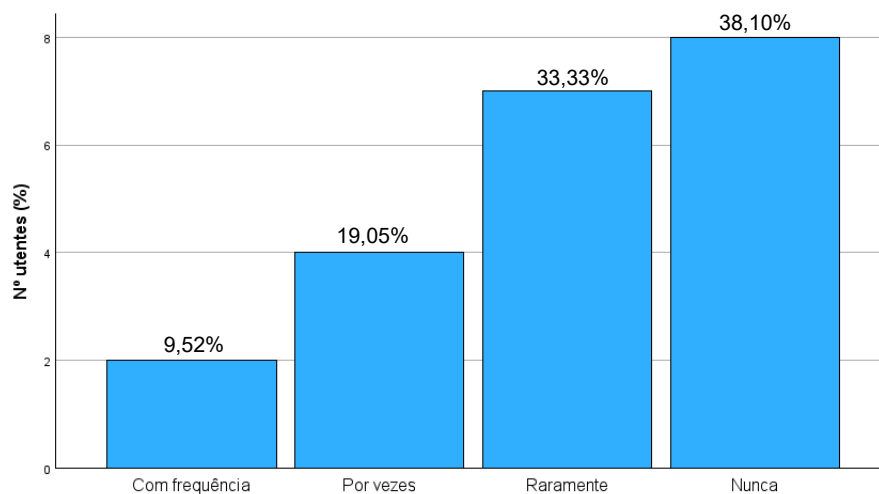
13. Adesão ao regime medicamentoso:

Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

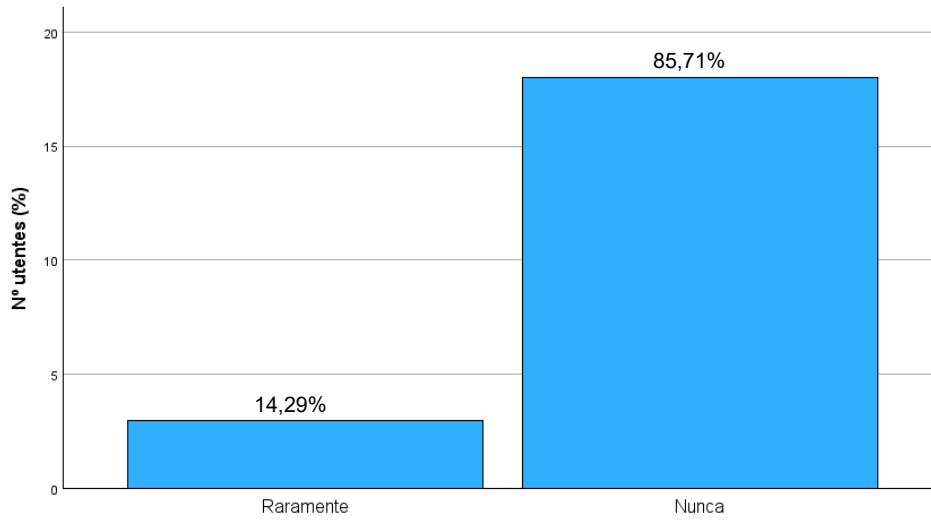
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?



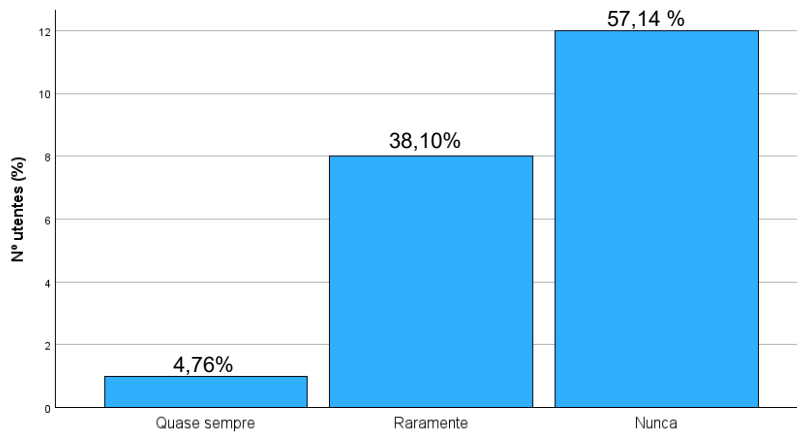
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?



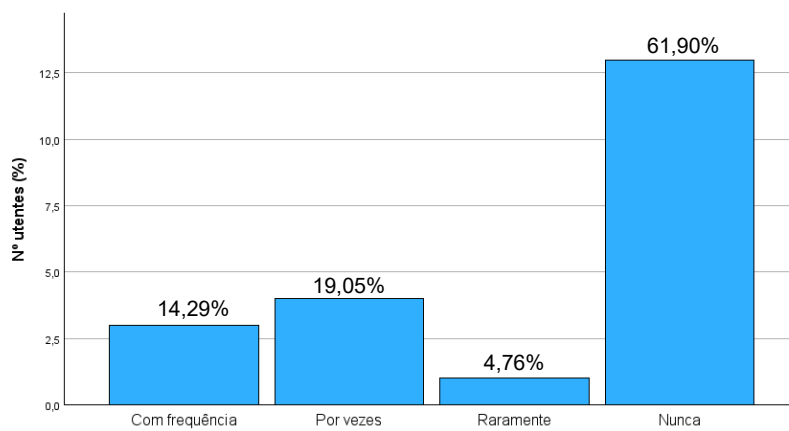
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?



