

**V Curso de Mestrado Enfermagem**  
**Ramo: Gestão de Unidades de Saúde**  
**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Helena Arco**  
**Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Coordenadora Graça Gama**

# **Gestão do Regime Terapêutico em Contexto Domiciliário para uma Melhor Qualidade dos Cuidados**

**Lurdes Maria Pãozinho Baía**

**setembro  
2018**



**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**



**V Curso de Mestrado Enfermagem**  
**Ramo: Gestão de Unidades de Saúde**  
**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Helena Arco**  
**Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Coordenadora Graça Gama**

# **Gestão do Regime Terapêutico em contexto domiciliário para uma Melhor Qualidade dos Cuidados**

**Lurdes Maria Pãozinho Baía**

**setembro  
2018**

*Acho que os sentimentos se perdem nas palavras.  
Todos deveriam ser transformados em ações,  
em ações que tragam resultados.*

***Florence Nightingale***

## **AGRADECIMENTOS**

Na elaboração do Relatório, tive oportunidade de referir que, apesar do processo solitário a que qualquer investigador está destinado, reúne contributos de várias pessoas. Desde o início do mestrado, a confiança e o apoio de inúmeros indivíduos e instituições estiveram presentes. Sem estes contributos, a presente investigação não teria sido possível. À Professora Doutora HA, orientadora do Relatório e ao Prof. Coordenadora GG, agradeço o apoio, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o trabalho. Acima de tudo, obrigada por me continuarem a acompanhar nesta caminhada e por estimularem o meu interesse pelo conhecimento e pela vida académica.

A todos, obrigada pela oportunidade de aprender e contribuir. Aos elementos da equipa multidisciplinar, assistente social, médico e enfermeiros, que prescindiram de algum do seu precioso tempo para responder ao questionário e aos responsáveis organizacionais que autorizaram a realização do estudo, a minha profunda gratidão. Um agradecimento especial ao enfermeiro Vogal do Conselho Clínico e de Enfermagem do ACES AC CC, pelo enorme interesse e disposição em colaborar sempre que a sua ajuda foi solicitada. A sua larga experiência e capacidade analítica da realidade comunitária foram particularmente úteis no trabalho de campo levado a efeito em contexto domiciliário.

Estou muito grata a todos os meus familiares pelo incentivo recebido ao longo deste período. Às minhas confidentes, CL e MV, agradeço o tempo e os sorrisos que me dedicaram. O meu profundo e sentido agradecimento a todos quantos contribuíram para a concretização desta etapa profissional, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

## RESUMO

Reconhecemos que a sociedade, e por vezes os próprios, desconhecem as melhores estratégias para adequar as alterações biofísicas e emocionais que vão emergindo com o passar dos anos. Estimamos que uma vida mais longa seja o resultado da evolução das ciências médicas, do investimento social, económico e familiar, contributo associado à sociedade atual, bem como do investimento das políticas de saúde, através da promoção da acessibilidade e equidade ao Serviço Nacional de Saúde.

A qualidade de vida está relacionada com o desempenho dos cuidados de saúde primários, permitindo que a formação contínua ajuste a capacitação dos elementos da equipa multidisciplinar, visando uma melhor e adequada qualidade aos serviços prestados, tendo como referência as políticas de saúde em vigor.

O presente documento estrutura e reflete criticamente sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio realizado no âmbito do V Curso de Mestrado em Enfermagem de Gestão de Unidades de Saúde, em particular no domínio da gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário, sustentadas na metodologia do planeamento em saúde e à luz da Teoria de Avedis Donabedian. Esta é uma temática cada vez mais central, em virtude da inversão da pirâmide etária dos utentes inscritos em Centros de Saúde, em particular no interior do país, e vai também ao encontro dos objetivos delineados pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, publicado no Diário da República N.º 28 de 10 de fevereiro de 2015.

Nos serviços de saúde, o capital humano é fundamental para a eficácia e eficiência dos serviços prestados. Defendemos que a formação tem um papel importante a desempenhar na adequação e organização da qualidade dos cuidados prestados, através do desenvolvimento das competências profissionais e pessoais dos cuidadores, começando pelos enfermeiros. De igual modo, ajustes nos procedimentos e nos documentos de apoio podem contribuir para o aumento da qualidade dos serviços prestados e minimizar os riscos associados à toma dos medicamentos, além de facultar ao utente a informação mais segura, e ainda, através da análise custo-benefício, tornar visível a existência de um racional custo económico.

Palavras-chave: Intervenções de enfermagem – domicílio - regime terapêutico

## **ABSTRACT**

We acknowledge that society, and sometimes people themselves, are unaware of the best strategies to adjust the biophysical and emotional changes that emerge as time goes by. We assume that a longer life is the result of the evolution of medical sciences, of the social, economic and family investment, a contribution associated with modern society, as well as the investment in public health policies, through the promotion of accessibility and equity in the National Health Service.

Quality of life correlates with the performance of primary health care, enabling continuous training to adjust the capacitation of the elements of the multidisciplinary team, with a view to a better and suitable quality of the services rendered, as referred to the health policies in force.

The present document structures and reflect critically on the tasks performed during the internship carried out within the scope of the V Master's Degree Programme in Nursing, Management of Healthcare Units, particularly in the field of the management of the therapeutic regime in the context of homecare, supported by the methodology of health planning and in light of Avedis Donabedian's Theory. This issue is increasingly central, as a result of the inversion of the age pyramid of the users registered in Healthcare Centres, especially in the interior of the country, and meets the objectives drawn up by the National Plan for Patient Safety and Security 2015-2020, coordinated by the Department of Quality in Health of the General-Directorate of Health, published in the Portuguese Official Journal N.º 28 of 10 February 2015.

In health services, human capital is crucial for the efficiency and efficacy of the services rendered. We argue that training has an important role to play in adjusting and organizing the quality of the services rendered, through the development of the professional and personal competencies of the caretakers, starting with nurses. Likewise, adjustments to procedures and support documents can contribute to an increase in the quality of services and minimize the risks associated with taking medicines, as well as provide users with safer information and, also, through a cost-benefit analysis, bring to light the existence of a rational economic cost.

**Keywords:** Nursing interventions- homecare - therapeutic regime

## **LISTA DE SIGLAS**

**AC** – Alentejo Central

**ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde ACES, AC - Agrupamento de Centros de Saúde, Alentejo Central

**ARSA** – Administração Regional de Saúde, Alentejo

**CI** – Cuidador Informal

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CSP**- Cuidados de Saúde Primários

**ECCI** - Equipa de Cuidados Continuados Domiciliários Integrados

**WHO** – World Health Organization ICN – International Council of Nurses ICOPE - Integrated Care for Older People

**INE** -Instituto Nacional de Estatística NUT – Unidade Territorial

**OCDE**- Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PII** – Plano Individual de Intervenção

**PIC** – Plano de Intervenção de Cuidados

**PLS** – Plano Local de Saúde

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**PRS** – Perfil Regional de Saúde

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**RMRNCCI**- Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**UC** – Unidade de Competência

**UF** – Unidade Funcional

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

## ÍNDICE GERAL

<b>ÍNDICE GERAL</b> .....	5
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	6
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	7
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	15
1.1 - O CUIDAR E A QUALIDADE EM SAÚDE.....	15
1.2 - QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO.....	16
1.3 - A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO: PARA UMA MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS.....	20
<b>2- ENQUADRAMENTO PRÁTICO</b> .....	23
2.1 - ANÁLISE DO CONTEXTO.....	23
2.1.1 - Caracterização do meio ambiente – local do estágio.....	23
2.1.2 - Caracterização dos recursos humanos e materiais (físicos).....	25
2.1.3 - A população alvo dos cuidados de enfermagem.....	25
2.2 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	29
2.2.1. – A problemática identificada.....	29
2.2.2. - Os instrumentos de recolha de dados: Entrevista /Observação.....	35
2.2.3. Os procedimentos de análise.....	39
<b>3 - DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS</b> .....	54
3.1 – PRIORIDADES E OBJETIVOS.....	54
3.2 – SELEÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO.....	60
3.3 - EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	64
3.3.1 - As atividades planeadas.....	65
3.3.2. - Avaliação e controlo.....	69
<b>4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS E AS     COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</b> .....	70
<b>CONCLUSÃO</b> .....	75
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	79
<b>ANEXOS</b>	
<b>APÊNDICES</b>	

## ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1. As etapas do processo .....	32
Fig. 2 - Dificuldades com que os profissionais se confrontam no processo de admissão dos utentes .....	40
Fig.3 - Identificar as estratégias desenvolvidas pela equipa junto dos utentes no processo de informação sobre o cumprimento do regime medicamentoso .....	43
Fig. 4 – Identificar dificuldades e prioridades de atuação .....	46
Fig. 5 - Validar a importância da temática para o profissional .....	48
Fig. 6 - Perspetivas de melhoria contínua .....	50
Fig. 7 - Para a centralidade dos cuidados ao utente .....	60
Fig. 8 - Matriz da análise SWOT .....	63

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Número de internamentos evitáveis .....	27
Tabela 2. Objetivo Específico 1, indicadores de execução, atividades e metas .....	56
Tabela 3. Objetivo Específico 2, indicador de execução, atividades e metas .....	56
Tabela 4. Objetivo Específico 3, indicador de execução, atividades e metas .....	57
Tabela 5. Estratégia - Envolvimento dos membros da equipa multidisciplinar que colaboram no processo de recolha da história de vida/clínica e procedem à avaliação da admissão do utente na equipa .....	66
Tabela 6. Estratégia - Elaboração de um plano de informação/formação à equipa, apresentação à equipa a elaboração dos procedimentos de intervenção e registo no sistema informação Sclinico versão 5.6. a propor à Vogal do Conselho Clínico e de Saúde .....	67

## **INTRODUÇÃO**

O presente documento pretende dar a conhecer as atividades desenvolvidas durante o estágio desenvolvido no âmbito do V Curso de Mestrado em Enfermagem de Gestão de Unidades de Saúde, as quais contribuíram para a aquisição de competências específicas na área da Gestão das Unidades de Saúde. Intitulado “Gestão do Regime Terapêutico em contexto domiciliário para uma Melhor Qualidade dos Cuidados”, foi realizado no ACES AC, integrado na Unidade Curricular Relatório de Estágio, inserida no 2º Ano/2º Semestre do curso de graduação acima referido da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre (Anexos 1 e 2).

Este documento propõe-se transmitir o desenvolvimento e conclusões do estágio-projeto de intervenção, através de uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas, permitindo à mestranda a obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem, e competências como Enfermeiro Especialista em Gestão de Unidades de Saúde.

Nesta conjuntura, com a realização deste relatório, a mestranda deve basear a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, que regem a sua conduta académica e profissional.

O relatório deve demonstrar que a mestranda (a partir do Anexo 2):

- É capaz de refletir sobre a execução das diversas atividades e tarefas questionando os processos e os resultados e de atingir o nível de abstração que lhe permita retirar conclusões e orientações com vista à definição da política a implementar, em relação à gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário, para a melhoria dos cuidados prestado ao utente, através da melhoria do processo, tendo em vista a maximização dos resultados;
- É capaz de integrar conhecimentos multidisciplinares e congregar a contribuição de especialistas diversificadas em torno de um problema prático, como propor formação à equipa, aumentando a sua capacitação e conhecimentos para o seu desempenho;
- É capaz de supervisionar projetos visando a resolução de problemas complexos e a implementação de soluções inovadoras. Em relação a esta temática e na abordagem, tendo como base o processo de melhoria continua à luz da Teoria de Avedis Donabedian.

Assim, foi definido como objetivo geral:

*Realizar uma análise crítica do processo de desenvolvimento de competências em enfermagem do Enfermeiro Gestor, tendo como base as atividades realizadas e desenvolvidas pela mestranda ao longo do estágio da especialidade.*

Seguidamente, foram definidos como objetivos específicos:

- Caracterizar as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final;
- Desenvolver atividades no domínio da gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário, em conjunto com a equipa, sustentados na metodologia do planeamento em saúde e à luz da Teoria de Avedis Donabedian.

No ano de 2018, a Organização Mundial de Saúde (OMS) comemorou os seus 70 anos. Esta instituição septuagenária, dedicada ao serviço de todos, tem como objetivo atingir o mais elevado estado de saúde possível para todos os povos, o que considera um dos direitos fundamentais do ser humano, independentemente da raça, género, religião, crença política, padrão económico ou nível social, cumprindo a promessa da cobertura universal de saúde, para garantir que todos, em qualquer lugar, possam ter acesso a serviços de saúde de qualidade sem dificuldades económicas, é uma das suas principais prioridades (WHO – ICOPE, 2018).

Com esse objetivo, seleccionámos como tema fundamental do desenvolvimento do estágio a gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário, para uma melhoria dos cuidados prestados. A gestão do regime terapêutico, enquanto ação auto-iniciada, visa a promoção do bem-estar, baseada numa escolha consciente e dependente da vontade da pessoa (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011). O Plano Nacional de Saúde, com revisão e extensão a 2020 (PNS, 2015), faz referência a valores fulcrais que sustentam o sistema de saúde português, honrando a universalidade, o acesso generalizado, a equidade e solidariedade entre todos os participantes. Prima ainda por cuidados de qualidade baseados na melhor evidência científica nacional e internacional. Além disso, apresenta como referência a maximização de ganhos em saúde, através de um planeamento participativo e envolvente da rede de parceiros comunitários.

Nesta linha de pensamento, o Despacho N°12427/2016 criou um grupo de trabalho interministerial que, em julho de 2017, apresentou a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2018-2025, documento em que se refere que Portugal, à semelhança, aliás, de outros países europeus, manifesta a existência de profundas transformações demográficas caracterizadas, entre outros aspetos, pelo aumento da longevidade

e da população idosa – a esperança de vida atingiu os 77,4 anos para homens e os 83,2 anos para as mulheres (PORDATA, 2016) – associados à redução da natalidade e da população jovem.

Constatamos, então, que a inversão da pirâmide etária dos utentes inscritos em Centros de Saúde (CS) é reflexo do envelhecimento da população, situação que coloca novos desafios a estas entidades, as quais ambicionam o envolvimento da comunidade local, criando uma rede, de visão futurista, que permita combater os fatores cruciais que determinam o aparecimento das doenças não transmissíveis evitáveis (DNT) consideradas prematuras e incapacitantes.

Os idosos, considerados como pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, representam o grupo etário mais representativa da população residente na área de abrangência do Centro de Saúde em que o estágio foi realizado. As características da pessoa enquanto utente na perspetiva biopsicossocial constituem parte integrante de um sistema hierárquico mais complexo, do qual fazem parte as condições socioeconómicas, as condições habitacionais, consideradas no âmbito das políticas de saúde. Com o objetivo de identificar e procurar solucionar os problemas existentes, torna-se necessário delinear estratégias de abordagem às situações e planear atividades que promovam a qualidade de vida e o autocuidado, contributos fundamentais para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Ao longo do ciclo de vida, a debilidade tem como tendência natural a ampliação e a exposição a fatores de risco. Cada pessoa possuiu uma história e um projeto de vida que deverão ser associados à sua história clínica. Por outro lado, as relações intrapessoais, interpessoais e profissionais podem balizar a rede de relações e os estilos de vida praticados. Todos estes elementos condicionam a funcionalidade que poderá intervir ao nível do seu autocuidado.

Os idosos consomem mais medicamentos do que outras faixas etárias e mostram-se mais vulneráveis aos seus efeitos indesejáveis, bem como ao uso desorganizado, e muitas vezes excessivo, de medicação que os expõe a efeitos potencialmente prejudiciais. A sensibilização para a informação e formação atempada e adequada é iniciada aquando da primeira visita realizada em contexto domiciliário, valorizando a gestão do percurso das pessoas ao longo do SNS, contribuindo com intervenções e estratégias que promovam a monitorização do regime medicamentoso, para minimizar os riscos associados ao consumo de medicamentos de venda livre que podem potenciar ou minimizar efeitos adversos, colocando em risco a gestão desse mesmo regime e a segurança do utente.

A implementação dos Planos Individuais de Cuidados (PIC), a nível de cada grupo profissional, e dos Planos Individuais de Intervenção (PII), a nível da equipa multidisciplinar, permite dar resposta às expectativas e desejos dos utentes, por parte da equipa, que assume também, com o utente, um compromisso participativo, que permite o seu envolvimento e responsabilização durante o seu processo de reabilitação funcional.

Como afirmam Paúl e Ribeiro (2012, p. 42), referindo Bates et al. (2002) e Chernoff (2001): “As evidências epidemiológicas permitem concluir, de forma segura, que o risco de inúmeras patologias associadas ao envelhecimento pode ser minimizado por uma intervenção adequada ao nível dos estilos de vida, nomeadamente alimentação, atividade física, entre outras”.

A temática a abordar no estágio surgiu de uma troca de ideias realizada pela equipa de saúde. A gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário para uma melhor qualidade dos cuidados é uma temática que vai ao encontro dos objetivos delineados pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, publicado no Diário da República N.º 28 de 10 de fevereiro de 2015, e cumpre ainda o indicador nº 329 que corresponde à “taxa de resolução da ineficácia/compromisso na Gestão do Regime Terapêutico (GRT)”, associado à doença crónica, contratualizado pelos ACES AC. Sequeira (2010), autor de referência, associa os índices de dependência e articula numa linha de pensamento a necessidade de se considerar inovadoras configurações de assistência que diligenciem a manutenção da qualidade de vida do idoso, de preferência no domicílio.