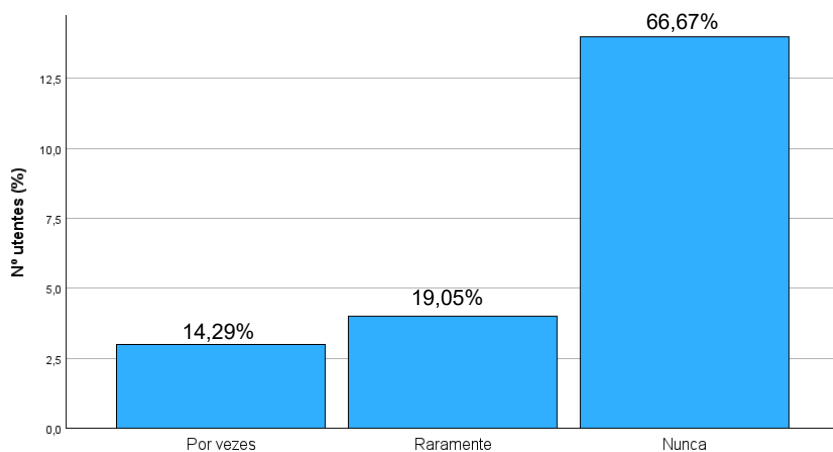
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?



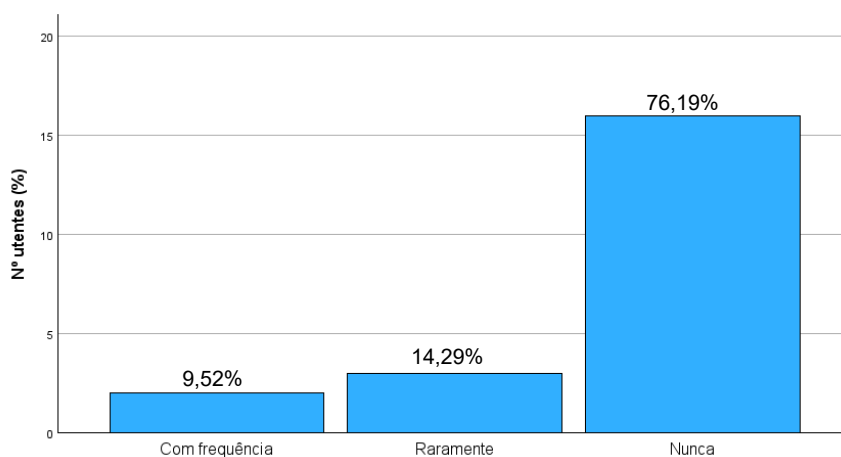
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?



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?

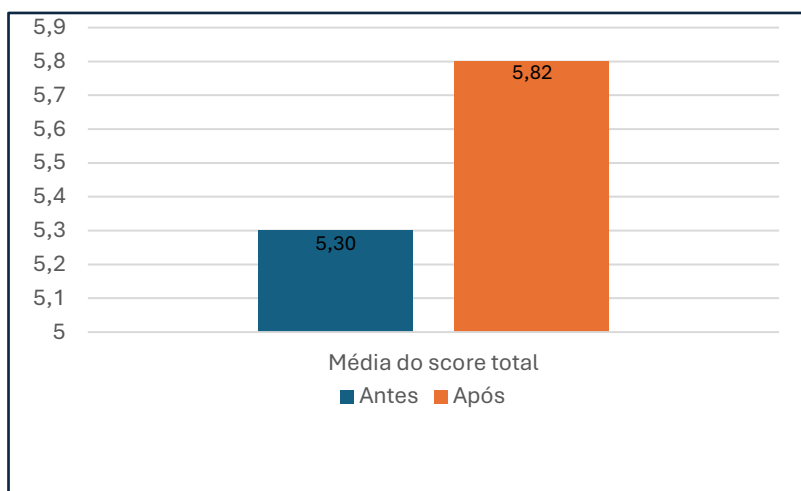


Média da escala MAT

Estadísticas Descriptivas

| | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
|--|----|--------|--------|-------|---------------|
| Nível de adesão Antes (soma do total do resultado de cada item e dividir por 7) | 21 | 4 | 6 | 5,29 | ,561 |
| Nível de adesão Apos (soma do total do resultado de cada item e dividir por 7) | 4 | 5 | 6 | 5,85 | ,300 |

Média do score total da escala MAT



| N | Válido | 21 |
|-------------|--------|----|
| | Omisso | 1 |
| Média | 5,30 | |
| Modo | 5 | |
| Erro Desvio | ,373 | |

| N | Válido | 4 |
|-------------|--------|---|
| | Omisso | 0 |
| Média | 5,8214 | |
| Modo | 6,00 | |
| Erro Desvio | ,27042 | |

APÊNDICE XI - Cronograma do projeto

Cronograma:

| ATIVIDADES | Maio | Junho | Julho | Agosto | setembro | outubro | novembro | dezembro | janeiro | fevereiro |
|---|------|-------|-------|--------|----------|---------|----------|----------|---------|-----------|
| Diagnóstico de situação de saúde | | | | | | | | | | |
| Aplicação de questionário (MAT) aos idosos | | | | | | | | | | |
| Aplicação da EAveC ao grupo focal | | | | | | | | | | |
| Aplicação do Questionário de Diagnóstico do processo Comunitário | | | | | | | | | | |
| Planeamento das intervenções | | | | | | | | | | |
| Execução das atividades | | | | | | | | | | |
| Reaplicação da escala de MAT aos idosos | | | | | | | | | | |
| Aplicação de questionário de avaliação aos profissionais de saúde | | | | | | | | | | |

APÊNDICE XII - Questionário de avaliação, aplicado aos profissionais de saúde, sobre as estratégias implementadas, durante o projeto

Avaliação de estratégias implementadas

17/02/2025

Avaliação das estratégias implementadas: Sessões, Folheto informativo, Cartaz de sensibilização e Guia orientador para enfermeiros, para aumentar o empoderamento comunitário dos idosos polimedicados na adesão ao regime medicamentoso

1. Assistiu à sessão de apresentação do Projeto “Empoderamento comunitário de idosos

polimedicados para a adesão ao regime medicamentoso”?

Sim

Não

2. Ficou a compreender melhor o conceito de “Empoderamento Comunitário?”

Sim

Não

Não assisti à apresentação

3. Considerou pertinentes os instrumentos desenvolvidos (cartaz de sensibilização e folheto informativo para os idosos) para a sua prática profissional?

Sim

Não

Não trabalho com idosos

Não vi

4. Considerou pertinente o desenvolvimento do guia orientador para os profissionais de saúde, para a sua prática profissional?

Sim

Não

Não trabalho com idosos

Não vi

5. Considera recorrer aos instrumentos apresentados na questão 3 e 4 na sua prática profissional?

Sim

Não

Não trabalho com idosos

6. Considera ter aprofundado estratégias promotoras da adesão ao regime terapêutico?

Sim

Não

7. Assistiu à sessão de formação sobre “Estratégias de promoção da saúde”?

Sim

Não

8. Considera ter aumentado o seu nível de conhecimento com a formação sobre estratégias de promoção da saúde?

Sim

Não

9. Considera que esta sessão foi útil para adquirir ferramentas, para promover a adesão ao regime medicamentoso?

Sim

Não

Não trabalho com idosos

10. Considera recorrer às estratégias apresentadas na sua prática profissional?

Sim

Não

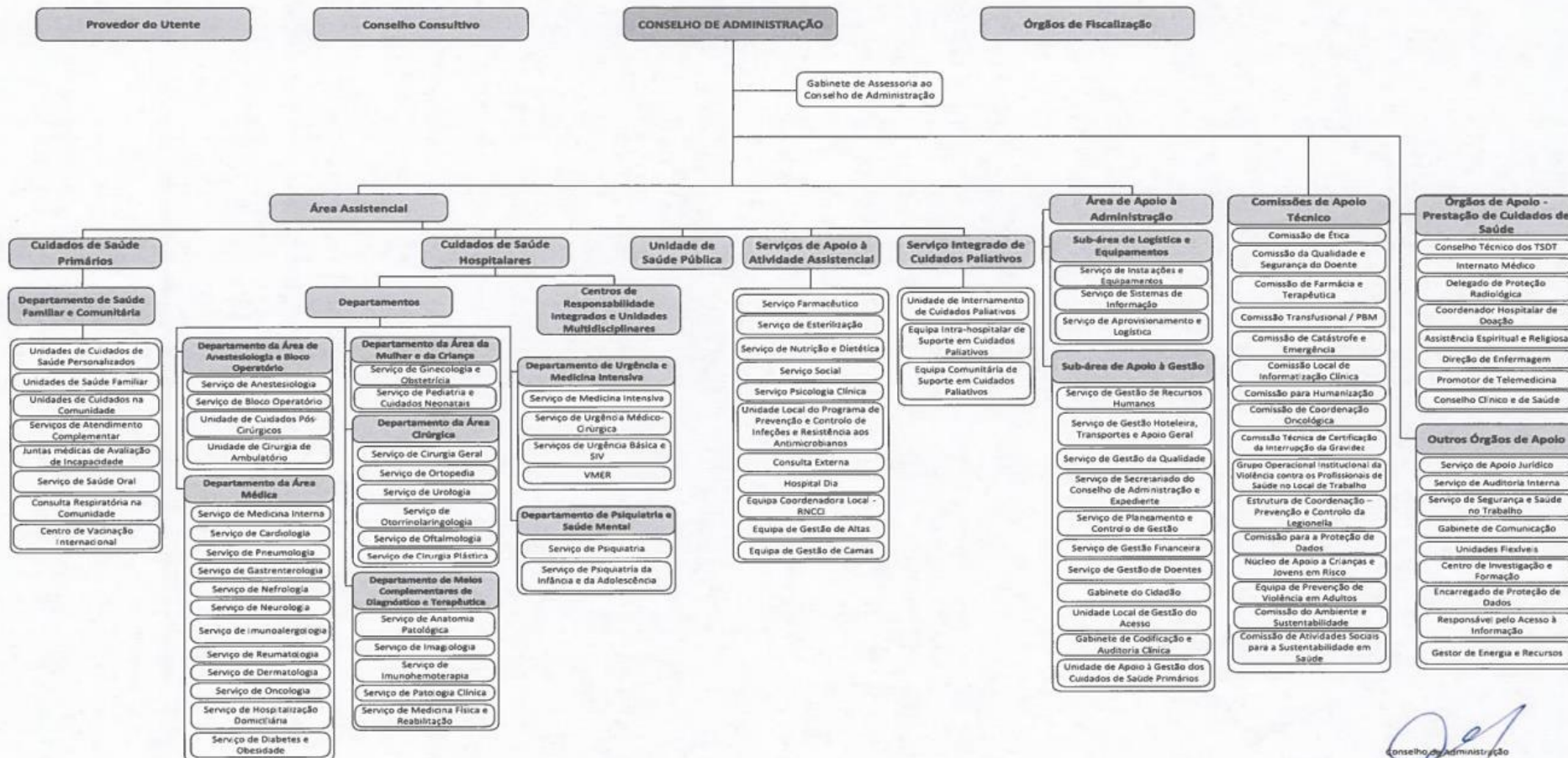
11. Sugestões

ANEXOS

ANEXO I – Organograma da ULSMT

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO, EPE.