O estágio realizou-se em dois momentos, ambos inseridos no plano de estudos do V Curso de Mestrado em Enfermagem de Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre. O primeiro, com uma duração de 155 horas, que designarei por Estágio I, decorreu no período compreendido entre 1 de junho e 21 de julho de 2017. Os objetivos delineados pela docente para esta unidade curricular foram que a discente adquirisse as seguintes competências:

- ✓ Identificar os diversos modelos de gestão aplicáveis á área de saúde.
- ✓ Compreender de que forma é possível aplicar as ferramentas tradicionais de gestão das diversas unidades prestadoras de cuidados de saúde.
- ✓ Identificar as diferentes formas de avaliação da performance das unidades prestadoras de cuidados de saúde.

As atividades desenvolvidas para a concretização dos objetivos traçados, permitiram traduzir o desenvolvimento das capacidades de reflexão e análise crítica das experiências de aprendizagem que teve a oportunidade de vivenciar, com a colaboração da equipa de enfermagem da unidade orgânica e da sua orientadora, bem como adquirir competências na área de especialidade de “Gestão de unidades de Saúde”, através da colaboração da Sra. Enfermeira Vogal do Conselho Clínico e de Saúde do ACES AC.

O segundo Estágio, designado por Estágio Final, sobre o qual se debruça este Relatório, realizou-se entre 18 de setembro de 2017 e 2 de fevereiro de 2018, num período que correspondeu a 311 horas, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Coordenadora Graça Gama e supervisão da Enf<sup>a</sup>. Vogal do Conselho Clínico e de Saúde do ACES AC. Neste período de formação e prática, houve a possibilidade de adquirir competências na área da gestão de um centro de saúde da região Alentejo.

No Estágio I, a receção e integração na equipa tornou-se facilitador da atitude empreendedora que todos os elementos da equipa demonstraram. Procedemos à colaboração em todas as atividades detalhadas no plano de ação do Centro de Saúde, das quais destacamos o Programa Nacional de Saúde Escolar, a constituição do Núcleo de Crianças e Jovens em Risco, a participação em reuniões da equipa, reuniões de trabalho com a equipa do Rendimento Social de Inserção, e Rede Social ou projetos de intervenção comunitária, em parceria com a autarquia, e das visitas domiciliárias no âmbito da Rede Nacional dos Cuidados Integrados (RNCCI).

O Estágio Final decorreu sem intercorrências, e teve como metodologia o planeamento em saúde, procedendo-se de acordo com as atividades planeadas pela equipa.

No decurso das semanas em que se desenvolveu o Estágio Final, foram realizadas várias atividades, de entre as quais se salientam as visitas em contexto domiciliário, tendo sido possível realizar o processo de admissão dos utentes na equipa. Do processo da admissão, faz parte a elaboração da história de vida/clínica e a aplicação de diversos instrumentos de avaliação para posterior registo. Durante esta etapa, confirmou-se a inexistência de registos que fundamentassem devidamente as intervenções/ações realizadas, assim como a analogia entre a capacidade e o conhecimento para a autogestão.

Existe o manifesto interesse e a necessidade de que seja reforçada a comunicação eficaz de informação sobre a medicação da pessoa, aquando da admissão na equipa, apoiando o profissional de saúde na reconciliação terapêutica. A reconciliação terapêutica é um processo de verificação da lista completa da medicação de cada doente, que deverá ser realizada sempre

que existe uma nova prescrição de medicação, através da confrontação da prescrição atual de medicamentos face à já existente (DGS,2014). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a reconciliação terapêutica nas admissões, nas transferências entre as unidades funcionais e no momento da alta. Constata-se, que perante este procedimento, permite reduzir o esquecimento, a duplicação ou a indicação incorreta de medicação nas transferências de cuidados e, reduzir, assim, os episódios com o regime medicamentoso.

O projeto desenvolvido no âmbito Estágio Final visou sustentar o planeamento fundamentado pelos Programas Nacionais, fracionados em projetos de intervenção comunitária no âmbito da promoção e prevenção do estado de saúde dos utentes e população da área de abrangência do Centro de Saúde, condicionado pelos diversos contextos ambientais e persuadidos por fatores intrínsecos e extrínsecos.

Retendo no horizonte as competências do enfermeiro gestor, e tendo em vista descrever e refletir sobre todo o processo investigado e executado, constituímos o presente relatório de estágio, o qual se encontra dividido em três partes.

No primeiro capítulo, constituído por três alíneas, é feita a revisão da literatura, expondo-se a conceptualização da problemática que escolhemos trabalhar. Na primeira alínea, são abordados os conceitos essenciais em torno dos quais são efetivadas as intervenções, nomeadamente, o cuidar, a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados em contexto domiciliário, tendo como perspetiva a gestão do regime terapêutico. Damos especial destaque à teoria de Avedis Donabedian em relação à melhoria dos processos, traduzindo-se na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o que serviu de suporte à concretização das intervenções. Na segunda alínea, expõem-se as linhas de força da qualidade e da segurança nos cuidados de enfermagem, considerando as diretivas e legislação nacionais e internacionais que enquadram e estruturam estas preocupações. Por fim, na terceira alínea, considera-se aquele que é o enfoque principal do trabalho e da reflexão realizados para efeitos deste Relatório de Estágio: a gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário.

O segundo capítulo, que se reporta à conjuntura prática do terreno, visa apresentar a análise do contexto e o diagnóstico de situação, tendo por base a problemática identificada anteriormente. É igualmente composto por três alíneas: procedeu-se à caracterização do meio físico que se efetuou o estágio, dos recursos humanos e materiais disponíveis, e da população-alvo dos cuidados de enfermagem.

No terceiro capítulo, procedeu-se ao diagnóstico de situação. É abordada a temática do planeamento em saúde e a sua importância para a prática de enfermagem ao nível da gestão das unidades de saúde. São apresentados os instrumentos de recolha de informação que complementaram a observação direta e a prática da estagiária. Em conclusão deste capítulo são apresentadas as propostas de melhoria dos documentos de apoio à atividade dos enfermeiros em contexto de gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário, visando aumento da qualidade do serviço prestado e satisfação, tanto dos utentes, como dos cuidadores, e dos técnicos de saúde envolvidos no processo.

No quarto capítulo, realizamos uma reflexão sobre o percurso formativo e as competências adquiridas e desenvolvidas como enfermeiro especialista na área da Gestão de Unidades de Saúde, bem como sobre as competências adquiridas e desenvolvidas que a habilitam à obtenção do grau de mestre.

Por fim, apresenta-se uma nota conclusiva e a bibliografia que serviu de sustentação à elaboração deste relatório, assim como os anexos e apêndices que foram fundamentais para a sua elaboração e que constituem evidências documentais do trabalho realizado no âmbito do Estágio Final.

O presente relatório de estágio está redigido de acordo com as indicações do Regulamento de Estágio Final e Relatório dos Mestrados em Enfermagem. A sua redação e formatação procurou ir ao encontro das “Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos” definidas pela Escola Superior de Saúde de Portalegre (ESSP) do Instituto Politécnico de Portalegre (IPP) (Reis do Arco, 2010). Para as referências bibliográficas, são seguidas as normas APA.

## 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1 - O CUIDAR E A QUALIDADE EM SAÚDE

Parece-nos adequado começar por definir o que se entende por saúde. De acordo com a DGS (2018), a saúde é um recurso da vida diária e não apenas um objetivo a atingir, traduzida por uma conceção positiva que considera os recursos sociais e individuais, assim como as capacidades físicas. (Cf. Organisation Mondiale de la Santé. Glossaire de la promotion de la santé. Genève, 1999)

Melhorar os cuidados de saúde prestados à população é um dos objetivos do SNS conforme expresso no Plano Nacional de Saúde<sup>1</sup> com revisão e extensão a 2020, no qual se define qualidade em saúde:

“como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão, o que implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível” (Direção Geral de Saúde, 2015, p.16).

A proximidade do elemento da equipa ao utente e ao cuidador no seu contexto de vida exige uma capacidade adaptativa constante às situações com que se depara no seu dia-a-dia quando alvo de cuidados, tornando-se fulcral envolver a família/ cuidador no processo. Durante a realização da visita, o enfermeiro, além da disponibilidade demonstrada, encaminha as atividades/intervenções através de práticas demonstrativas com habilidades visando uma melhor perceção e retenção da informação disponibilizada, bem como alterar ou adequar comportamentos através da capacitação.

“Cuidar” enquadra-se em qualquer pessoa que auxilie outra a garantir o que lhe é necessário para garantir a continuidade da sua vida (Coliére, 1999). A enfermagem experiencia uma construção interativa e persistente entre a pessoa e o meio, afetada pelo conjunto de saberes do enfermeiro e a sua utilização no processo de cuidar do outro.

---

<sup>1</sup> O Plano Nacional de Saúde é um instrumento estratégico que permite o alinhamento das políticas de saúde, de forma coerente e fundamentada, com o objetivo de maximização dos ganhos em saúde para a população portuguesa.

A melhoria da qualidade dos cuidados prestados baseia-se ainda no acesso a eles, em tempo útil (na perspetiva do utente); noutra vertente, a eficácia das intervenções baseia-se numa metodologia de planeamento em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do SNS.

O procedimento realizado pela arte de cuidar do outro é, segundo Hesbeen (2004), o modo como os nossos gestos são interpretados durante a realização de uma determinada intervenção. Ao utilizarmos a palavra ‘cuidar’ não denotamos somente as ações desenvolvidas (Grilo, 2014), mas uma hierarquia construtiva que “permite representar simultaneamente uma compreensão filosófica e uma atitude prática”, perante o “sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica” (Ayres, 2004, p.74).

O colossal consumo de medicamentos observado pelos técnicos, quando confrontados com a existência de diversas embalagens armazenadas em sacos, apresentados à equipa, solicitando orientação e auxílio, é fator de preocupação recorrente de todos os intervenientes. Perante o exposto, notamos a existência de fármacos prescritos por diversos clínicos, medicamentos não sujeitos a receita médica, consumidos em regime de automedicação, adquiridos na farmácia comunitária, e embalagens de comprimidos que visualizamos em anúncios publicitários. A sua ingestão representa um processo regular e sistemático, de toma diária, sendo-lhes reconhecidas inúmeras vantagens, como sejam sensação de bem-estar e confiança, para a adesão. Na perspetiva dos profissionais, porém, constituem um risco, particularmente por desconhecimento da possibilidade da existência de interações.

## 1.2 - QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

A segurança dos doentes constitui, assim, um desafio para a equipa, sendo a prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Ministério da Saúde, 2015a), através da implementação do Plano Nacional de Segurança do Doente, surgindo como objetivo o aumento da segurança na utilização da medicação (Ministério da Saúde, 2015b). A diminuição da prevalência de incidentes implica a implementação de medidas preventivas a nível estrutural e processual, prevendo mutações organizacionais e comportamentais cujos resultados se ambicionam a nível dos resultados alcançados (Ministério da Saúde, 2015b). Não conseguimos, por isso, utilizar uma linguagem que estruture as medidas de segurança do medicamento sem abordar em primeira linha a cultura de segurança do utente.

No quinto capítulo da obra *Governança dos Hospitais*, intitulado “Gestão do conhecimento, inovação e governação clínica”, Constantino Sakellarides (2009) escreve: “A

governança clínica é por excelência um processo de integração de capacidades e competências visando obter melhores resultados para os doentes” (p.108).

Donabedian (1993) lembra que é importante avaliar a qualidade no setor da saúde para identificar o que é mais efetivo e eficiente em termos de cuidados de saúde, porque o conhecimento científico e as competências adquiridas encontram-se interrelacionados com a qualidade dos cuidados prestados.

Consideramos que a monitorização das atividades realizadas através da interoperabilidade dos sistemas de informação será um fator facilitador a nível da supervisão e controlo que indicam a qualidade das ações realizadas. A uniformização de processos nos sistemas de informação permite uma monitorização e avaliação, expressas em indicadores de desempenho assistencial que apoiam os gestores na tomada de decisão, os quais se revelam elementos imprescindíveis para a avaliação que permitem averiguar a eficácia de determinado procedimento em concordância com os meios alocados.

No Plano Nacional de Saúde 2012-2016, encontramos conceitos que consideramos ser pertinentes enunciar, para melhor compreendermos a sua leitura. Os indicadores de desempenho não são mais do que instrumentos de medida que refletem as dimensões a nível do desempenho do CS, nas vertentes da aceitabilidade, acesso, qualidade, capacitação, integração de cuidados, efetividade, eficiência e segurança. Assim, o indicador de estado de saúde possibilita a análise do estado de saúde de uma população em dimensões como a mortalidade, a morbilidade, a incapacidade e o bem-estar. Na abordagem e focagem destes indicadores efetiva-se a qualidade dos cuidados prestados pela equipa através de um processo de melhoria contínua, após a realização do diagnóstico de situação, à luz do planeamento em saúde, e não negligenciando o equilíbrio de custo-benefício.

D’Innocenzo M, Adami e Cunha, I (2006), consagram Donabedian (1990) como um perito que alargou o conceito de qualidade, aplicando a noção de existirem sete pilares da qualidade:

- a eficácia<sup>2</sup>
- a efetividade<sup>3</sup>
- a eficiência<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup>O melhor que se pode fazer, dado o estado do doente.

<sup>3</sup>Melhoria na saúde, alcançada nas condições existentes.

<sup>4</sup>A medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada.

- a otimização<sup>5</sup>
- a aceitabilidade<sup>6</sup>
- a legitimidade<sup>7</sup>
- a equidade<sup>8</sup>.

Curiosamente, Donabedian (1990) recomendou a aplicação de uma tríade, que representasse não mais do que um processo estratégico para promoção da melhoria de estrutura, de processo e de resultados, para avaliar e utilizar na garantia da qualidade dos cuidados prestados. Em síntese, o sistema de governação clínica permite coordenar os recursos de saúde disponíveis com as decisões sobre os contextos e os métodos utilizados, tendo por base a reflexão de que o alvo destes procedimentos seja o utente e a sua segurança (Campos, 2009).

No elemento "**estrutura**" incluímos os constituintes mais específicos e relativamente mais estáveis e necessárias ao processo assistencial, como os recursos humanos (item no qual consideramos as dotações seguras, categorias e qualificações profissionais). Sob recursos físicos, consideramos as condições habitacionais e as barreiras arquitetónicas que encontramos e adequamos, assim como os veículos de transporte que permitem circular e prestar os cuidados em contexto domiciliário. Como recursos materiais, consideramos os sistemas de informação aplicados à monitorização da prestação de cuidados e ainda as NOCs (Normas de Orientação Clínica), cuja utilização prática traduz as políticas de saúde e os contextos organizacionais vigentes.

No elemento "**processo**" incluímos as atividades que integram o cuidado à saúde e envolvem a interação dos elementos da equipa multidisciplinar e da população observada, tendo como perspetiva os padrões técnico-científicos, aplicáveis à utilização da metodologia do planeamento.

No elemento "**resultado**" apresentamos as modificações ocorridas no estado de saúde dos utentes alvos dos cuidados prestados pela equipa. Aqui, consideramos a melhoria da funcionalidade, a recuperação ou a manutenção da necessidade de continuidade dos cuidados, o grau de satisfação e motivação do utente e do profissional, através da inter-relação

---

<sup>5</sup> Relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos.

<sup>6</sup> Sinónimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos doentes e de suas famílias.

<sup>7</sup> Aceitabilidade do cuidado e da forma como é percebido pela comunidade.

<sup>8</sup> Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população.

estabelecida. Subsistem resultados como as atitudes e a satisfação, que não são passíveis de ser medidas com precisão (D’Innocenzo et al, 2006).

Perante a possibilidade de existir uma atitude reflexiva e pretendida ao nível da inovação na equipa do CS, consideramos que:

“De facto, a qualidade na saúde tem algumas características que a diferenciam de outros sectores: Trata-se de satisfazer e diminuir as necessidades, e não de responder à procura oferecendo mais; É proactiva para prevenir e dar resposta, e não para a procura de novas oportunidades de mercado; Tem de reunir integradamente, como atributos, a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade” (Pisco & Biscaia, 2001, p.43).

Olhamos para a abordagem de cuidados em contexto domiciliário e constatamos que exige uma estratégia de intervenção reflexiva e qualificada. Legitimamos um planeamento na mobilização de competências específicas de atitudes inter-relacionais que apontam para a consolidação das atividades interdependentes e autónomas, com responsabilidade e conhecimentos técnicos e científicos.

Tudo isto em conformidade com o plano de desenvolvimento da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados 2012-2016, que reflete e encaminha com a mensagem:

“Aconselha se, pois, que a comunidade seja o contexto singular dos cuidados ao doente. Tal conjectura observa a casa da cada pessoa, como o seu contexto de vida e a sua família como o contexto sociofamiliar de referência, sendo aí que cada um deve preferencialmente permanecer. Isto transforma a casa de cada pessoa como o centro dos cuidados”. (Escoval, 2014, p.12)

Verificamos a existência de recursos na comunidade que contribuem para a diminuição dos dias de internamento nível hospitalar, a prestação de cuidados em contexto domiciliário que associam conforto, disponibilidade e a continuidade necessária na integração de cuidados, onde se pretende melhorar a segurança das intervenções, com custos económicos mais reduzidos. Segundo Nogueira (2009), 80% da população portuguesa prefere receber cuidados em casa, se estiver dependente, o que mostra que o desenvolvimento de respostas domiciliárias é a escolha dos portugueses, estando em linha com as estratégias internacionais atuais.