Rev. 00
agosto 2024



ANEXO II – Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário

Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAveC)

| Domínio | A | B | C | D | E |
|---|---|--|--|--|---|
| 1. Participação Comunitária | Nem todos os membros e grupos da minha instituição (que deveriam) estão a participar em atividades e reuniões (ex. Grupos de Trabalho sobre adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados). | Os membros da minha instituição participam em reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda. | Os membros da minha instituição estão envolvidos na discussão mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação de projetos. | Os membros da minha instituição estão envolvidos nas decisões no planeamento e implementação de projetos sobre a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros. | A participação na tomada de decisão é mantida. Os membros estão envolvidos em atividades fora da minha instituição. |
| 2. Capacitação de avaliação do problema | Não existe avaliação da problemática da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados desenvolvida em conjunto por estas estruturas aqui representadas. | 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 nos idosos polimedicados. | As estruturas aqui representadas têm competências. Os problemas e as prioridades relacionados com a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados são identificados pelas mesmas. Não envolve a participação de todas as estruturas. | As estruturas aqui identificam problemas, soluções e ações para atuar na adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento das estruturas em conjunto. | As estruturas em conjunto continuam a avaliar a problemática da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados e são as "donas" dos problemas, soluções e ações. |
| 3. Liderança local | Não existem organizações comunitárias (como comissões ou grupos de trabalho), que envolvam todas as instituições aqui representadas relacionadas com a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados. | Existe pelo menos uma organização comunitária que junta todas estas instituições. Esta organização, contudo, não tem identificado um líder. | Existe pelo menos uma organização comunitária que junta todas estas instituições aqui representadas e funciona sob liderança. | Os(s) líder(es) está/estão a desenvolver iniciativas com o suporte da(s) sua(s) organização/organizações. O(s) líder(es) necessita(m) de treino de competências. | O(s) líder(es) tem/têm iniciativa total. Organização/organizações em suporte total. O(s) líder(es) trabalha(m) com grupos externos para ganhar recursos. |
| 4. Estruturas organizacionais | Considerando as pessoas/instituições aqui representadas, não existem estruturas organizativas tais como conselhos/comissões. | Estruturas organizativas foram estabelecidas, a partir das pessoas/instituições aqui representadas), mas não estão ativas. | Existe mais do que uma estrutura organizativa ativa. As estruturas têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa. | Muitas estruturas organizativas estabeleceram ligações umas com as outras dentro desta comunidade. | As estruturas organizativas estão ativamente envolvidas dentro e fora desta comunidade. A comunidade está comprometida com as suas e outras organizações. |
| 5. Mobilização de recursos | Os recursos não estão a ser mobilizados pela comunidade, considerando as instituições aqui representadas. | Apenas as pessoas com mais poder mobilizam os recursos criados pela Comunidade. | A Comunidade tem vindo a aumentar os recursos, mas não há decisão coletiva (de todas as instituições aqui representadas) sobre a sua distribuição. | Os recursos criados são usados para atividades fora desta comunidade. Existe discussão pelas instituições aqui representadas, sobre a sua distribuição mas não são distribuídos com justiça. | São criados recursos consideráveis e a Comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são distribuídos de forma justa. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| 6. Ligações a outros | Não existe qualquer ligação com outras pessoas ou organizações relacionadas com a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, nesta comunidade. | As pessoas/instituições aqui representadas têm ligações informais com outras organizações e pessoas mas não têm um propósito bem definido. | As pessoas/instituições aqui representadas acordaram ligações mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento desta comunidade. | Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento desta comunidade baseado no respeito mútuo por todas as instituições aqui representadas. | As ligações entre as instituições aqui representadas geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para esta comunidade. |
| 7. Capacidade para "questionar porquê" | Não são realizadas discussões em grupo (com as instituições aqui representadas) para questionar o assunto da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados. | São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre o assunto ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados na comunidade e para desafiar o conhecimento adquirido. | Foi criado um grupo para ouvir as pessoas/instituições aqui representadas. Este tem a capacidade para refletir na adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida. | Existe diálogo entre as pessoas/instituições aqui representadas para identificar soluções, testar-se e analisar. Alguma experiência em testar soluções relacionadas com a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados. | As pessoas/instituições aqui representadas têm a capacidade para autoanalisar e desenvolver esforços em conjunto, ao longo do tempo. Isto leva a mudança coletiva. |
| 8. Gestão do programa | Não há (ou desconheço) um programa ou projeto relacionado com a adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados desenvolvido por esta comunidade ou é desenvolvido por um agente externo à comunidade. | É desenvolvido um programa ou projeto por um agente em discussão com a comunidade (onde as pessoas/instituições aqui representadas são envolvidas.) | É desenvolvido um programa ou projeto pela Comunidade, supervisionada por um agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados entre as pessoas/instituições aqui representadas. Papeis e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas. | É desenvolvido um programa ou projeto pela comunidade (com todas as pessoas/instituições aqui representadas), com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvimento de um sentido de pertença destas pessoas/instituições a esta comunidade. | Gestão da Comunidade, independente de um agente externo. A gestão permite responsabilização. |
| 9. Relação com agentes externos | Não existem políticas, finanças, recursos partilhados entre as pessoas/instituições aqui representadas e avaliação de programas relacionados com a adesão ao regime medicamentoso nos idosos | Existem agentes externos no controlo, mas discutem com as pessoas/instituições aqui representadas. Não existe tomada de decisão desta comunidade. O agente atua em representação para produzir resultados. | Agentes externos e pessoas ou membros das instituições aqui representadas tomam decisões conjuntas. O papel do agente externo é mutuamente acordado. | 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. | Os agentes externos facilitam a mudança a pedido da Comunidade que toma as decisões. O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades. |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| | polimedicados, ou existem agentes externos à comunidade no controlo das mesmas. | | | | |
|--|---|--|--|--|--|

Fonte: Adaptado. *Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAVEC)*. Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale, (p. 443). Melo, P., Teixeira, A., Fernandes, C., Ferreira, L. V., Santos, S., Sousa, I., Pereira, A., Ferreira, A., Maciel, C., Pinto, D., Pinto, C., Sousa, S., Cardoso, T., Freitas, C. T. & Dimande, M. (2020)