Conferida a centralidade da relação que se estabelece e desenvolve com utentes, cuidadores e familiares, estes são fatores que contribuem para e determinam a preferência da população nacional, associados à rede de vizinhança e objetivos familiares. Andrade (2017) regista que o enfermeiro representa o papel principal, tanto pela coordenação do plano de cuidados no domicílio, como pela relação que estimula com a pessoa e os seus familiares.

### 1.3 - A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO: PARA UMA MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

A Ordem dos Enfermeiros (OE), através do enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), refere que as intervenções de enfermagem surgem associadas à prestação de cuidados, nas quais se reconhecem as intervenções de enfermagem autónomas e as interdependentes. A nível dos enunciados descritivos, expõe que a organização dos cuidados de enfermagem envolve um quadro de referência ao nível de um sistema de melhoria contínua da qualidade, de um exercício profissional com um sistema de registos de enfermagem, premiado pela existência de diagnósticos, intervenções e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, à satisfação dos profissionais, a dar resposta às dotações seguras, às políticas de formação contínua e às metodologias de organização, promotores do desenvolvimento profissional e da qualidade (PQCE, 2001, revisto em 2012).

Uma das intervenções que apontam para a promoção do bem-estar designa-se por gestão do regime terapêutico, baseada numa escolha consciente e dependente da vontade da pessoa (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011). Indicamos que “o conceito de gestão do regime terapêutico guarda grande proximidade com a autogestão da doença.” (Fry e Bates, 2012; Redman, 2004, citado por Mota, Cruz, Costa, 2016 p.72).

Os cuidados de enfermagem que se fundamentam na tomada de decisão com conhecimento cumprem um papel decisivo na melhoria da funcionalidade, tendo como objetivo a maximização das suas capacidades a nível do desempenho e do autocuidado (Mota, 2011). As atividades existentes e dinamizadas pelos recursos da rede comunitária visam evitar um envelhecimento passivo, pretendendo, ao invés, a promoção de ações interdependentes de forma ativa e participativa ao longo do ciclo de vida.

Santos, Lopes, Gemitto, Casas-Novas e Pinheiro (2013) sugerem que, na acessibilidade aos cuidados de saúde, terão de existir modificações de procedimentos na sociedade, diligenciando e atendendo diferentes indivíduos, com distintas necessidades, de formas igualmente diferenciadas. Por aqui se adequam na antecipação de crises, ao identificar e reconhecer nos parceiros comunitários os melhores aliados para conjugar esforços e conhecimentos, para que, aquando de uma alteração no estado de saúde, existam recursos que permitam aos utentes preservar a sua manutenção no domicílio, devido à relação de confiança e segurança que se desenvolveu ao longo do ciclo de vida em parceria entre a rede de parceiros comunitários e a organização de saúde.

O termo “não adesão ao regime medicamentoso” integra atualmente uma problemática pertinente que afeta grande parte das pessoas que necessitam de tomar medicamentos prescritos, e emerge como uma das áreas de atenção relevantes para a prática de cuidados de enfermagem, bem como um dos domínios prioritários em saúde (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2015), na qual o termo “gestão do regime terapêutico” não se encontra descrito, encaminha-nos para aplicarmos, entre outros, termos como autocuidado, regime medicamentoso, regime dietético, regime de exercício, atitude face à gestão de medicamentos (CIPE, Versão 2:2011).

No mesmo diapasão de política da saúde, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) 2015-2020, dá ênfase e visa garantir o desempenho de governação, coordenação e ação local, centradas no utente, em conformidade com as dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelos cidadãos. Este documento definiu e divulgou linhas orientadoras e promotoras da melhoria da qualidade clínica e organizacional, através de incentivos para o aumento da adesão às normas de orientação clínica emanadas da DGS, consideradas indicadores de ação que contribuem para a segurança, monitorização e capacitação dos utentes e equipa de saúde.

De acordo com o Departamento da Qualidade da DGS, a segurança do doente encontra-se corretamente ajustada ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020. Demarcamos os objetivos de uma estratégia, que dão resposta à temática a abordar, o aumento da cultura de segurança do ambiente interno, o aumento da segurança da comunicação e o aumento da segurança na utilização da medicação.

O despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, que aprova o “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020”, faz referência a considerações análogas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015):

“estima-se que entre 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando encargos financeiros avultados para os sistemas de saúde. Tomar de medicamentos, prescritos pelo médico ou em automedicação, é um ato comum no quotidiano da população. A literatura internacional consultada refere que 82% da população adulta toma, pelo menos, um medicamento e 29% toma cinco ou mais medicamentos” (Despacho nº 1400/2015 de 10 de fevereiro, p.3882).

Perante estas considerações, surge o quarto objetivo estratégico do PNSD, sobre o qual nos vamos debruçar: aumentar a segurança na utilização da medicação. Assim, a eficiência da organização (processo), por interpretação, concorre para a eficácia, refletindo-se na forma como são administrados todos os recursos (humanos, materiais e económicos), de forma a atingir a eficácia organizacional (resultado), a satisfação.

## 2- ENQUADRAMENTO PRÁTICO

### 2.1 - ANÁLISE DO CONTEXTO

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), cuja essência reside na resposta de proximidade aos cidadãos, está orientada para a obtenção de ganhos em saúde e para a melhoria da acessibilidade e equidade no SNS. Apresenta como **missão** o desenvolvimento de intervenções centradas na pessoa, respetiva família e comunidade em que se insere, ao longo de todo o *continuum* de cuidados, desde o nascimento até à morte. Como **visão**, afirma que providencia cuidados de saúde aos cidadãos, através de equipas multidisciplinares, em articulação permanente com os cuidados de saúde diferenciados e outros recursos da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Em contexto de intervenção comunitária, o êxito das intervenções e/ou atividades pela equipa encontra-se condicionado, numa fase inicial, pela perceção que a comunidade tem do nível de desempenho da organização, e não da equipa. No desenrolar do processo, verificou-se que a relação e o desempenho, traduzido pela satisfação das necessidades e o auxílio na resolução dos problemas que vão surgindo, exprimem a articulação eficaz de recursos humanos e equipamentos. Os registos das atividades realizadas nos sistemas de informação disponíveis, enquanto infraestruturas que suportam o fluxo da informação interna e externa da organização, exprimem o conhecimento dos técnicos, e representam o seu desempenho assistencial. Partir dos dados aí depositados possibilita aceder à informação necessária em tempo útil, sobressaindo a necessidade de investigação e análise desses elementos, e tirar daí conclusões em termos do seu impacto na prática clínica, em prol do processo de melhoria contínua da qualidade assistencial, consentida através da monitorização.

#### 2.1.1 - Caracterização do meio ambiente – local do estágio

Portugal, à semelhança de outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas profundas transformações demográficas caracterizadas, entre outros aspetos, pelo aumento da longevidade e da população idosa, e o Alentejo não é exceção. O Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Central (ACES AC) apresenta, na sua área de atuação, uma extensão de 7.393 km<sup>2</sup>, abrangendo uma população residente em 2011, de acordo com o último recenseamento da população, que ronda os 166.726 habitantes (INE, 2017). O ACES AC

encontra-se sujeito à autoridade do Conselho Diretivo da ARS Alentejo, IP, e possui autonomia administrativa. Constituído por várias unidades funcionais, que agregam um ou mais centros de saúde, tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área de influência, designadamente atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença, e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Também desenvolve atividades na área da vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo, monitorização, avaliação dos resultados e participação na formação de diferentes elementos dos grupos profissionais.

O documento elaborado com a designação de “Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial”, consagrado pelo Despacho nº 12427/2016, designado por “Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025”, refere que “o índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,5% em 1961 para 143,9% em 2015, o que naturalmente exerce um forte impacto na sociedade como um todo, e exige adaptações e respostas aos diversos níveis, particularmente ao nível da saúde e segurança social”.(Costa, 2017, p. 6).

Estima-se que, em 2050, Portugal seja o 4º país da União Europeia com maior índice de idosos (Nogueira, 2009). Isto tem implicações no índice de dependência de idosos da nossa área de abrangência variável, que se assume como central no processo de envelhecimento. Trata-se do grau de funcionalidade, ou seja, de interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais), da qual resulta a dependência/independência de cada um no autocuidado (RNCCI 2016-2019). A alteração da configuração da população residente exerce um fator de influência ao nível da segurança social, em que o grau de dependência condiciona os gastos da continuidade dos cuidados.

Atestamos que os indivíduos dependentes ao nível do autocuidado são na sua maioria idosos, cujos cuidadores informais revelam ser também idosos, unidos a eles por laços de sanguinidade (pais e irmãos) ou por relações afetivas (maridos e mulheres). Uns e outros requerem informação, capacitação e estabelecimento de confiança na relação para prevenir a exaustão.

Consideramos que a integração na Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é um marco determinante na redução das assimetrias, na procura da promoção de qualidade e eficiência, englobando uma gestão dos Recursos Humanos dos Cuidados de Saúde

Primários (CSP) que ambiciona levar cuidados a pessoas com maiores dificuldades em se deslocarem aos serviços de saúde, promover a redução de desigualdades no acesso, e conseguir ganhos em saúde. Contribui para a redução de desigualdades e dinamiza a capacidade de a comunidade se organizar de modo a proporcionar um ambiente físico e social que integre, proteja e crie laços de solidariedade entre as associações/instituições, os grupos e os indivíduos. Em relação aos recursos de retaguarda concelhios, comprovamos a existência de valências para pessoas idosas em todas as freguesias, o Apoio Domiciliário Integrado (ADI), os Centros de Dia e Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI).

### 2.1.2 - Caracterização dos recursos humanos e materiais (físicos)

O ACES CA onde o Estágio decorreu, integra três unidades funcionais, a USF (Unidade de Saúde Familiar), a UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) e a UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados). A sede funciona num imóvel térreo, de um único piso, e não apresenta barreiras arquitetónicas. À entrada no centro de saúde, existe um átrio comum às duas unidades funcionais, com casa de banho para utentes, duas receções, uma sala de espera para os Delegados de Informação Médica e o gabinete da Psicologia. O horário de funcionamento durante a semana é das 9h:00m às 21h:00m com dois turnos: o turno da manhã, das 9H:00m às 16h:00m, e o turno da tarde, das 13H:00m às 21H:00m. Aos fins-de-semana e feriados os serviços funcionam das 9H:00 às 15h:00m.

Observamos que a faixa etária da equipa multidisciplinar que trabalha neste Centro de Saúde oscila entre os 38 anos e os 62 anos, e reconhecemos ser basilar a existência de uma boa articulação e comunicação entre todos. A missão definida expressa que visam contribuir para a melhoria do estado de saúde da população junto da qual intervêm, tendo como fim último a obtenção de ganhos em saúde. As intervenções realizadas em contexto domiciliário são possibilitadas pela utilização da viatura do serviço.

### 2.1.3 - A população alvo dos cuidados de enfermagem

A população com 60 ou mais anos está a crescer rapidamente, em detrimento dos demais adultos, dos jovens e das crianças. O envelhecimento populacional associado à baixa literacia em saúde, circunscrito ao fator geodemográfico limitado pela acessibilidade da rede de

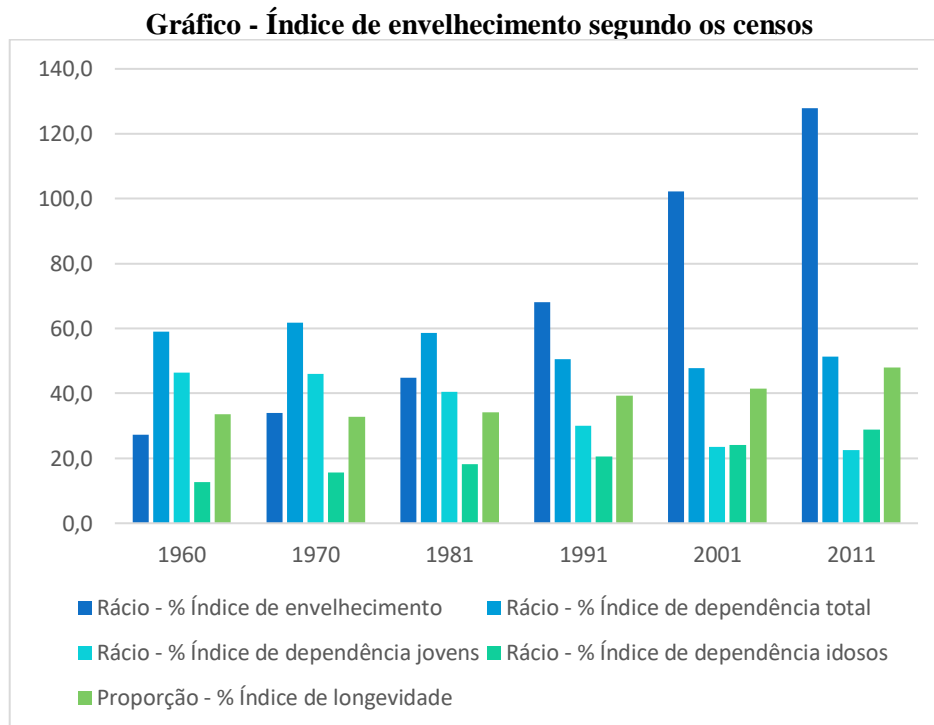
transportes intra- e extracancelhia, promove a referenciação dos utentes para esta equipa, favorecendo a acessibilidade aos cuidados de saúde.

Segundo refere Advinha (2017) “O envelhecimento envolve um contínuo de mudanças na biologia, processos de vida funcionais, psicológicos e sociais. O envelhecimento é também sinónimo de doenças crónicas”. Estas características são as que melhor definem a maioria da população que beneficia dos cuidados de enfermagem em contexto domiciliário.

A proposta do grupo de trabalho ENEA 2017-2025 define:

“envelhecimento e saudável é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (WHO, 2015).” (ESEA 2017-2025, p.6)

O aumento da longevidade da população e a qualidade de vida na velhice apresentam-se como um potencial de melhoria, dependente do empenho de cada um, enquanto agente da sua própria saúde, isto porque o índice de envelhecimento relacionado com o índice de dependência revela necessidades de adaptação do serviço. O gráfico abaixo traduz isso mesmo.



Fonte: PORDATA, 2018

Verificamos que a incapacidade para o autocuidado se acumula com a idade, bem como a perda da funcionalidade, associada a domínios como a mobilidade, as alterações cognitivas, a diminuição da acuidade auditiva e visual. As consequências do surgimento das comorbidades em idosos representam um declínio funcional e da perspetiva da qualidade de vida, exigindo uma necessidade de integração em cuidados em associação entre a equipa de saúde e de apoio de retaguarda dos Serviços de Apoio Domiciliário (SAD).

O indicador da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) nº 2017.365.01, transpõe para a Região Alentejo encargos com 2.386 internamentos hospitalares evitáveis, correspondendo a 16,4% de todos os internamentos na região, e estimando um gasto de 5.452.010 euros possivelmente evitáveis (FONTE: elaboração realizada pelo Grupo de Trabalho da Candidatura ao Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes no Serviço Nacional para 2017, Medicação Segura: Consulta Farmacêutica e Reconciliação da Medicação, tendo como entidade promotora o Hospital de Évora e o ACES AC, 2017).

A ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública), na pessoa do Prof. Doutor Rui Santana, empregou a metodologia de Caminal, Mundet, Sánchez e Casanova (2001) para a identificação dos internamentos evitáveis no Nut III, para 2015, e obteve os valores constantes da tabela nº 1 abaixo.

**Tabela 1. Número de internamentos evitáveis**

Área	N.º internamentos	N.º internamentos evitáveis	% Evitáveis	Valor estimado (euros)
<b>Região Alentejo</b>	<u>14550</u>	<u>2386</u>	<u>16,4%</u>	<u>5.452.010</u>

Fonte: Dados fornecidos pela Farmacêutica da ARSA, IP, facultados pelo Prof. Doutor Rui Santana da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa - elaboração própria.

Consideramos, que os valores apresentados na tabela supra são valores padronizados, pelo que se torna difícil retirar números absolutos, facto este que também dificulta o delineamento de estratégias a aplicar para reduzir esta problemática, uma vez os dados recolhidos não são demonstrativos das patologias associadas. Trata-se de fatores que afetam a ocorrência de um internamento evitável, incluindo a continuidade dos cuidados, as características de natureza clínica, que englobam o perfil fármaco-terapêutico.

Durante o processo de recolha de informação e análise da medicação de um utente, ocorrem na maioria das vezes alterações da medicação, face aos quais os utentes têm dificuldade em exprimir a toma correta da medicação, verificando-se a não adesão à proposta de prescrição.

Advinha (2017) reforça a análise e confirma que, devido à existência de comorbidades, aos idosos (maior grupo de pessoas alvo dos nossos cuidados em domicílio) são frequentemente prescritos vários fármacos. Este facto reforça a constatação de que as pessoas mais velhas revelam o maior consumo de fármacos, o que aumenta o risco de malefícios causados pelos mesmos e o perigo de não usarem os medicamentos conforme foram prescritos, podendo reverter em menores resultados de saúde, dificuldades na gestão do regime medicamentoso e no conseqüente aumento dos custos em saúde.

Acima de tudo, os CSP são um ponto-chave e a principal estrutura do sistema de saúde, enquanto sustentáculo do SNS. Na abordagem à gestão do regime terapêutico, e a este nível de prestação de cuidados, é essencial a promoção de uma cultura de segurança do doente. Por vezes, o espaço ultrapassa o domicílio e as intervenções, habitualmente, ocorrem no local onde a pessoa se encontra: o quarto, a sala, o alpendre, o jardim, a garagem. A duração dos cuidados a prestar a cada utente é a necessária para que não haja interrupções, sendo possível calcular com alguma precisão o momento de início, mas não o momento final. É crucial conseguir gerir as deslocações articulando-as com os horários dos cuidadores formais e informais centralizados sob a forma de ensino/capacitação, e de escuta ativa. Verificamos que o utente domina o local, tornando a negociação dos cuidados mais complexa, nomeadamente no que se refere a definir a identidade, as fronteiras de responsabilidade, autonomia e cooperação entre os intervenientes.

A capacidade funcional para administrar a medicação pode ser definida como uma habilidade cognitiva e física para autoadministrar um regime de medicação tal como foi prescrito e expressa a capacidade de cumprir o regime terapêutico. Constatamos que os desvios na gestão do regime terapêutico, e em especial o medicamentoso, não são habitualmente intencionais, ao contrário da adesão, que pode ser intencional e não intencional.

Verificadas as projecções, em relação à evolução das doenças não transmissíveis, a reflexão objetiva permite-nos realizar, através da análise custo-benefício, a imposição de gerir e dotar as organizações de profissionais com as competências adequadas na área do planeamento em saúde, na gestão das necessidades, expectativas e direitos dos utentes, transversalmente, em

consonância com os deveres dos utentes e os sérios constrangimentos de recursos humanos, materiais e económico-financeiros a nível organizacional.

## 2.2 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Através da Metodologia do Planeamento em Saúde que se inicia com o Diagnóstico de Situação procuramos viabilizar uma primeira aproximação aos conceitos utilizados para a gestão estratégica e ao conjunto de procedimentos necessários para iniciar um processo. Trata-se de uma etapa que tem como princípios orientadores ser clara, célere, sucinta, mas adaptada às necessidades do planeamento.

“A concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, ou atividades” (Imperatori, 1982, p.13).

### 2.2.1. – A problemática identificada

O Plano Nacional de Desenvolvimento da RNCCI (2016-2019) reflete ser consensual entre a comunidade científica que o envelhecimento, embora não sendo sinónimo de doença e dependência, implica uma considerável prevalência de doenças crónicas (INE, 2012), sendo frequente a comorbilidade a qual, na maioria dos países da OCDE, representa mais de 50% da carga de doenças (OECD, 2011).

Lembra que a expansão e melhoria da RNCCI deve basear-se em princípios que incrementem o aumento da literacia, da investigação, com a implementação de políticas direcionadas para avaliar as necessidades dos utentes e dos cuidadores, recomendando que sejam definidas as funções, responsabilidades e direitos dos intervenientes (RNCCI 2016-2019, p. 11). Esta análise e diretivas enquadram-se no “Plano Nacional de Saúde (PNS) Revisão e extensão a 2020”, o qual refere, no capítulo das metas:

“A redução da mortalidade prematura ( $\leq 70$  anos) para um valor inferior a 20% esta meta alinha com o compromisso nacional na resolução da OMS-Euro de 2012 (RC62-01) de redução em 25% a mortalidade referente a doenças não transmissíveis (atribuível às doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas”. (PNS Revisão e Extensão a 2020, p.10)

Ao longo do Estágio I desenvolvido no contexto do centro de saúde da região Alentejo, as visitas efetuadas em contexto domiciliário sobressaíram de todas as atividades realizadas. O grupo

etário alvo de cuidados apresenta uma prevalência de idade superior a 65 anos, sendo atendidos por cuidadores do mesmo grupo etário, situação que se alia a uma dispersão geográfica característica do Alentejo. Observada a escassez de recursos humanos e de conhecimentos e competências para os cuidar e promover o autocuidado, torna-se claro que as intervenções dos elementos da equipa para promover a capacitação devem ser consideradas primordiais.

Os dados estatísticos revelados pelo relatório que caracteriza os utentes da RNCCI decorrem da análise do 1º semestre de 2017 (revelando que a informação disponibilizada teve como sustentáculo os registos realizados no aplicativo informático Gestecare CCI). Estes mostram que a população da RNCCI com uma idade superior a 65 anos representa 85,5% e que este valor nas equipas domiciliárias é de 89,4%, bem como que a população com idade superior a 80 anos representa 50,4% do total. Ademais, caracterizam-se por um baixo nível de escolaridade, situando-se a escolaridade inferior a 6 anos nos 89%. Além disso, constata-se igualmente que, em relação aos vários tipos de apoios (e podendo cada utente ter vários tipo de apoio), dominam os apoios em alimentação (33%), higiene (31%) e medicamentos (28%).

O suporte prestado por familiares representa 41%, o apoio prestado por ajuda domiciliária representa 9%, e 7% aquele que é proporcionado por técnicos do Serviço Social. No que diz respeito aos motivos de referenciação, torna-se patente que cada utente pode ter mais que um motivo de referenciação; a Dependência de Atividades de Vida Diária (AVD) é o principal motivo, com 91%, e o ensino utente/cuidador informal o segundo motivo, com 90%. Em relação aos diagnósticos associados aos motivos de referenciação, 14,7% (15,5% em 2016) dizem respeito a doença vascular cerebral aguda (Dados do Relatório Monitorização Rede Cuidados Continuados Integrados, 1º Semestre de 2017).

Houve fatores que influenciaram determinantemente a temática a seguir:

- 1º- A entrevista inicial e informal com os elementos da equipa multidisciplinar validada pela observação efetuada durante a realização das visitas em contexto domiciliário;
- 2ª - A observação e análise dos indicadores do CS disponibilizados na página da Administração Central Serviços de Saúde (ACSS);
- 3ª- A revisão da literatura (Apêndice 1) e análise da legislação normativa da DGS;
- 4º - A necessidade de o CS dar cumprimento à implementação da legislação em vigor.

Assim se fundamentou a abordagem do tema relativo ao “Programa Nacional da Segurança do Doente 2015-2020” adaptado aos CSP e incidindo sobre “O Aumento da Segurança na Utilização do Medicamento”, ambicionando incidir na informação/formação à equipa.

O planeamento em saúde consiste num recurso que auxilia a tomada de decisão em termos comunitários, reflete e influencia a gestão organizacional, em concordância com a maximização dos recursos reais, coadjuvada com a rede de parceiros.

Na área da saúde, planejar significa um procedimento contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários para atingir determinados objetivos, de acordo com a hierarquização das prioridades identificadas (Tavares, 1990, p.29).

Considerando que a priorização é necessária, o planeamento em saúde promove:

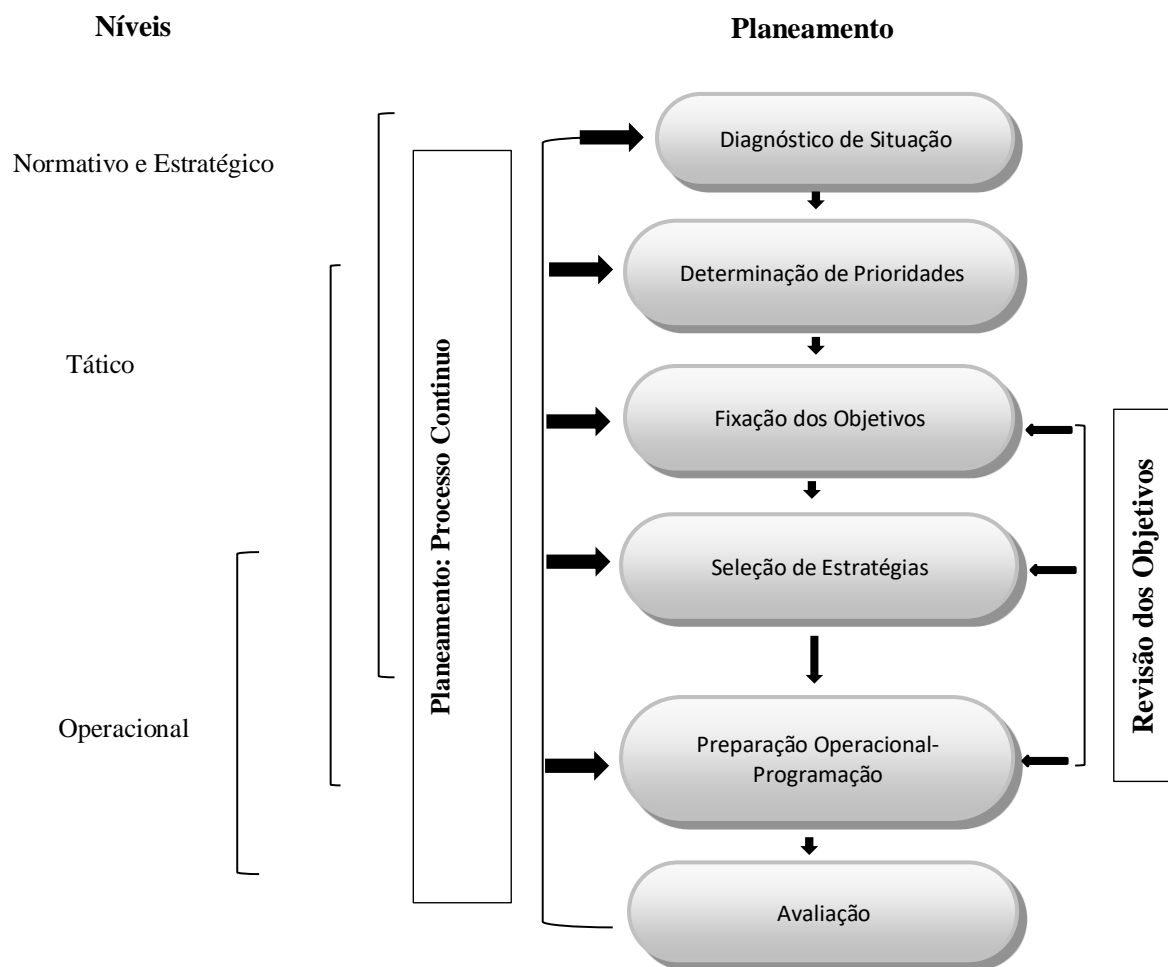
“a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas da saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos.” (Imperatori e Giraldes, 1982, p.6)

Não podemos, de igual forma, deixar de sublinhar que, “subjacentes ao planeamento da saúde encontram-se dois princípios básicos de qualquer distribuição de recursos: um princípio de equidade e um princípio de eficiência” (Tavares, 1990, p.14). Este estudo de caso do Centro de Saúde da região Alentejo oferece-nos uma realidade que permite abordar a questão de como obter ganhos em saúde é afirmar que a promoção da saúde visa a capacitação e o empoderamento dos utentes.

Foram identificadas as seis etapas no processo de planeamento em saúde: o diagnóstico da situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional, e a avaliação (Tavares, 1990, p.38).

A Figura 1, que se apresenta na página seguinte, é representativa das etapas do processo, esclarecendo e reforçando a importância do seu contributo para a promoção da saúde (com a elaboração de projetos eficientes e bem concebidos que se podem conseguir através de eficiência, caso se verifique uma melhor redistribuição dos recursos existentes).

**Fig. 1 - As etapas do processo**



Adaptado de: Imperatori e Giraldes (1982, p.10)

Não menos importante revela-se ser a elaboração de projetos nas áreas da formação interna e externa, dos profissionais, a alocação de recursos humanos, materiais e financeiros. (Tavares, 1990, p. 41) Logo, “o planeamento realizado pelos serviços de saúde pode contribuir para a promoção de um bem, cujo valor é estimável, mas com um valor sem preço” (Correia de Campos 1983, citado por Tavares, 1990, p. 41).

A primeira etapa que observamos na figura supra denomina-se diagnóstico da situação, etapa que visa apurar os problemas de saúde identificados na população abrangente, incluindo as suas necessidades. Tanto Imperatori e Giraldes (1982), como Tavares (1990), referem que o diagnóstico da situação deve ser sucinto, claro e rápido.

Tavares (1990, p. 53) refere que o diagnóstico da situação deve ser “suficientemente alargado, suficientemente aprofundado, sucinto, suficientemente rápido, suficientemente claro

e corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento (da saúde, da formação...).”

O mesmo autor indica quatro etapas que considera serem fundamentais, pelas quais um diagnóstico de situação deve passar, nomeadamente a “identificação dos problemas existentes no seio da população em estudo; o estudo da evolução prognóstica dos problemas, prevendo as repercussões que eles possam vir a ter em termos de estado da população; estudo da rede de causalidade dos problemas, determinado as causas e os fatores de risco que condicionam a sua existência, assim como as inter-relações entre aqueles, tornando possível identificar as áreas causais mais vulneráveis e cuja minimização mais influenciará o estado da população; determinação das necessidades, identificando a magnitude da diferença entre o estado atual e o desejado, correspondente ao necessário para solucionar os problemas.” (Tavares, 1990, p. 56)

**Na segunda etapa** do processo de planeamento em saúde surge a definição de prioridades. Nesta fase, define-se a hierarquização das prioridades e adequa-se a seleção dos critérios que contribuem para a tomada de decisão, avaliando e comparando os problemas identificados. Apesar de subjetiva por dependência, e circunscrita às preferências e experiências do planificador, exige-se objetividade, porque surge em resposta ao problema existente. O enunciado do objetivo possibilita esclarecer os resultados a alcançar num espaço de horizonte temporal (Tavares, 1990).

Definidas as prioridades, segue-se a **terceira etapa**, fixação dos objetivos, os quais se querem pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, necessários à tomada de decisão durante o processo de planeamento e gestão do projeto, contribuindo para a adequada monitorização e avaliação, (Tavares, 1990).

Ainda se deve referir a tradução dos objetivos em metas, sendo uma meta o “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades do serviço, traduzido em termos de indicadores de atividade (Imperatori e Giraldes, 1982), mensuráveis num curto espaço de tempo” (Tavares, 1990, p.133)

Dando continuidade ao nosso caminho, e após a determinação dos objetivos a atingir, surge a **quarta etapa** do planeamento, a qual tem a designação de seleção de estratégias, fase que pede criatividade. Engloba um conjunto de ações a desenvolver para um caminho de construção e seleção de estratégias, tendo como propósito atingir os objetivos definidos. Esta fase dá a possibilidade de alterar o percurso delimitado no processo anterior, se se verificou inadequado. [Tavares,1990 citando Imperatori e Giraldes, 1982].

A **quinta etapa**, denominada preparação operacional, consiste na operacionalização e execução do projeto, definindo-se projeto como um conjunto de atividades que cooperam para a realização de um programa, que decorre num delimitado período de tempo (Tavares, 1990). A implementação do projeto é realizada através da estratégia definida; não sendo possível calcular a relação custo benefício, cinge-se à comparação entre os benefícios totais com os custos totais. Como refere Tavares (1990, p.150): “Não sendo possível quantificar aqueles, o que é frequente quer em Saúde, quer em Formação, podem comparar-se os custos das distintas formas de conseguir um resultado desejado, ou da efetividade de distintas intervenções a um custo determinado – a análise custo-efetividade”.

A **sexta e última etapa** do planeamento, a avaliação, deve ser clara e adequada, tendo como objetivo a determinação do grau de sucesso no cumprimento do objetivo, pela elaboração de uma análise sustentada em critérios e normas previamente definidas. Para sintetizar, é possível afirmar que “a avaliação faz uma confrontação entre objetivos e estratégias, ao nível da adequação (Tavares 1990, p. 205) e ainda que “Só uma correta avaliação e controlo dos projetos possibilita comparar o estado inicial e final da população alvo, antes e após a implementação de um projeto, contabilizado com as atividades estabelecidos com as necessidades identificadas” (Tavares 1990, p. 214)

Não podemos esquecer que a Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, a Lei de Bases da Saúde, na alínea b) da Base II (Política de Saúde), explicita ser um objetivo primordial a obtenção da igualdade dos cidadãos na acessibilidade aos cuidados de saúde, seja qual for a sua conjuntura económica e onde quer que residam, assim como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização dos serviços; na mesma linha orientadora, foi considerada a transversalidade da indicação: “subjacentes ao planeamento da saúde encontram-se dois princípios básicos de qualquer distribuição de recursos: um princípio de equidade e um princípio de eficiência.” (Tavares, 1990:14).

Tavares (1990) identifica um planeamento em saúde bem concebido e eficiente que se poderá traduzir em eficiência, pois verificar-se-á uma melhor redistribuição dos recursos existentes e conseguir-se-á elaborar estratégias de intervenção que permitam auxiliar todo o tipo de população.

Convergem Imperatori e Giraldes (1982, p. 7) que “o planeamento da saúde procura mudanças no comportamento das populações, a nível, por exemplo, dos hábitos da saúde, ou na utilização dos serviços (...)”. Os mesmos autores referem a presença de peculiaridades que

se podem encontrar no planeamento: “1. É sempre voltado para o futuro, 2. É um processo permanente, contínuo e dinâmico. 3. Pretende a racionalidade da tomada de decisões. 4. Visa selecionar, entre várias alternativas, um percurso de ação. 5. Implica uma ação. 6. Implica uma relação de causalidade entre a ação tomada e os resultados determinados. 7. É sistémico e de natureza multidisciplinar. 8. É iterativo. 9. É uma técnica de alocação de recursos. 10. É um processo cíclico, em espiral. 11. É uma técnica de mudança e inovação. 12. É uma técnica para absorver a incerteza do futuro.” (citados por Tavares, 1990, p. 29).

Assim, verificamos que o planeamento em saúde implica uma identificação de problemas nas comunidades, logo revela-se uma ferramenta fundamental para equipa, que visa construir um quadro o mais fiel possível da realidade, a fim de proceder à definição dos objetivos e das prioridades, por forma a poder exercer uma racionalização na aplicação de recursos económicos, humanos e materiais e financeiros, por forma a permitir ganhos em saúde.