ANEXO III - Parecer da Comissão de Ética

INFORMAÇÃO PARA DESPACHO

De: Centro de Investigação e Inovação Clínica (CIIC) N.º: 05/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 | DESPACHO |
|--|---|
| <p>Visto Piedade Pinto 11/12/24</p> <p>Enfermeira Diretora Piedade Pinto</p> | <p>ULS MÉDIO TEJO, E.P.E. 11/12/24</p> <p>Em reunião do Conselho de Administração deliberou-se, por unanimidade, aprovar o estudo proposto.</p> <p>Presidente do Conselho de Administração Casimiro Ramos</p> <p>Diretor Clínico Carlos Luís Louzada</p> <p>Vogal Executivo Carlos Gil</p> <p>Enfermeira Diretora Piedade Pinto</p> <p>Diretor Clínico CSP Flávio Ribeiro</p> |

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

Assinado por: Ana Rita Borges da Costa Reis
Num. de Identificação: 11681816
Data: 2024.12.11 16:42:49+00'00'

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO, E. P. E.
Unidade Hospitalar de Abrantes: Largo Eng.º Bioscais, 2200-202 Abrantes | Unidade Hospitalar de Tomar: Av. Maria de Lourdes de Mello e Castro - Apartado 118, 2304-909 Tomar | Unidade Hospitalar de Torres Novas: Av. Xanana Gusmão, 2350-399 Torres Novas
Telefone: 249 810 100

Email: geral@ulsm.t.min-saude.pt www.chmt.min-saude.pt

PARECER TÉCNICO Nº44 /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 - Dr. Pedro Melo - Enª 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 Almourol. Serão utilizados questionários, encontrando-se o consentimento informado adequado ao pretendido.

Entende a CES emitir parecer favorável.

P'la Comissão de Ética

Pedro Almeida

Presidente da Comissão de Ética

27/11/2024

Comissão de Ética:

Ana Ramos; Bernardo Mira; Domingos Sanca; Inês Vieira; Irene Costa; Jorge Arcanjo; Pedro Almeida; Rui Tereso; Sérgio Baptista



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

De Joana Rita Cambé Duque <joana.duque@ulsm.min-saude.pt>

Data seg, 18/11/2024 10:14

Para Ana Rita B Costa Reis <rita.reis@ulsm.min-saude.pt>; Comissão de Etica do Centro <comissao.etica@ulsm.min-saude.pt>

Cc Centro Investigacao e Inovacao Clinica <Ciic@ulsm.min-saude.pt>; Nuno Miguel Leitao Júlio <nuno.leitao@ulsm.min-saude.pt>

Bom dia Dr.ª Rita,

- 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

Joana Duque

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@ulsm.min-saude.pt | www.chmt.min-saude.pt

De: Ana Rita B Costa Reis <rita.reis@ulsm.min-saude.pt>

Enviada: 13 de novembro de 2024 14:24

Para: Comissão de Etica do Centro <comissao.etica@ulsm.min-saude.pt>; dpo@chmt.min-saude.pt <dpo@ulsm.min-saude.pt>

Cc: Centro Investigacao e Inovacao Clinica <Ciic@ulsm.min-saude.pt>

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

Boa tarde,

ANEXO IV – I Seminário Internacional de Enfermagem Comunitária



APEEEC - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem Comunitária

CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Sofia Mendes Pereira Mateus Morais participou no **I Seminário Internacional de Enfermagem Comunitária**, realizado dia 6 de junho de 2024, com a duração de 4 horas, organizado pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária.

Lisboa, 15 de junho de 2024

A Comissão Organizadora

ANEXO V – Encontro sobre “Envelhecimento ativo”

ENCONTRO
**ENVELHECIMENTO
PROTEGIDO**

18 OUT 2024
Coimbra

SPSP



SOCIEDADE PORTUGUESA
DE SAÚDE PÚBLICA
Portuguese Society of Public Health

Certifica-se que Ana Sofia Mendes Pereira Mateus Morais participou no Encontro Envelhecimento Protegido, organizado pela Sociedade Portuguesa de Saúde Pública, no dia 18 de outubro de 2024, em Coimbra.

Secretário-Geral
Assinado por: **João José de Morais Joaquim**
Num. de identificação: 08530412
Data: 2024.11.08 10:38:54+00'00'
Localização: SPSP - Lisboa



A Direção,

GSK

sanofi



CÂMARA MUNICIPAL
COIMBRA

ORQUESTRA
CLÁSSICA
DOCENTRIO

ANEXO VI – Questionário de avaliação do Processo Comunitário aplicado aos participantes 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 Pedro Melo. Este projeto tem como colaboradoras responsáveis Ana Carina Silva Cabecinhas e Ana Sofia Mendes Pereira Mateus Morais, sob orientação da Prof^a 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 Pedro Melo, MAIEC Lab – NursID-CINTESIS | Contacto Tlm: 916725122 | endereço eletrónico: pedromelo@esenf.pt

As colaboradoras responsáveis localmente,

Ana Carina Silva Cabecinhas e Ana Sofia Mendes Pereira Mateus Morais | Contactos Tlm: 915506789 e 917837094 | endereço eletrónico: carinacabecinhas95@gmail.com e asmmorais@gmail.com.

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.

ANEXO VII - Questionário de avaliação do processo Comunitário aplicado aos participantes profissionais de saúde



**QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO
DO PROCESSO COMUNITÁRIO**

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

QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DO PROCESSO COMUNITÁRIO

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 Pedro Melo. Este projeto tem como colaboradoras responsáveis Ana Carina Silva Cabecinhas e Ana Sofia Mendes Pereira Mateus Morais, 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.

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.