Constatamos que equipa aplica o planeamento como um instrumento facilitador na identificação de focos de alteração do estado de saúde da população, favorecendo a identificação e a priorização das intervenções a realizar, assim como encaminhando para aos procedimentos de registos em tempo real.

Para a realização do diagnóstico de situação foi efetuado um estudo qualitativo, nomeadamente um estudo de caso.

#### 2.2.2. - Os instrumentos de recolha de dados: Entrevista /Observação

Para a realização do diagnóstico da situação, recorreremos a entrevistas semiestruturadas (Apêndice 2) e à observação participante que efetuámos durante o estágio. Este estudo foi previamente autorizado pela Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P., tendo obtido o parecer favorável pela Comissão de Ética para a Saúde (CES) (Anexo 3) com o compromisso de não identificação da instituição onde o mesmo foi desenvolvido.

Este instrumento de recolha de dados pareceu-nos o mais adequado. Fortin (2009) refere que, através da identificação e explicitação das realidades, com o recurso a entrevistas semiestruturadas, as pessoas que vivenciam as situações em estudo apresentem adequadamente o fenómeno e são capazes de colaborar na sua compreensão.

Por seu lado, Silverman (2000, cit. por Coutinho, 2014, p. 141), reforça que “as entrevistas são uma poderosa técnica de recolha de dados porque pressupõem uma interação entre o

entrevistado e o investigador, possibilitando a este último a obtenção de informação que nunca seria conseguida através de um questionário”. Esta técnica tem ainda a vantagem de o investigador poder solicitar esclarecimentos adicionais ao entrevistado, caso a resposta não seja suficientemente elucidativa.

Assim, foram realizadas 10 entrevistas, englobando oito enfermeiros, um médico e uma assistente social, constituindo desta forma uma amostra de conveniência. A equipa dos participantes foi integrada de forma voluntária, e todos procederam à assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido após terem sido clarificados sobre o projeto, os objetivos e a metodologia de investigação a empregar (Apêndice 3). Posto isto, foi-lhes ainda concedido o tempo que julgaram necessário para a clarificação de dúvidas que lhes pudessem ter surgido. Foi-lhes ainda assegurado que os dados recolhidos seriam utilizados única e exclusivamente para a realização do diagnóstico de situação. Consideramos que esta amostra é de conveniência, tendo os participantes do estudo sido selecionados para integrar a investigação, por exercerem funções no local onde se efetuou o estágio.

Na elaboração do guião da entrevista prevaleceu a nossa conceção de que os profissionais de saúde “devem contribuir para que os cuidadores vivenciem processos de transição saudáveis, através da elaboração de um plano de intervenção adaptado a cada contexto” (Sequeira 2010, p.178).

O guião de entrevista foi construído com o objetivo de se aproximar de um tipo de entrevista semidirigida, porque se mostra o mais adequado para compreender o significado de um acontecimento ou fenómeno que foi ou é vivenciado por cada um dos participantes.

Na investigação qualitativa, os dados podem ainda ter origem a partir de observações, e aqui consideramos o contato direto e diário com todos os elementos da equipa, os registos efetuados nas plataformas dos sistemas de informação, SClinico versão 5,6 e Gestcare CCI. Consultámos também os dados produzidos em resultado dos registos realizados pelos membros da equipa, contribuindo os mesmos para a análise e reflexão dos indicadores obtidos e disponíveis na página da ACSS. Ainda nos foi permitida a consulta do PIC elaborado por cada categoria profissional e do PII resultado dos PICs de todos os elementos intervenientes.

No que diz respeito ao guião de entrevista semiestruturada, esta foi aplicada aos elementos da equipa do Centro de Saúde da região Alentejo, com o objetivo de identificar as principais dificuldades e limitações com que estes profissionais se deparam na hierarquização das intervenções e as perspetivas de melhoria contínua ao nível da prestação dos cuidados.

O roteiro das questões foi construído em torno de seis grupos temáticos, a saber: o processo de referência do utente à equipa; as estratégias utilizadas para a promoção e gestão do regime terapêutico em particular do regime medicamentoso; as formas de acesso à informação disponibilizada, e que contribuem para o desenvolvimento dos comportamentos, competências e atitudes dos técnicos de saúde face a esta temática; as dificuldades percebidas; a importância atribuída à temática; e as perspetivas de melhoria das práticas no domicílio. Acima de tudo, estes agregados temáticos integram questões orientadoras que pretendem dar resposta aos objetivos e propósitos descritos.

No contexto de uma entrevista estabelece-se uma real permuta entre o participante e o entrevistador, na qual o primeiro expõe as suas perceções sobre um acontecimento, ou as suas experiências.

Todas as entrevistas foram realizadas pela discente pesquisadora, tendo esta transcrito e analisado o seu conteúdo. As entrevistas foram planeadas de acordo com a disponibilidade dos elementos da equipa multidisciplinar, e em função da localização mais favorável a cada participante, a qual se revelou ser o espaço do Centro de Saúde. Assim, as entrevistas tiveram lugar em gabinetes reservados, respeitando a privacidade dos participantes, e proporcionando um clima informal, sem interrupções, favorável à partilha de informação e de experiências vividas pelos entrevistados. Estas entrevistas tiveram uma duração mínima de 30 minutos e uma duração máxima de 45 minutos. Todas foram transcritas, na íntegra, pela investigadora, por ordem cronológica, para suporte escrito informático, num documento formato Word, com fidelidade ao discurso. Seguidamente, foram codificadas, tendo sido atribuída a letra E (de Entrevistado) e um número (correspondente a ordem de realização: E1, E2, ...).

Como afirmámos acima, foram realizadas dez entrevistas, a todos os enfermeiros do CS e aos dois técnicos da equipa de saúde, que se encontram numa maior relação de proximidade com a equipa de enfermagem, com os utentes, com cuidadores informais e formais, e com os familiares, ao nível do contexto domiciliário, bem como porque apresentam um maior número de horas alocadas ao CS. Foi excluída uma entrevista, devido à circunstância de o participante se ter recusado a responder a algumas questões, acrescido ao facto de que solicitou, e obteve, uma licença sem vencimento, tendo deixado de fazer parte dos colaboradores do Centro de Saúde durante esta fase do processo.

Em primeiro lugar, queremos sublinhar que, numa investigação qualitativa, são geralmente formuladas uma questão central e subquestões. A questão central é, em regra, uma questão

aberta, intimamente relacionada com o tipo de estudo (Fortin, 2009) e as subquestões direcionam os temas a desenvolver nas entrevistas.

Assim, estabeleceu-se como **Questão Central**: “Como pode o Enfermeiro Gestor, sensibilizar, informar e contribuir para a capacitação dos elementos da equipa multidisciplinar, no sentido de otimizar as suas estratégias de intervenção, em relação à melhoria da gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário?”

Na sequência desta, foi definida como **Subquestão**: “Que registos traduzem as intervenções realizadas ao nível da gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário: para uma melhor qualidade dos cuidados?”.

Indubitavelmente, entendemos estas questões em relação ao processo de referenciação do utente à equipa de saúde, e tendo como objetivo primordial identificar as dificuldades com que os profissionais se deparam no processo de admissão dos utentes na equipa. Isto porque parece-nos ser com e através dos elementos de equipa multidisciplinar que o processo tem de ser realizado, dado que são quem melhor transmite e seu conhecimento sobre estes doentes e sobre os condicionalismos do seu ambiente externo e interno que influenciam a prestação de cuidados em contexto domiciliário.

No processo de admissão do utente, na avaliação do utente em contexto domiciliário, é seguida a *Checklist de Admissão*. Dela faz parte a elaboração de uma história clínica, a produção de uma folha de terapêutica, e a realização de registos no sistema informático Sclinico versão 5.6, levando o foco obrigatório no processo de enfermagem ao nível da gestão do regime terapêutico.

Com toda a certeza, foram observadas fácies de dúvida, fácies de angústia e fácies de alguma impotência durante a elaboração da história clínica, na preparação do processo de admissão na equipa, sobretudo quando chegados ao ponto de abordagem inicial das questões relacionadas com prescrições médicas, uso de substâncias, literacia em saúde e capacitação. Com o desenrolar dos dias, procedeu-se à elaboração de um diário de bordo, tendo-se observado que existe uma característica elementar de agilidade dos métodos de recolha de elementos para elaboração de uma história clínica.

### 2.2.3. Os procedimentos de análise

Como consequência da metodologia utilizada, e para analisar os dados recolhidos nas entrevistas recorreu-se à análise do conteúdo. “A análise de conteúdo pretende descrever situações, mas também interpretar o sentido do que foi dito” (Guerra, 2006, p. 69), e constitui “uma forma de perguntar um conjunto fixo de questões aos dados de modo a obter resultados contáveis (...) a ideia básica e a de as palavras – as unidades de análise –, podem organizar-se em categorias conceptuais, e essas categorias podem representar aspetos de uma teoria que se pretende testar” (Marshall e Rossman, 1989, citado por Coutinho, 2014, p. 217).

Sem dúvida, a etapa de pré-análise incluiu a fase de organização de ideias pessoais, visando a construção de conceitos iniciais, assim como a elaboração de uma grelha de análise. Frequentemente, esta fase comporta três exercícios: o primeiro, de escolha dos documentos a ser analisados; segundo, o exercício de formulação das hipóteses e dos objetivos; e, finalmente, o exercício da elaboração de indicadores que alicercem a interpretação final. Nesse sentido, seguindo o caminho delineado, a primeira atividade desta fase consistiu na leitura dos documentos. A fase de exploração envolveu um trabalho extenso, moroso e mesmo monótono, traduzida em procedimentos de codificação, análise e colocação de numeração de acordo com as normas previamente delineadas, referidas acima. Na fase de processamento, os resultados são tratados de maneira a serem significativos e válidos. No que respeita ao presente diagnóstico de situação, foi cumprida a transcrição integral das entrevistas para formato digital em Microsoft Word, com a marcação a cores dos semáforos de cada tema, de modo a tornar mais fácil o processo de identificação de unidades de registo, do relato dos participantes.

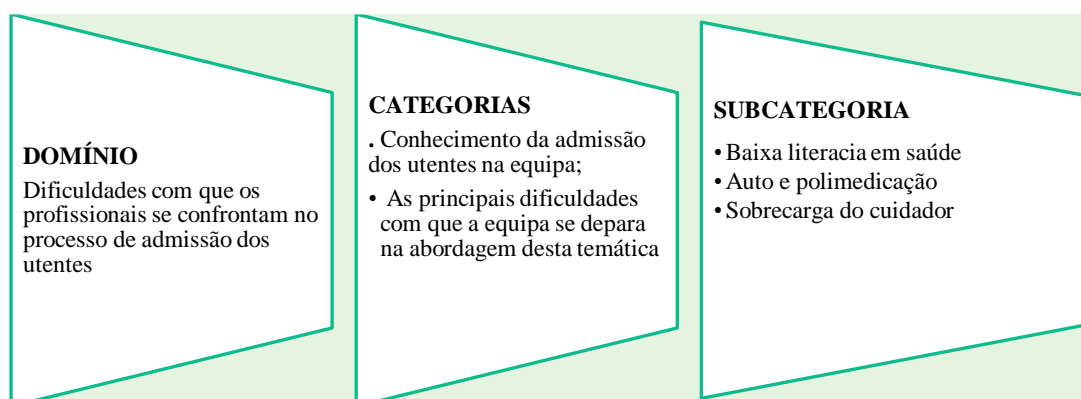
Dando continuidade ao processo, procedeu-se à pré-análise, transversalmente a uma leitura flutuante de todas as entrevistas transcritas. Depois de várias leituras realizadas, mais explícitas, do conteúdo da transcrição das entrevistas, foi possível realizar uma seleção das substâncias mais reveladoras, prevendo a fase de exploração. Após a codificação das unidades de registo e do contexto, procedemos à definição dos domínios, com o diagnóstico de categorias e subcategorias. Esta codificação adequa a metamorfose dos dados, a reorganização dos dados que sustentou reajustes e aperfeiçoamentos, na tentativa de encontrar um melhor caminho e orientação para o conhecimento sobre a temática em estudo. Da análise, resultaram a matriz de análise (Apêndice 4), e a matriz de síntese que apresentamos (Apêndice 5).

#### 2.2.4. Resultados do diagnóstico

Ambiciona-se a otimização do exercício do papel do profissional, que se transpõe para o desenvolvimento de competências no domínio da informação, no domínio da mestria e no domínio do suporte, de forma integrada e complementar, de maneira a promover oportunidades para o crescimento do utente e do cuidador, tendo por base o plano individual de cuidados (PIC) do profissional e o plano individual de intervenção (PII) da equipa multidisciplinar.

Da análise de conteúdo das entrevistas realizadas, sobressaíram seis domínios, como sejam: “Identificar as dificuldades com que os profissionais se confrontam no processo de admissão dos utentes na equipa<sup>9</sup>”, que se estrutura em duas categorias: i) De que forma toma conhecimento da admissão dos utentes na equipa; ii) Quais as principais dificuldades com que a equipa se depara na abordagem desta temática. Assim, no item i) verifica-se, por parte dos vários intervenientes, uma enorme diversificação de origem das referências, não sendo visível uma maior representatividade na subcategoria.

**Fig. 2 - Dificuldades com que os profissionais se confrontam no processo de admissão dos utentes**



Em relação à forma como têm conhecimento da admissão dos utentes na equipa, foram detetadas várias vias de entrada, uma vez que qualquer cidadão, quer seja técnico de saúde, cuidador formal ou informal, familiar, ou mesmo cidadão anónimo, pode solicitar uma visita da equipa multidisciplinar em contexto domiciliário, participantes (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E10). Das várias respostas registadas, apresentaremos apenas as que consideramos mais

<sup>9</sup> Os profissionais de saúde têm como obrigatoriedade de seguir uma *checklist* de admissão, que se encontra (otimizada) em apêndice no relatório (Apêndice 8).

exemplificativas (até um máximo de três), procedimento que se repetirá relativamente às questões seguintes.

E1- (Pela ECL (Equipa de Coordenação Local), pela EGA (Equipa de Gestão de Alta) colegas do CS, parceiros da rede comunitária (IPPS) e pessoas anónimas;

E8 - (...) através da equipa de ECCI, ECL, EGA;

E10 - (...) médico de família, da EGA e a pedido de várias famílias).

Os participantes identificaram a acessibilidade e a equidade, verificando-se que, efetivamente, qualquer pessoa pode sinalizar um utente para a equipa. Apenas um participante não respondeu à questão.

Em relação às principais dificuldades com que a equipa se depara na abordagem deste tema, expressaram o motivo da sinalização/referenciação, associada à baixa literacia dos utentes, como limitativo e condicionante das intervenções. Assim, dos inquiridos, 8 participantes responderam (E1, E2, E3, E5, E6, E8, E10, E11), apresentando-se seguidamente algumas das afirmações, a título ilustrativo:

A1 (Não sabem ler, tomam, por intuição empírica do próprio, do vizinho, amigo, familiar, rede de parceiros informais);

A5 (muitas vezes, medicação em duplicado... baralhação... misturam a medicação da mulher e do marido, não sabem explicar muito bem. Param a medicação de continuidade, porque não perceberam o que era para fazer contínuo);

A10 (no fundo, como podemos dizer que os doentes crónicos não têm noção que é para tomar sempre).

Ainda na mesma categoria, seis participantes (E2, E3, E4, E5, E8, E10) referiram a sobrecarga do cuidador, que limita, e em muito, a capacidade de perceção, compreensão e ação em relação à disponibilidade e concentração, afetada pela labilidade emocional:

A2 (o cuidador desconhece o que é administrado pelo próprio);

A3 (Maior parte dos cuidadores não tem conhecimento da toma correta dos medicamentos);

A8 (O cuidador apresenta dificuldade em facultar informação (...)).

A auto- e polimedicação são identificadas por 5 participantes (E1, E2, E5, E6, E11):

A1 (Automedicação, o que foi bom para mim, é bom para ti. Ou o que foi bom para ti, também será bom para mim...\_Polimedicação, vários médicos especialistas);

A11 (vejo da cardiologia, da urologia e muitas vezes, mais de 10 medicamentos, diariamente. Vejo a interação deles..... Já vi, até, 14 medicamentos diariamente).

Relativamente aos utentes admitidos, verificou-se existirem obstáculos à concretização dos objetivos delineados no momento da admissão. As dificuldades que os profissionais manifestaram durante o processo de admissão dos utentes na equipa encontram-se muitas vezes relacionadas com o motivo da sinalização/referenciação, e com o autor da referenciação. É crucial que sejam identificadas para assim se poder gerir e adequar as expetativas e as necessidades de todos os intervenientes.

Cruzando com o atrás descrito, o baixo nível de literacia do público-alvo leva a que em muitos destes casos, devido ao seu grau de insatisfação do utente com o sistema, e à falta de estabelecimento de uma relação comunicacional eficaz com o profissional que se desloca ao domicílio, no momento da admissão, se precipite um recurso facilitador, promotor da automedicação, prescrita por familiares ou amigos, na busca irrefletida de um controlo sintomático quase que “imediato”.

Do mesmo modo, esta situação leva os utentes a consultar vários clínicos de diversas especialidades, prescritores de fármacos específicos do seu âmbito médico, descurando a avaliação do utente como um todo, quando o objetivo deve ser promover e aplicar a centralidade na pessoa.