Liderança Comunitária

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nenhum conhecimen
to

Especialista no assunt
o

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

1. Num curso - indique qual;
2. Numa ou mais formações - enumere até 3;
3. Num congresso ou encontro - enumere até 3;
4. Em livros e fontes de formação pessoal (por exemplo tutoriais na internet) - indique quais;
5. Outros - especifique. *

Introduza a sua resposta

3. Qual o nível de conhecimentos que considera ter sobre o Empoderamento Comunitário na adesão ao regime medicamentoso dos idosos polimedicados? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nenhum conhecime
nto

Especialista no assunt
o

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

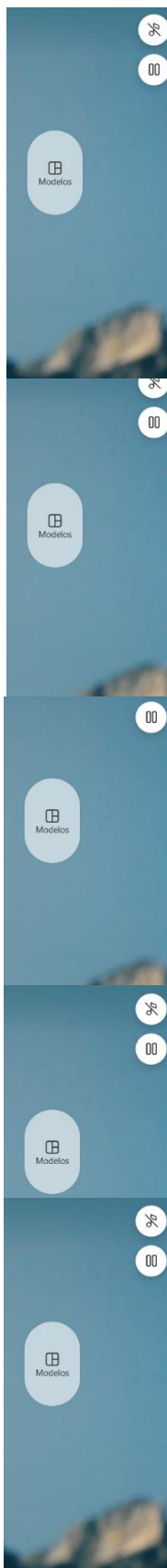
- Sim
- Não

5. 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)

Introduza a sua resposta

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

- Sim
- Não



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

- Sim
- Não

8. **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

9. **Considera possuir conhecimentos necessários para promover o empoderamento comunitário na adesão ao regime medicamentoso dos idosos polimedicados? ***

- Sim
- Não

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

- Sim
- Não

11. **Se respondeu não na questão anterior, quais as necessidades formativas que considera necessitar?**

Introduza a sua resposta

12. **Considera que um projeto que promova o empoderamento comunitário na adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados, resultará em ganhos em saúde? ***

- Sim
- Não

13. **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

14. **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

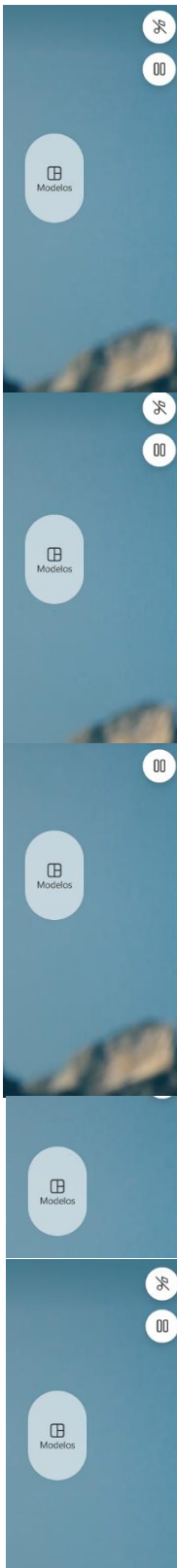
15. **Que importância considero ter um projeto na área da adesão ao regime medicamentoso nos idosos polimedicados: ***

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Nada importante

Extremamente import
ante





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

1. Não é relevante para a minha vida;
2. Não vai acrescentar valor;
3. Não está alinhado com os meus valores pessoais;
4. Outros - indique quais.

Introduza a sua resposta

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

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Nada motivado/a

Extremamente
motivado/a

18. Se respondeu um **valor igual ou menor a 5** na questão anterior, que fatores considera **potenciar a sua baixa motivação (indique a opção):**

1. Falta de tempo;
2. Falta de recursos humanos;
3. Falta de recursos materiais - Indique até três que considera mais importantes;
4. Falta de recursos financeiros;
5. Outros - Indique quais.

Introduza a sua resposta

Secção 2

Participação Comunitária

19. **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

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

Introduza a sua resposta

21. **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? ***

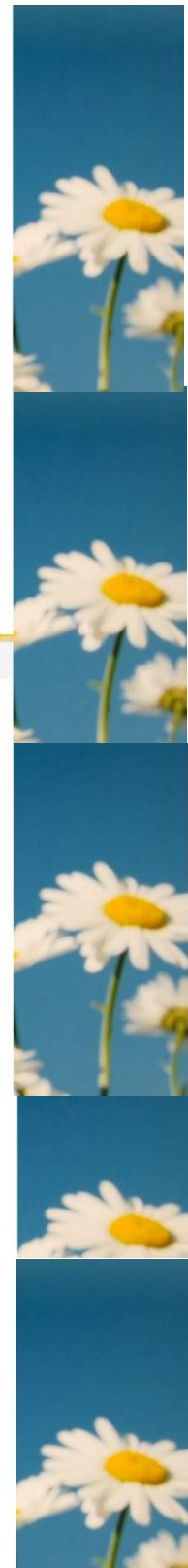
- Sim
- Não

22. **Se respondeu sim indique que parceria(s):**

Introduza a sua resposta

23. **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





24. Se respondeu **sim** indique que estratégias de comunicação existem?

Introduza a sua resposta

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

Introduza a sua resposta

Secção 3

Coping Comunitário

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

- Sim
 Não

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

Introduza a sua resposta

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

- Sim
 Não

29. 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"). Indique os seguintes itens:
- Formação;
- Contexto (ex. nome do curso ou formação em serviço);
- Há quanto tempo. *

Introduza a sua resposta

30. 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

31. Justifique a sua resposta de forma sucinta: *

Introduza a sua resposta

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

Introduza a sua resposta



ANEXO VIII – Apresentação da sessão com o grupo focal para avaliação do Empoderamento Comunitário

EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO NOS IDOSOS POLIMEDICADOS PARA A ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO

Ana Carina Cabecinhas | Ana Sofia Morais

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

janeiro | 2025

QUEM SOMOS



Ana Carina Cabecinhas
Enfermeira
7 anos



Ana Sofia Morais
Enfermeira
27 anos

Ana Carina Cabecinhas | Ana Sofia Morais

- Envelhecimento populacional
- Aumenta 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 e uma
 - 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 referenciação 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 polimedificados, 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 polimedificados 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 da minha instituição (que deveriam) estão a participar em atividades e reuniões (ex. Grupos de Trabalho 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. Existem 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 competências. Os problemas e as prioridades relacionados com a adesão ao regime medicamentoso são identificados 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 polimedicados

A Não existem organizações comunitárias (como comissões ou grupos de trabalho), que envolvam todas as instituições aqui representadas relacionadas com a adesão ao regime medicamentoso.