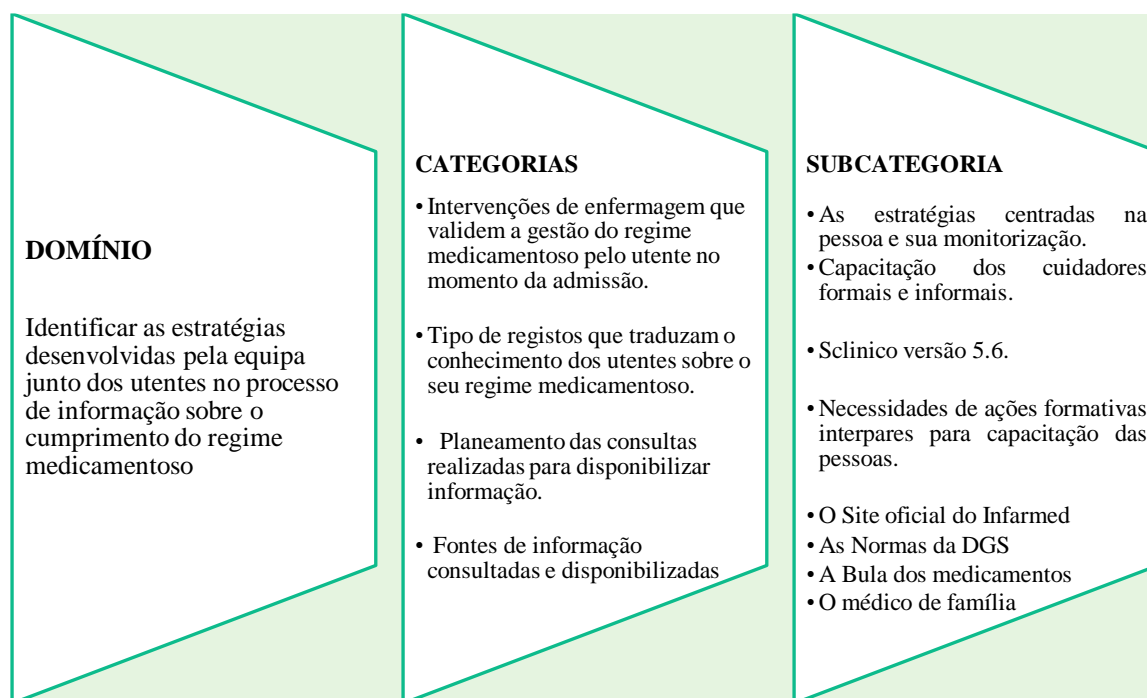
Queirós et al. (2014) preconizam uma teoria de enfermagem, enquanto ciência humana prática, que tem como objetivo compreender a natureza do ser humano e a sua interação com o meio ambiente. Em colaboração com a prática clínica, o planeamento surge como a hierarquização das intervenções que contribuem para a melhoria dos cuidados, devendo ser este o principal objetivo de uma grande teoria de enfermagem, com a de Orem, Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem.

Nesta ordem de ideias, “Orem identificou cinco métodos que os enfermeiros podem utilizar em combinação ou isoladamente quando cuidam da pessoa, que são: executar ou agir, substituindo-a naquilo que ela não é capaz de fazer; orientar e encaminhar; dar apoio físico e/ou psicológico; criar e manter um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento; e ensinar” (Queiroz et al 2014 p.161 citando Tomey e Alligood, 2002).

No que diz respeito ao segundo domínio da análise de conteúdo das entrevistas realizadas, sobressaíram seis domínios, tais como: “Identificar as estratégias desenvolvidas pela equipa junto dos utentes no processo de informação sobre o cumprimento do regime medicamentoso”, desdobrado em quatro categorias; i) Intervenções de enfermagem que validem a gestão do regime medicamentoso pelo utente no momento da admissão; ii) Tipo de registos realizados

que traduzam o conhecimento dos utentes sobre o seu regime medicamentoso; iii) Forma como decorre o planeamento das consultas realizadas para disponibilizar informação; iv) Fontes de informação consultadas e disponibilizadas.

**Fig. 3 - Identificar as estratégias desenvolvidas pela equipa junto dos utentes no processo de informação sobre o cumprimento do regime medicamentoso**



Depois de identificadas as dificuldades, seguiu-se a necessidade de identificar as intervenções de enfermagem que confirmem ou contradigam a exiguidade da gestão do regime medicamentoso no momento da admissão. Oito Participantes (E1, E2, E4, E5, E6, E8, E10, E11) referiram como estratégia fundamental a centralidade dos cuidados no utente, associados ao processo de monitorização.

E2 (passa muito pela validação, ensino e repetição constante, diária e sempre que possível, reestruturar o método);

E4 (faço um esquema, em função dos hábitos das pessoas, ou seja hábito das pessoas, ajustado ao horário que deve tomar, para não se esquecer ou ajudar a memorizar);

E11 (As guias de tratamento, que falei atras, umas com símbolos, outras não. E vamos articulando, caso a caso. Através da renovação do receituário, consigo perceber, se estão a cumprir).

Quanto às dificuldades identificadas, seis entrevistados (E1, E2, E3, E6, E8, E10), manifestaram a necessidade de ações formativas interpares, para a capacitação dos cuidadores formais e informais (funcionários dos SAD e familiares), bem como o momento da monitorização, associado ao controlo sintomático e ao registo no sistema informático da intervenção realizada, como contributos válidos e pertinentes. Os funcionários do serviço de apoio domiciliário e os familiares são reconhecidos como elos de ligação entre o utente e o profissional de saúde, impulsionado pela frequência e duração da sua permanência no domicílio do utente diariamente, sete dias por semana:

E1 (Existe envolvimento dos cuidadores formais e informais (funcionários das ADI e familiares, mulher, noras e filhas);

E3 (Incentivar o desenvolvimento de competências do cuidador e literatura em saúde cuidador. Ensino sistemático e monitorização contínua das práticas do cuidador);

E10 (Formação ao cuidador. Os ensinamentos para mudança de comportamentos, o envolvimento de alguém da família).

Quando os participantes são questionados sobre o tipo de registos que efetuam e indicam o conhecimento dos utentes sobre o seu regime medicamentoso, apenas quatro participantes (E3, E4, E5, E10) referiram realizar registos no sistema informático SClinico:

E3 (SClinico - escala de gestão do regime terapêutico, e avalio os conhecimentos do cuidador);

E5 (Faço registo da adesão ao regime terapêutico);

E10 (Registo no SClinico a adesão ao regime medicamentoso).

Sete Participantes não responderam à questão sobre os registos realizados que indicam o conhecimento dos utentes sobre o seu regime medicamentoso.

Ao nível do planeamento das consultas realizadas para disponibilizar informação, somente quatro participantes (E5, E9, E10, E11,) referiram necessidades de ações formativas interpares para capacitação das pessoas:

E5 (Sim, identifico necessidades formativas interpares, estratégias para agilizar intervenções em contexto domiciliário);

E10 (Estratégias que utilizo, para vigilância dos utentes com os utentes, em documentos próprios, construídos por mim que forneço aos utentes);

E11 (As consultas das visitas domiciliárias são sempre preparadas e planeadas).

Seis participantes não responderam, ou referiram não planear as consultas para disponibilizar a informação.

Quando os participantes foram inquiridos sobre as fontes de informação consultadas, utilizadas e disponibilizadas pela instituição, as respostas não foram regulares. O site oficial do Infarmed é consultado por 2 participantes (E2, E3):

E2 - (Infarmed do Google);

E3 (Utilizo a página oficial do Infamed ... bibliografia online em relação ao medicamento).

A figura do clínico foi referida por 2 participantes (E2, E6) que recorrem ao médico de família:

E2 (Dúvidas muito específicas ... recorro ao médico ... quando já me sinto mais confiante);

E6 (As fontes de informação, o médico de família).

A consulta da bula dos medicamentos e as normas orientadoras publicadas pela DGS são apontadas por 3 participantes (E9, E10, E11) como fontes que utilizam, sendo que cinco participantes que não responderam à questão:

A9 (Legislação em vigor, publicadas pelo Diário da República, Normas de Orientação da DGS);

A10 (Legislação em vigor publicadas pelo Diário da República, Normas de Orientação da DGS);

A11 (A informação, encontra-se disponibilizada, pela Página do Infarmed e esta entidade, envia com regularidade as comunicações de reações adversas dos medicamentos, depois, existem as normas e orientações da DGS).

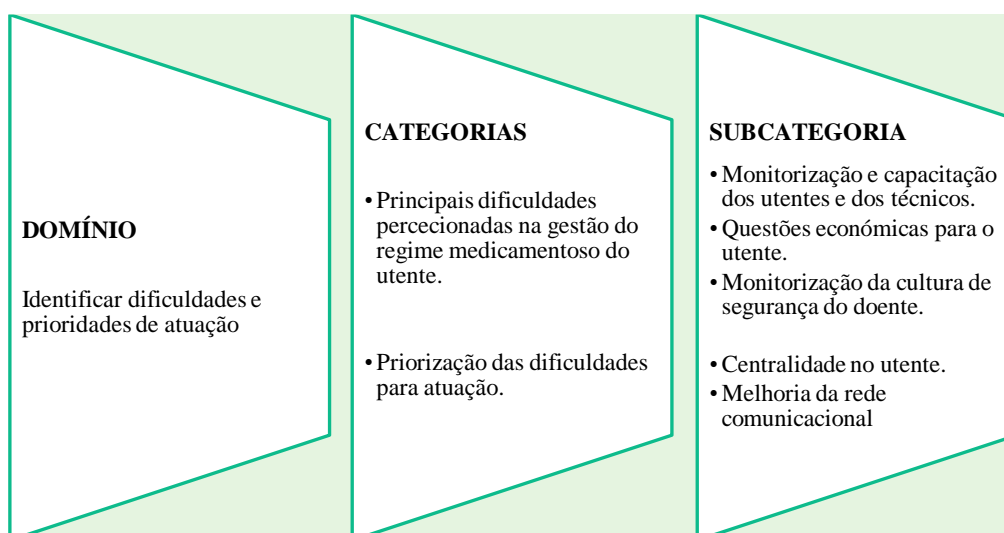
Recorde-se que, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015), na sua última versão, o termo gestão do regime terapêutico não se encontra definido; com efeito, em vez disso, o documento orienta-nos para a utilização de termos como: autocuidado, regime, regime medicamentoso, regime dietético, regime de exercício, habilidade para gerir, atitude face ao regime, etc.

No sistema de informação em vigor na instituição é utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) na sua versão beta, e o conceito de gestão do regime terapêutico é respeitado como um comportamento de adesão que se concretiza em “executar as atividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar

atividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 62).

Os participantes manifestam necessidades de informação/formação sobre a temática dado que esta é fundamental para que a equipa possa elaborar um plano de intervenção e delinear estratégias para sensibilização/informação e motivação da equipa em colaboração com os utentes, sobre a adesão à gestão do seu regime medicamentoso. Assim, observou-se que os elementos da equipa mostraram interesse em minimizar os efeitos secundários, e maximizar comportamentos que promovam o controlo sintomático, a diminuição ou ausência de deslocações à consulta aberta do Centro de Saúde ou aos serviços de urgência/emergência da sua área de abrangência.

**Fig. 4 – Identificar dificuldades e prioridades de atuação**



Quando os participantes foram questionados sobre as dificuldades sentidas na priorização das suas atuações ao nível do regime medicamentoso, considerada como uma sub-área da GRT, a monitorização e capacitação dos utentes e dos técnicos surge nas declarações de 9 participantes (E1, E2, E3, E4, E5, E8, E9, E10, E11).

E3 (1º avaliar a minha própria capacidade e conhecimentos sobre o tema. Depois com os conhecimentos que tenho, redefino os ensinamentos a realizar);

E5 (A minha maior prioridade esclarecer, qual a medicação mais emergente e orientar de forma...e arranjar soluções imediatas, para a adesão ao regime terapêutico);

E11(Encontro-me, apreensiva, pela quantidade de medicamentos, que os utentes tomam.

As literaturas dizem que não devem tomar mais de cinco).

Depois, temos dois participantes (E2, E10) que consideram as questões económicas, uma situação que a observação indica ser muito frequente, mas poucas vezes verbalizada, por vergonha ou pudor, porque a relação não atingiu a fase de intimidade necessária para tal:

E2 (dos utentes a parte económica e dos cuidadores);

E10 (Prescrição dos genéricos).

Em relação à questão relacionada com a necessidade de priorização das dificuldades sentidas na atuação pela equipa, 5 participantes (E1, E2, E8, E10, E11) referem a dificuldade da monitorização da cultura de segurança do utente:

E2 (O que pode causar risco de vida...insulina, anticoagulante...risco de vida é prioritário para prevenir complicações);

E8 (dificuldades prioritárias é acompanhar e motivar a pessoa de referência/ cuidador principal, que está junto do utente);

E11 (A sinergia, ente os medicamentos e a polimedicação. As doenças de carácter crónico. Os ansiolíticos e as evidências científicas).

A centralidade de cuidados no utente é salientada por 4 participantes (E1, E2, E3, E5):

E1 (Separar as caixas...dividir medicação nas caixas semanais, escrever á rede informal e familiares);

E3 (Prioridade em 1º avaliar se tem capacidade, para o desenvolvimento das competências em falta, e caso tenha de fazer novos ensin角度s capacidades e competências);

E5 (Arranjar estratégias específicas, para cada pessoa, que promova a adesão).

Três participantes (E1, E4, E9) verbalizaram ainda como fator relevante a melhoria da rede comunicacional:

E1 (Aumentar a comunicação com o médico prescritor);

E4 (Questões económicas podem balizar, a adesão, e eles não verbalizam, estas questões);

E9 (Questões económicas podem balizar, a adesão, e eles não verbalizam, estas questões, porque eles não transmitem o que se passa).

Mota et al (2016) consideram que a gestão do regime terapêutico é um conceito que envolve a adesão, e transporta também para a vontade de atingir, entre outros aspetos, a capacidade de ter determinação para a alteração de um comportamento que “face à modificação do status de um sintoma ou face a uma nova circunstância, incorporando, por isso, o autoconhecimento e o conhecimento técnico necessário para interpretar e agir em conformidade (Mota et al, 2016, p. 73, citando Bastos, 2013, p. 66).

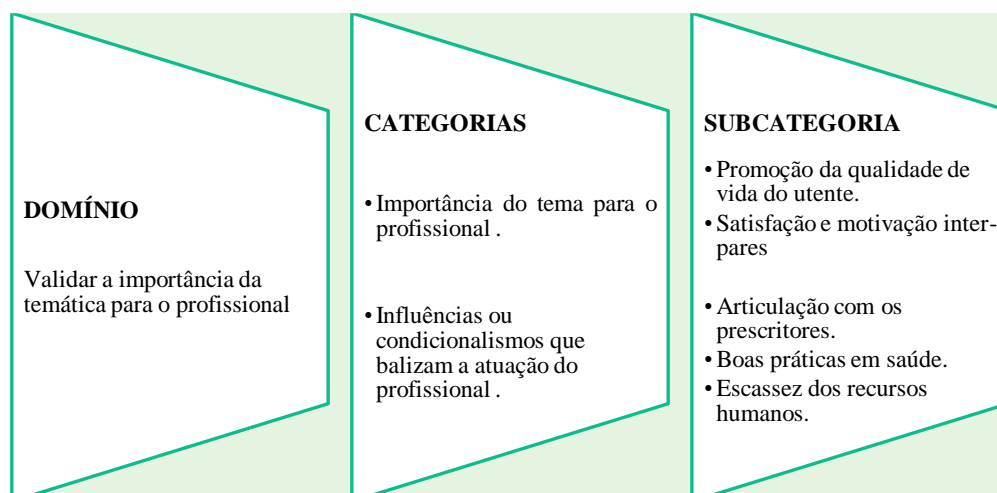
A monitorização e o acompanhamento do público-alvo parecem ser as maiores dificuldades manifestadas pelos elementos da equipa, pelo facto da dificuldade das intervenções na alteração de comportamentos.

Parece-nos que a monitorização e a questão económica se encontram diretamente relacionadas, isto porque o acompanhamento e as intervenções delineadas levam à capacitação das pessoas com o contributo comunicacional, do conhecimento, da tomada de decisão, e à promoção da segurança face à resolução e firmeza que o profissional difunde, e que lentamente permite e promove a diminuição da necessidade de recurso a várias especialidades médicas prescritoras.

A equipa e os enfermeiros executam intervenções de natureza informativa que implicam “comunicar alguma coisa a alguém” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015, p. 60), particularmente no domínio do ensino “Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015, p. 40). As intervenções de enfermagem realizadas partilham áreas como regime medicamentoso, regime dietético, hábitos de vida e complicações (Mota et al 2016).

A polimedicação, verificada e associada a vários prescritores, conduz a dificuldades na aquisição de medicamentos e promove o incumprimento do regime medicamentoso, o que surge associado ao descontrolo sintomático. As ações devidamente programadas vão emergindo, e os objetivos vão sendo atingidos, verificando-se o decréscimo de deslocações a diversas consultas (abertas e ou urgência) por descontrolo sintomático. Os utentes procuram segurança no caminho em que se encontram e validam os conhecimentos dos técnicos sobre qual o caminho a seguir, diríamos que validam o percurso no SNS.

**Fig. 5 - Validar a importância da temática para o profissional**



Quando os profissionais foram questionados quanto à importância do tema para si próprios, seis participantes (E1, E2, E4, E5, E8, E10) referiram o seu papel coadjuvante na promoção da qualidade de vida do utente:

E4 (Importante a temática, tenho a sensação que o doente não é visto por um todo...);

E5 (Para o utente e profissional. Controlo sintomático e qualidade de vida para o utente);

E10 (Se o utente quer recuperar o cumprimento do regime medicamentos é vital para contribuir para a sua qualidade de vida).

Sete participantes (E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10) aludiram à relevância da temática para a satisfação e motivação interpares:

E9 (Temos de bater a mesma tecla, e negociar pequenos objetivos, para chegar a grandes resultados, para ir motivando):

E10 (Porque, não depende de nós exclusivamente. Prima-se pela qualidade das boas práticas olhando o utente\cuidador numa perspetiva holística, em relação ao regime medicamentoso. Se não houver adesão: tenho de reestruturar a nossa adesão e motivar a adesão).

Dando continuidade às questões, em relação às influências ou condicionalismos que balizam a sua atuação profissional, quatro participantes (E1, E2, E3, E10) referiram a necessidade de articulação com os prescritores e, simultaneamente, a necessidade de fundamentarem as suas intervenções em boas práticas:

E2 (A estrutura do planeamento dos cuidados, somos gestores);

E10 (Influências positivas na articulação médico prescriptor enfermeiro... Falta de comunicação, melhorar a comunicação).

Três inquiridos (E4, E6, E10) alegaram que a falta ou escassez de recursos humanos condiciona o seu exercício profissional:

E4 (Falta de tempo, de ambos, utente\médico);

E6 (Falta de tempo, que condiciona);

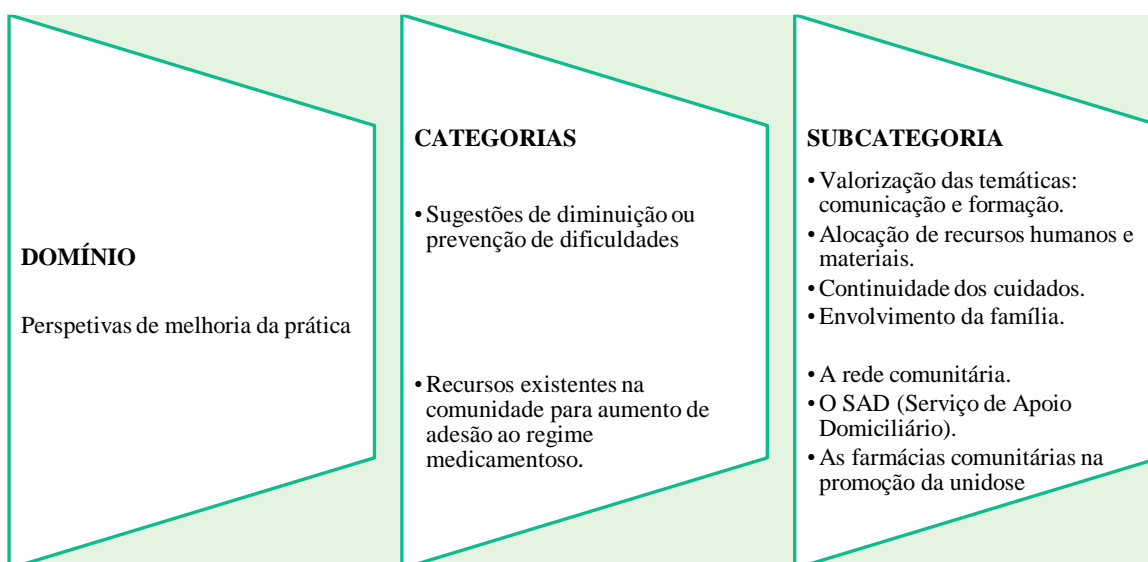
E10 (Carência de recursos humanos...).

Conforme o estudo consultado de Bugalho e Carneiro (2004, p. 14), a não adesão "Interfere com os esforços terapêuticos, reduzindo os benefícios clínicos da medicação e promovendo a utilização de meios complementares de diagnósticos, considerados desnecessários." Em relação à monitorização, as intervenções destinadas a melhorar a adesão terapêutica contribuem

fortemente para melhorar a saúde e a qualidade de vida de população idosa, reduzindo significativamente a número de visitas e internamentos por descompensação sintomática.

Para os profissionais, a qualidade de vida da pessoa (melhoria do seu bem-estar) condiciona a sua motivação e satisfação; associados a estes fatores, promovem uma relação interpessoal, associada a uma comunicação assertiva que transmite segurança aos intervenientes, ao longo do período de internamento da equipa. Com a passagem dos dias, verificamos que as utentes sentem a necessidade de participar no seu processo de tratamento e reabilitação, e procuram profissionais de saúde para melhorar a sua adesão. Postula-se, assim, que profissionais de saúde devem, então, adotar uma abordagem biopsicossocial em que as pessoas (utentes e cuidadores) são “parceiros” participativos e envolventes no processo de gestão terapêutica, esclarecendo e elucidando as suas dúvidas e desmistificando seus preocupações e medos.

**Fig. 6 - Perspetivas de melhoria contínua**



Quando abordados sobre as perspetivas de melhoria continua, que sugestões de diminuição ou prevenção de dificuldades são sentidas, cinco participantes (E2, E3, E4, E8, E10) referiram a necessidade de valorização das temáticas comunicação e formação:

E2 (Comunicação da equipa, mais exequível, visitas domiciliárias conjuntas, equipa multiprofissional);

E3 (Melhorar. Valorizar a temática na formação em serviço, ou junto das profissionais e um projeto que se melhora a articulação entre os intervenientes);

E10 (Formação – Informação..... Comunicação e confiança, para que os utentes se sintam à vontade, para exprimirem as suas dificuldades. Porque dá confiança, parte a parte. Utente – cuidador – enfermeiro).

Quatro inquiridos (E1, E5, E8, E11) referiram a necessidade de garantirem a continuidade dos cuidados ao utente:

E1 (Avaliação-e intervenção, após definição de prioridades);

E11 (Depois, escrever os sinais e sintomas relevantes, que contribuem para alertar, os colegas, para existir a continuidade dos cuidados e perceber o que vamos ver/observar).

Dois participantes (E5, E8) revelaram que o envolvimento da família seria facilitador:

E5 (Ter um familiar, capacitado, depois dos utentes serem capacitados, para apoio e validação da adesão e gestão do regime);

E8 (Aquando da visita domiciliária, estar presente a família).

Para dois dos inquiridos (E2, E6) a alocação de profissionais à equipa é um elemento crucial, no âmbito da temática em apreço:

E2 (Mais pessoal de enfermagem. Outra viatura... mais alocação de horas dos técnicos);

E6 (Maior número de profissionais, interesse boa vontade).

Quando questionados quanto aos recursos existentes na comunidade que pudessem funcionar como facilitadores para o aumento de adesão ao regime medicamentoso, os participantes consideraram o colaborador; contudo, só três participantes (E1, E5, E8) reconhecem o SAD como uma mais-valia:

E1 (SAD - Serviço de Apoio Domiciliário);

E5 (SAD, as Santas Casas da Misericórdias locais, poderiam ser parceiros de agilização do processo);

E8 (Os recursos que temos disponíveis na rede parceiros para aumentar o regime medicamento, são os Serviços de Apoio Domiciliário).

Apenas 2 participantes (E1, E8) indicam as farmácias comunitárias como auxiliares na promoção da unidose:

E1 (Eventualmente as farmácias comunitárias (preparação semanal da medicação), que já vão fazendo);

E8 (Contudo há que superiormente pensar-se em respostas inovadoras para agilizar.... Outro passo que pode ser dado, e que já se verifica em muitas farmácias, são as unidoses).

Dois participantes (E10, E11) referem a rede comunitária, e consideram o Centro de Dia ou outra alternativa que exista a nível da organização pessoal ou institucional, desde que exista controlo sintomático:

E10 (Os Centros de Dia, na prática, vemos que eles são um apoio importante, mesmo sem formação específica, conseguem detetar situações que estão menos bem, e detetar, sinalizar, para nós);

E11 (Se verifico gestão e adesão, não interfiro, por mim...tudo bem. Cada um orienta-se na melhor forma de cumprir o regime medicamentoso. Não vou alterar comportamentos, atitudes ou organizações específicas de cada um, caso o regime medicamentoso seja cumprido e os valores apresentados pelos registos sejam adequados e compatíveis com as tomas).

De notar que três participantes não responderam à questão, porque concordam apenas que capacitação a nível do regime terapêutico pertence ao domínio da equipa multidisciplinar da área da saúde.

Neste domínio, os profissionais da equipa valorizaram a comunicação e a formação, considerando que são pontos chaves da relação entre os intervenientes. A alocação ao Centro de Saúde de recursos (humanos e materiais) associados às políticas de saúde em vigor, condiciona a continuidade dos cuidados em contexto domiciliário, apesar da transferência dos internamentos a nível hospitalar para o domicílio. Considerando os custos associados ao internamento hospitalar, acrescidos de condicionantes relacionadas com a dispersão geográfica, a baixa densidade populacional e baixa rede de transportes, o envolvimento da família seria fundamental, e este é considerado um elemento facilitador do processo, a nível de capacitação, monitorização e tutoria.

Ao nível da rede comunitária, os inquiridos não reconhecem estruturas com constituintes que promovam a capacitação ao nível da gestão do regime medicamentoso, apenas reconhecem estruturas que promovem a substituição ao nível da gestão do regime medicamentoso. No entanto, as farmácias comunitárias visam a promoção e preparação da unidose, em termos de distribuição os medicamentos. Para alguns dos elementos entrevistados, este aspeto parece ser consensual, porque pode promover a adesão, a substituição e a diminuição dos custos económicos associados. No entanto, uma vez mais, não promove a capacitação da pessoa. Por outro lado, constata-se que a população acima dos oitenta anos aumentou significativamente, enquanto indivíduos internados no domicílio, o que implica o aumento das horas de cuidados de saúde necessárias para a capacitação das famílias, o que se associa às várias problemáticas

de saúde emergentes, como sejam: as demências, as sequelas das doenças cardiovasculares, e as sequelas da diabetes não controlada, que levam ao esgotamento dos recursos da rede comunitária e dos profissionais de saúde.

Dos resultados obtidos para o diagnóstico de situação, na sequência da análise realizada ao conteúdo das entrevistas, foi possível isolar e identificar como problemas:

- **Baixa literacia em saúde**, manifestada pelos défices de conhecimentos indicados pelas necessidades informativas/formativos dos intervenientes;

- **Auto- e polimedicação**, em consonância com doenças crónicas associadas aos utentes alvo de cuidados da equipa. Verificada a sobrecarga do cuidador, constata-se a necessidade de promover o envolvimento familiar;

- **Défices de funcionamento na rede comunicacional** revelados pela necessidade de melhoria da monitorização da cultura de segurança da doente associada à continuidade dos cuidados.

Como ponto positivo, promotor dos esforços de melhoria da situação, constatámos:

- A existência de uma **rede comunitária** que pode ser facilitadora na agilização do processo.

Confirmámos que os problemas identificados correspondem ao que foi apontado ao longo do enquadramento teórico: foi detetado o envelhecimento populacional com elevados índices de dependência, associados à prevalência e incidência de doenças não transmissíveis, agregado à auto- e polimedicação. Assim, e em conclusão, a baixa literacia em saúde incentiva a centralidade dos cuidados num processo de melhoria na monitorização e capacitação, cooperando para o envolvimento, a satisfação e motivação dos intervenientes.

### 3 - DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

#### 3.1 – PRIORIDADES E OBJETIVOS

Quando a palavra “formação” surge no nosso pensamento, a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem está necessariamente presente, e os padrões de qualidade são visualizados como referencial. A OE (2015) intensifica e fortifica a importância da implementação dos padrões de qualidade na organização de saúde, sublinhando que as intervenções dos enfermeiros da área de gestão são cruciais para a garantia de melhores cuidados aos cidadãos e o contributo para atingir a meta dos indicadores de excelência para o CS.

De acordo com o diagnóstico de situação realizado, exigiu a determinação de prioridades e fixados objetivos. No que diz respeito ao nível da sensibilização e formação dos enfermeiros da equipa, nomeadamente aos padrões de qualidade e, neste caso especificamente, ao nível da prevenção de complicações, na promoção do bem-estar e do autocuidado, na promoção da saúde, na readaptação funcional e na organização dos serviços. Em síntese, e tendo por base os resultados do estudo realizado, bem como a observação direta efetuada durante o estágio das atitudes e dos comportamentos dos enfermeiros, associados à análise reflexiva realizada dos registos realizados nos sistemas de informação, constatamos que existe uma **necessidade efetiva de formação/informação sobre esta temática.**

Consideramos a formação como uma preocupação primordial do Enfermeiro Gestor, crucial na constante e pertinente atualização de conhecimentos e saberes, para a equipa que lidera (indo ao encontro dos objetivos organizacionais e dos profissionais). Com efeito, o Enfermeiro Gestor tem de ser assertivo na necessidade do desenvolvimento profissional e pessoal de todos os elementos que comanda. Neste sentido, e dando continuidade ao *processo*, resumimos de seguida as prioridades identificadas na sequência do diagnóstico e dos objetivos fixados.

Começando pelas prioridades, considera-se que alguns aspetos se encontram já presentes na atuação dos enfermeiros da unidade de saúde em que o estudo foi desenvolvido. Assim, verifica-se que os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes, no respeito pelo contexto familiar e cultural onde se inserem; do mesmo modo que identificam os problemas potenciais do utente, elaboram diagnósticos de enfermagem, determinam e implementam

intervenções com vista à prevenção de complicações, demonstrando sentido de responsabilidade pelas decisões tomadas e atos delegados.

Por outro lado, porém, observa-se que os enfermeiros nem sempre registam e avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis (por dificuldade na monitorização); não instruem e treinam o utente sobre a sua adaptação funcional com a frequência exigida (alegando falta de tempo); e apresentem dificuldades na utilização do sistema de registos de enfermagem (por se encontrarem em constante mutação de mobilidades, internas e externas, por ausências ao trabalho, pelas constantes alterações dos sistemas de informatização). As prioridades deverão, assim, focalizar-se nestes aspetos.

Já se conhece o âmbito do projeto a desenvolver, iniciando-se a terceira etapa de processo de planeamento, que corresponde à fase tática. Para Tavares (1990), os objetivos adequam aos resultados que se desejam para a população alvo, onde bem pronunciados devem fornecer normas e critérios às atividades, e esclarecer os participantes do projeto os tipos de comportamentos alusivos e oportunos.

Face aos resultados encontrados no diagnóstico definiu-se como **objetivo geral**:

- Realizar em conjunto com os elementos da equipa uma reflexão para promover a melhoria do processo e resultados ao nível da gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário.

Definiu-se como **objetivos específicos**:

- Delinear um plano de estratégico em conjunto com os membros da equipa que vise a melhoria da gestão do regime terapêutico dos utentes em contexto domiciliário.
- Planear com a equipa uma sessão de informação/formação que promova o conhecimento das NOCS em vigor e adaptadas ao contexto domiciliário, (com especial incidência nos chamados “medicamentos LASA” - Medicamentos com designação, fonética ou aspeto semelhantes (da nomenclatura inglesa “look alike sound alike” - **lasa**).
- Realizar com a equipa uma sessão de informação/ formação que promova o conhecimento das NOCS em vigor e adaptadas ao contexto domiciliário, (medicamentos LASA).

**Tabela 2. Objetivo Específico 1, indicadores de execução, atividades e metas**

<b><u>Objetivo específico</u></b>	<b><u>Indicadores de execução</u></b>	<b><u>Atividade</u></b>	<b><u>Meta</u></b>
- Delinear um plano de estratégico em conjunto com os membros da equipa que vise a melhoria da gestão do regime terapêutico dos utentes em contexto domiciliário-	1- obter a colaboração dos membros da equipa multidisciplinar que colaboram e intervêm no processo inicial de admissão e recolha da história clínica do utente;	1- Realizar as entrevistas para identificação das principais dificuldades com que os elementos da equipa se debatem na priorização das necessidades de intervenção e as perspetivas de melhoria ao longo do processo;	1- Identificar e priorizar as duas principais dificuldades com que os profissionais de deparam na abordagem da gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário;
	2- Pesquisar a legislação em vigor e adequar às intervenções em contexto domiciliário;	2- Realizar a pesquisa e elaborar a sinopse e procedimentos;	2- Identificar as duas principais NOCs em vigor e adequar ao contexto domiciliário;
	3- Elaborar um guia de procedimentos facilitadores das intervenções de enfermagem e deixar no serviço para consulta dos elementos da equipa;	3- Adquirir o dossier, imprimir os procedimentos, arquivar devidamente identificados;	3- Identificar o local de alocação do dossier;

**Tabela 3. Objetivo Específico 2, indicador de execução, atividades e metas**

<b><u>Objetivo específico</u></b>	<b><u>Indicadores de execução</u></b>	<b><u>Atividade</u></b>	<b><u>Meta</u></b>
Planear com a equipa uma sessão de informação/formação que promova o conhecimento das NOCS em vigor e adaptadas ao contexto domiciliário, (medicamentos LASA).	Elaborar uma sessão de informação/formação à equipa.	Realizar a sessão informativa/formativa à equipa.	Planear e elaborar a temática de informação /formação dirigida à necessidade da equipa, para ser utilizada na melhoria do processo e resultados ao utente alvo de cuidados em contexto domiciliário.