B Existe pelo menos uma organização comunitária que junta todas estas instituições. Esta organização, contudo, não tem identificado um líder.

C Existe pelo menos uma organização comunitária que junta todas estas instituições aqui representadas e funciona sob liderança.

D O(s) líder(es) está/estão a desenvolver iniciativas com o suporte da(s) sua(s) organização/organizações. O(s) líder(es) necessita(m) de treino de competências.

E O(s) líder(es) tem/têm iniciativa total. Organização/organizações em suporte total. O(s) líder(es) trabalha(m) com grupos externos para ganhar recursos.

(Melo, 2020)

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

A Considerando as pessoas/instituições aqui representadas, não existem estruturas organizativas tais como conselhos/comissões.

B Estruturas organizativas foram estabelecidas, a partir das pessoas/instituições aqui representadas, mas não estão ativas.

C Existe mais do que uma estrutura organizativa ativa. As estruturas têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa.

D Muitas estruturas organizativas estabeleceram ligações umas com as outras dentro desta comunidade.

E As estruturas organizativas estão ativamente envolvidas dentro e fora desta comunidade. A comunidade está comprometida com as suas e outras organizações.

(Melo, 2020)

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

A Os recursos não estão a ser mobilizados pela comunidade, considerando as instituições aqui representadas.

B Apenas as pessoas com mais poder mobilizam os recursos criados pela Comunidade.

C A Comunidade tem vindo a aumentar os recursos, mas não há decisão coletiva (de todas as instituições aqui representadas) sobre a sua distribuição.

D Os recursos criados são usados para atividades fora desta comunidade. Existe discussão pelas instituições aqui representadas, sobre a sua distribuição mas não são distribuídos com justiça.

E São criados recursos consideráveis e a Comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são distribuídos de forma justa.

(Melo, 2020)

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

A Não existe qualquer ligação com outras pessoas ou organizações relacionadas com a adesão ao regime medicamentoso, nesta comunidade.

B As pessoas/instituições aqui representadas têm ligações informais com outras organizações e pessoas mas não têm um propósito bem definido.

C As pessoas/instituições aqui representadas acordaram ligações mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento desta comunidade.

D Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento desta comunidade baseado no respeito mútuo por todas as instituições aqui representadas.

E As ligações entre as instituições aqui representadas geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para esta comunidade.

(Melo, 2020)

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 desafiar o conhecimento adquirido.

C Foi criado um grupo para ouvir as pessoas/instituições aqui representadas. Este tem a capacidade para refletir a adesão ao regime medicamentoso, definindo as suas ideias e ações. Tem habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.

D Existe diálogo entre as pessoas/instituições aqui representadas para identificar soluções, testar-se e analisar. Alguma experiência em testar soluções relacionadas com a adesão ao regime medicamentoso.

E As pessoas/instituições aqui representadas têm a capacidade para autoanalisar e desenvolver esforços em conjunto, ao longo do tempo. Isto leva a mudança coletiva.

(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 é 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 pela Comunidade, supervisionada por um agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados entre as pessoas/instituições aqui representadas. Papéis e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas.

D É desenvolvido um programa ou projeto pela comunidade (com todas as pessoas/instituições aqui representadas), com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvimento de um sentido de pertença 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 e avaliação de programas relacionados com a adesão ao regime medicamentoso, ou existem agentes externos à comunidade no controlo das mesmas.

B Existem agentes externos no controlo, mas discutem com as 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.

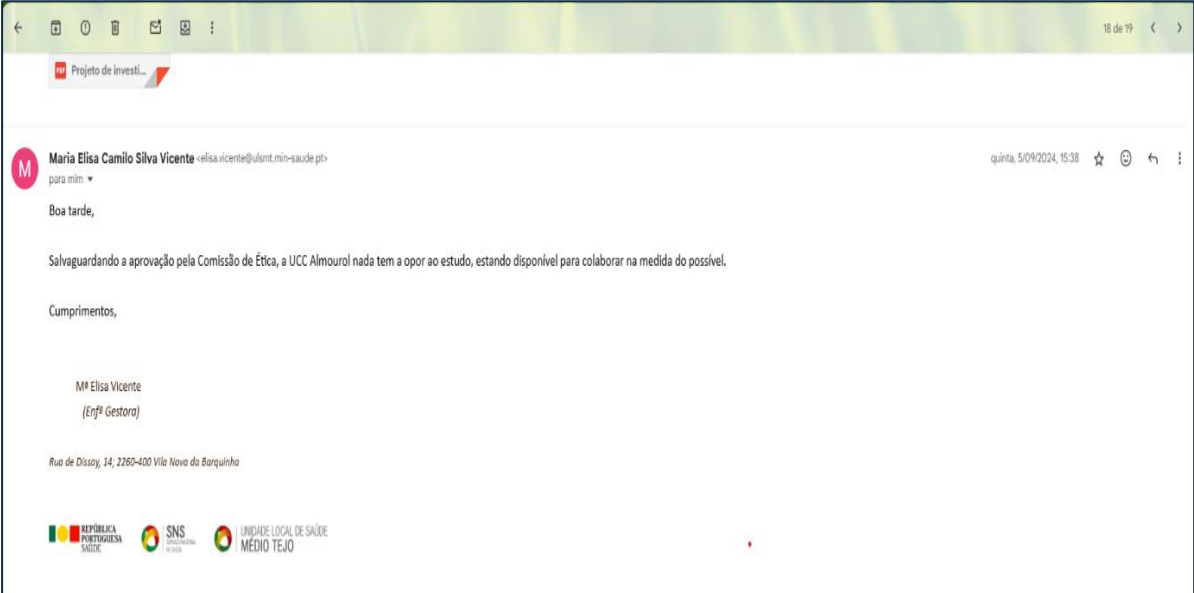
(Melo, 2020)



Algumas fotos da sessão:

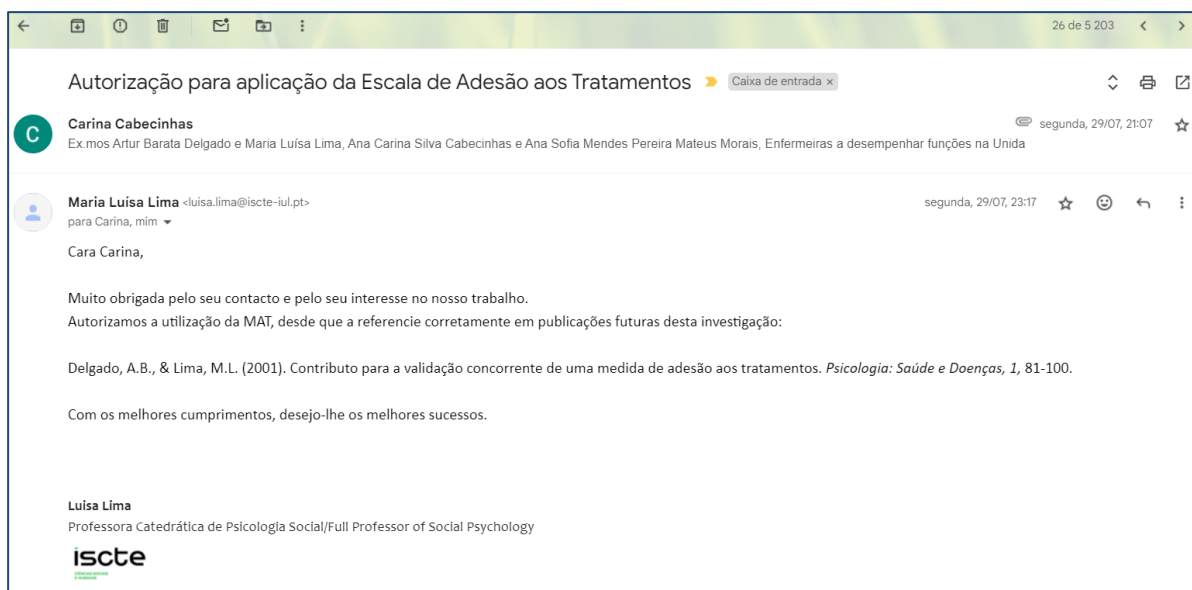


ANEXO IX – Parecer da UCC do Almourol

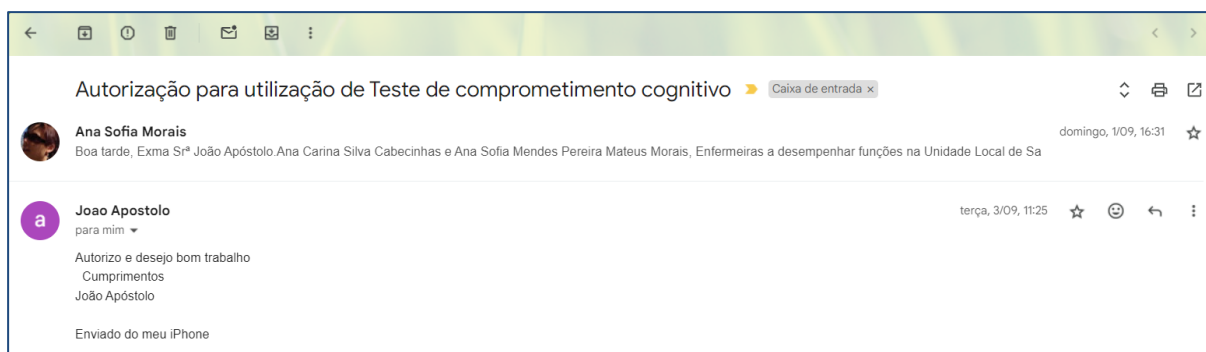


ANEXO X – Autorização para utilização das escalas

Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)



Teste do Declínio Cognitivo:



ANEXO XI – Autorização para utilização do MAIEC e EAveC

← 📁 🕒 🗑️ 📧 📎 ⋮ 22 de 31 < >

P **Pedro Melo** <pedromelo@esenf.pt>
para mim, Carina ▾ 28/08/2024, 16:29 ☆ 😊 ↶ ⋮

Estimadas Enfermeiras Ana Carina Silva Cabecinhas e Ana Sofia Mendes Pereira Mateus Morais,
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

Pedro Melo, PhD, CHNS, RN
Professor Adjunto
Investigador Integrado (CINTESIS@RISE)
Adjunct Professor (ESEP)
Integrated Researcher (CINTESIS@RISE)
Email: pedromelo@esenf.pt
Telef +351 22 507 35 00

→ [ORCID - 0000-0002-0005-6384](#)
→ [SCOPUS-ID- 57221077632](#)
→ [CIENCIA VITAE](#)