**Tabela 4. Objetivo Específico 3, indicador de execução, atividades e metas**

<b><u>Objetivo específico</u></b>	<b><u>Indicador de execução</u></b>	<b><u>Atividade</u></b>	<b><u>Meta</u></b>
Realizar com a equipa uma sessão de informação/formação que promova o conhecimento das NOCS em vigor e adaptadas ao contexto domiciliário, (medicamentos LASA).	Número de participantes/totalidade da equipa x100%	Realizar a sessão de informação/formação aos profissionais participantes	Garantir a frequência de 40% dos profissionais da equipa

Torna-se importante que o enfermeiro, quando identifica o risco, tome a decisão, se aquele é significativo, e se se encontram implementados controlos adequados e suficientes para garantir que o risco se encontra devidamente controlado.

Considerando que um medicamento é considerado um perigo quando tomado sem prescrição, uma vez que pode existir o risco de causar danos ou reações adversas, minimizar o dano através da implementação de barreiras, através de um controlo efetivo e que melhor a qualidade do nosso trabalho é uma prioridade. Esta abordagem traz consigo necessidades de conhecimento de outras áreas que implicam novos instrumentos, como as técnicas de entrevista e observação, técnicas de reunião e também técnicas de organização de cuidados, as quais permitem ter em conta a pessoa e a família, as suas aspirações, medos e expectativas (Collière,1998).

A existência de grandes quantidades de medicamentos em contexto domiciliário, provoca confusão e desorientação em relação às tomas, horários e dosagens. Por vezes, deparamo-nos igualmente com um défice de articulação entre prescritores, o que provoca limitações na atuação interdependente do enfermeiro. Durante o internamento na equipa, a relação cimenta-se e a confiança instala-se, pelo que as confidências surgem, nomeadamente sobre a utilização de “mesinhas caseiras – chás” ou de ervas medicinais de utilização e venda livre para controlo sintomático. Estas situações podem levar os enfermeiros a concluir que um utente pode ter capacidades e não ter conhecimentos, ou pode ter conhecimentos e não ter capacidades, para gerir o seu RT.

Assim, de acordo com os recursos existentes e indo ao encontro do objetivo geral delineado, surge agora o momento de definir estratégias. Trata-se da quarta etapa do processo de planeamento em saúde, conforme referimos acima: após a fixação dos objetivos, pretende-se nesta etapa propor novas configurações de atuação, transversalmente a um conjunto coerente de técnicas específicas e estruturadas, na mira de alcançar os objetivos desejados (Imperatori e Giraldes, 1982).

Sendo estratégia a capacidade de desenvolver um conjunto de ações com vista a atingir um ou mais objetivos previamente definidos, propomos como linhas orientadoras da atuação no sentido de melhorar a gestão do regime medicamentoso em contexto domiciliário:

- Envolvimento dos 10 membros da equipa multidisciplinar que colaboram no processo de recolha da história de vida/clínica e procedem à avaliação da admissão do utente na equipa

- Elaboração de um plano de informação/formação à equipa, apresentação à equipa a elaboração dos procedimentos de intervenção e registo no sistema informação SClínico versão 5.6;

- Diligência do plano de informação/formação à equipa.

Consideramos ainda duas orientações de primordial relevância:

- Os sistemas de informação devem ser considerados como uma oportunidade para refletir e redefinir os processos de trabalho atuais, a fim de tirar partido das novas habilidades na informação ao nível da gestão para reduzir custos, aumentar a eficiência e aperfeiçoar os níveis do serviço prestado (Mota, 2010; Pereira, 2007);

- Os cuidados de enfermagem que dependem da tomada de decisão do enfermeiro podem e devem cumprir um papel decisivo na melhoria da adaptabilidade, ação, modificação e otimização de todas as condições e circunstâncias que cercam e afetam as atitudes dos doentes, a fim de desenvolver as suas capacidades de desempenho a nível no autocuidado (Mota, 2011);

- Os documentos de apoio ao processo devem ser pensados, trabalhados e otimizados no sentido de constituírem um elemento de apoio efetivo ao trabalho do enfermeiro e da equipa, visando proporcionar mais segurança ao utente e ao(s) seu(s) cuidador(es) e mais qualidade ao serviço prestado pelos técnicos de saúde, nomeadamente no que se refere ao registo e monitorização com vista a uma gestão mais adequada do regime terapêutico em contexto domiciliário.

A elaboração dos documentos referidos resultou da análise das entrevistas, da observação, assim como da revisão da literatura, da revisão da legislação em vigor e da consulta das NOCs, divulgadas enquanto normas de orientação da Direção Geral de Saúde (DGS). As pesquisas eletrónicas possibilitaram encontrar e consultar estudos que suportassem a elaboração de um plano de informação/formação devidamente estruturado.

Esses procedimentos incidiram na transmissão de informação/formação, em relação à temática da gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário, com inclusão de procedimentos de intervenção e diminuição dos riscos associados à dificuldade de monitorização e registo, acompanhamento e capacitação promovida pela baixa literacia em saúde, associada à auto- e polimedicação, tendo estas sido as necessidades consideradas como prioritárias pela equipa, correspondendo de igual modo à maioria das necessidades identificadas na revisão da literatura.

No sistema de informação SClínico 5.6 é utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) na sua versão beta, na qual a definição de gestão do regime terapêutico é considerado um comportamento de adesão que visa “executar as atividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 62)

Na literatura, despontam outros termos para descrever o conceito de gestão de regime terapêutico, como é o caso de *self management* (autogestão) associado ao autocuidado, que Lorig e Holman (2003) descrevem como aprendizagem e treino de competências necessárias para garantir uma vida ativa e emocionalmente satisfatória face à doença crónica. Os mesmos autores definem cinco capacidades de autogestão: resolução de problemas, tomada de decisão, mobilização de recursos, estabelecimento de parcerias de cuidados com o profissional de saúde e capacitação de ação (referido por Mota et al 2016, pp, 72-73).

Procedeu-se, então, à elaboração do Plano de Sessão para a formação correspondente, (Apêndice 6), que contemplará o método expositivo e demonstrativo com apoio de uma apresentação em PowerPoint (Apêndice 7).

### 3.2 – SELEÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

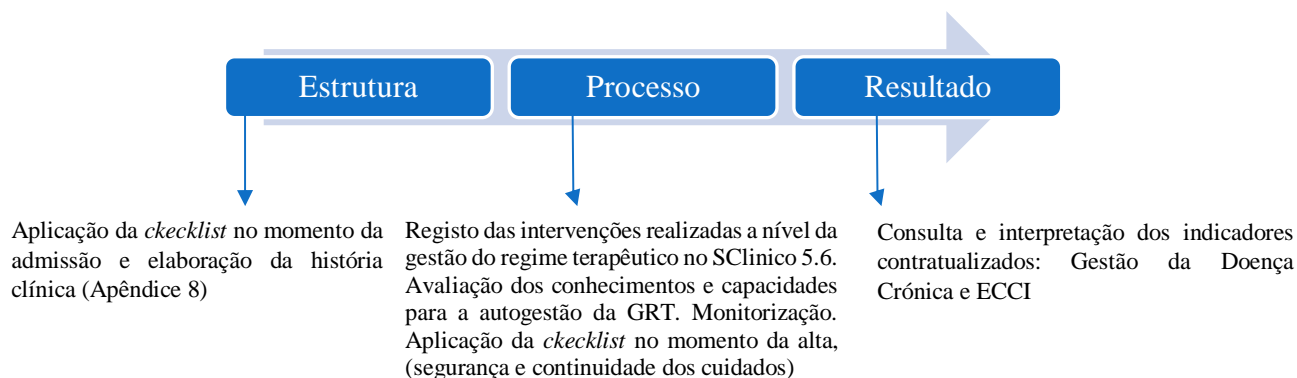
Após as etapas referidas anteriormente, tornou-se necessário planear a operacionalização da execução do projeto. Conforme afirma Giraldes (1982, p. 85): “Após uma tomada de decisão sobre quais as estratégias mais adequadas do ponto de vista político, técnico e de consentimento pela população, haverá que passar por (...) fase do processo do planeamento: a formulação de programas e projetos.”

Já que um programa é um conjunto de atividades necessárias à realização de uma estratégia, um projeto é um conjunto de atividades que contribuem para a execução de um programa que decorre num período de tempo (Tavares, 1990).

Parece-nos pertinente que, perante uma evidente necessidade de mudança de paradigma no cuidado ao utente, na maioria das vezes idoso, o enfermeiro especialista sustente a realização do compromisso de gestor de caso, centralizando e individualizando o cuidado na pessoa a experienciar a alteração de um paradigma, num processo de doença no seu contexto, alinhando os elementos da equipa multiprofissional e as intervenções mais eficazes, tendo em conta as necessidades do utente. O estudo de Duarte (2013, p. 22) conclui: “A evidência demonstra-nos que a intervenção do enfermeiro se deverá dividir em três momentos distintos: a) diagnóstico da capacidade de autogestão e Não Adesão; b) educação para a autogestão; c) monitorização”.

Tomando como referência o modelo de Avedis Donabedian (1980), e tendo presente os resultados do diagnóstico de saúde no âmbito da gestão de regime terapêutico em contexto domiciliário para a melhoria dos cuidados, parece-nos vantajoso que se realize a otimização da *checklist* aplicada no momento de admissão, assim como a da folha de registo da história de vida que permite hierarquizar as prioridades interventivas ao utente.

**Fig. 7 - Para a centralidade dos cuidados ao utente**  
[Elaboração própria adaptado do Modelo Donabedian (1980)]



Assim, propõe-se a otimização de *checklists* a utilizar nos dois momentos fundamentais do processo, nomeadamente na admissão do utente e aquando da alta. A primeira, **Checklist de Procedimentos de Admissão**, apresentada no Apêndice 8, visa avaliar a situação do utente em contexto domiciliário e integra a elaboração de uma história clínica, a produção de uma folha de terapêutica, e a realização de registos no sistema informático Sclinico versão 5.6, levantando o foco obrigatório no processo de enfermagem ao nível da gestão do regime terapêutico. Para maior eficácia, os procedimentos são distribuídos por 3 blocos:

- Procedimentos a realizar em suporte papel [realçando-se a impressão das escalas de avaliação realizadas no Sclinico versão 5.6, em particular a que se refere à Gestão de Regime Terapêutico (Apêndice 9) e a colocação do duplicado da folha de terapêutica na pasta existente no veículo].
- Procedimentos a realizar na aplicação Sclinico versão 5.6, com ênfase no preenchimento da avaliação inicial do utente e, como se depreende do ponto anterior, no registo da “Gestão do Regime Terapêutico” e avaliação da capacidade e conhecimentos do utente e/ou cuidadores para a gestão do RT (Apêndice 10); Verificação dos procedimentos de monitorização dos registos realizados e capacitação através dos procedimentos elaborados para a gestão e adesão ao regime medicamentoso e, em particular, os medicamentos LASA (como vimos acima), e ainda a aplicação da *checklist* no momento da alta (continuidade dos cuidados e segurança do doente).
- Procedimentos Gestcare CCI, onde, além do registo dos motivos de referência, se deve de novo prestar particular atenção ao Gestão do Regime terapêutico e à avaliação da capacitação dos cuidadores. Consulta e interpretação dos indicadores contratualizados com o ACES AC: Gestão da doença Crónica (Taxa de resolução da ineficácia/compromisso GRT) e ECCI (Proporção de doentes internados em ECCI com internamento hospitalar)

Existe o manifesto interesse e a necessidade de que seja reforçada a comunicação eficaz de informação sobre a medicação da pessoa aquando da admissão na equipa, apoiando o profissional de saúde na reconciliação terapêutica. A reconciliação terapêutica é um processo de verificação da lista completa da medicação de cada doente, que deverá ser realizada sempre que existe uma nova prescrição de medicação, através da confrontação da prescrição atual de medicamentos face à já existente (DGS,2014). A Organização Mundial da Saúde (OMS)

recomenda a reconciliação terapêutica nas admissões, nas transferências entre as unidades funcionais e no momento da alta. Consta-se, que perante este procedimento, permite reduzir a esquecimento, a duplicação ou a indicação incorreta de medicação nas transferências de cuidados e, reduzir, assim, os episódios com o regime medicamentosos.

Por seu turno, a **Checklist de Procedimentos de Alta** (Apêndice 11) marca outro momento fundamental do processo e pretende garantir a qualidade dos cuidados a prestar ao doente após o seu internamento na equipa. É constituída por ter blocos de procedimentos: elementos a inserir na aplicação Sclinico versão 5.6, com especial enfoque em “Registar as intervenções realizadas que consentem a continuidade dos cuidados: Foco: Serviço de Saúde”; GestCare CCI, destacando a realização da nota de alta pelo gestor do caso; e procedimentos a efetuar em suporte papel, onde se salienta “Enviar Nota de Alta por correio eletrónico”, bem como o encaminhamento para o enfermeiro e médico de família, unidade de internamento da RNCCI ou outra resposta adequada ao utente, com vista a promover a vigilância de saúde e monitorização das prescrições medicamentosas, através da renovação do receituário.

Esta aplicação permitirá à equipa uniformizar procedimentos de intervenção, linguagem, monitorização, próximo do utente assim como contribuir para a melhoria do processo na identificação das necessidades, transmissão de informação/formação e registos de intervenção. Para validação e melhoria contínua desta estratégia recomendamos a realização de uma avaliação SWOT (acrónimo de *forças, fraquezas, oportunidades e ameaças*, em inglês), em reunião com a equipa (o protótipo de uma matriz SWOT é apresentado no Apêndice 12). Através da avaliação interna da equipa, a realizar por meio de uma entrevista *focus group* que incluiu a análise SWOT, conforme a implementação dos procedimentos normativos, ambiciona-se que se maximizem as medidas de bem-estar ao utente e equipa, depois de realizado o balanço de ganhos e perdas, tendo em conta o processo de cuidados em todas as vertentes do modelo de Donabedin.

Dado que este quadro será igual para todas as situações, mudando apenas o cabeçalho identificativo, apresenta-se abaixo uma, a título exemplificativo, sendo que estas informações serão igualmente identificadas pelo momento de utilização a que se referem e a data em que foram registadas:

**Fig. 8 - Matriz da análise SWOT**

<b>Forças</b>	<b>Fraquezas</b>
<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>

Esta matriz deverá ser ativada em quatro momentos decisivos, designadamente, na aplicação da *checklist* no momento da admissão e elaboração da história clínica; no registo das intervenções realizadas a nível da gestão do regime terapêutico no Sclínico 5.6; no registo de validação dos conhecimentos e capacidades do utente para a auto-gestão; e na monitorização e capacitação através dos procedimentos elaborados para a gestão e adesão ao regime medicamentoso. O objetivo é criar uma cultura de contínuo questionamento sobre a adequação, utilidade e eficácia dos documentos de apoio, na sequência do que já acima foi referido.

A partir desta reflexão, procede-se à estruturação de uma sessão informativa para apresentar aos elementos da equipa multidisciplinar participante no estudo, tendo por base este princípio, que foi desenvolvido um projeto de informação/formação que visa dar resposta às necessidades identificadas, refletindo sobre o desenvolvimento da prática profissional, incentivar as práticas baseadas na evidência científica, assim com contribuir para a agilização de recursos (humanos e materiais) ao nível dos processos e dos resultados, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Assim, os profissionais de saúde são implicados numa política de saúde definida através do PNS, com revisão e extensão a 2020, para os quais se propõe, através do potencial humano, um conjunto de recomendações estratégicas, de entre as quais salientamos: a cidadania em saúde; a equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde; a qualidade em saúde; e as políticas saudáveis.

Esta aplicação permitirá à equipa uniformizar procedimentos de intervenção, linguagem, monitorização, criar proximidade ao utente, assim como contribuir para a melhoria do processo na identificação das necessidades, transmissão de informação/formação e registos de intervenção.

### 3.3 - EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLO

A **organização da execução**, a quinta e última etapa do planeamento em saúde, é a fase que apresenta maior número de semelhanças com as etapas anterior e posterior, pois algumas das configurações tratadas na fase anterior, assim como os cronogramas elaborados, servirão para a avaliação do projeto. Ainda Tavares (1990) indica que, na organização da execução, há quatro tipos de planos operacionais, os quais podem estar relacionados com os meios financeiros (determinação de custos), comportamentos (determinar o comportamento dos indivíduos intervenientes no processo), métodos (determinar como devem ser processados os acontecimentos e as atividades) e com o tempo (relação entre o tempo e as atividades).

Verifica-se que “avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir. Este conceito transporta para a necessidade de precisar simultaneamente o objeto e o objetivo da avaliação: determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão.” (Imperatori e Giraldes, 1982, p.127).

De acordo com Tavares (1990, p. 169), “cada atividade a ser desenvolvida deve estar especificada de acordo com os seguintes parâmetros: o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível: o objetivo que pretende atingir; eventualmente: o custo da atividade”.

Todos estes autores salientam a importância de uma esquematização temporal das estratégias e atividades devidamente planeadas, pelo que, nesse sentido, aquando da realização do projeto de intervenção, nele foi incluído um cronograma. Contudo, foi necessário realizar um ajuste das atividades planeadas, no sentido de facilitar a orientação do planeamento e da execução.

A definição cronológica de cada atividade foi acordada em reuniões pontuais com a professora coordenadora do Estágio e a Enf<sup>a</sup> Supervisora no início do estágio final (setembro 2017 e fevereiro de 2018). Estes contactos, realizados por correio eletrónico e telefonicamente, permitiram ainda o esclarecimento de dúvidas e ansiedades, bem como a receção de orientações sobre a planificação estratégica das atividades a realizar.

Como elemento facilitador à apresentação desta etapa, procedeu-se à elaboração de tabelas, as quais, de acordo com cada estratégia selecionada, refletem os elementos que podemos resumir em quem, quando, onde e como, a que acrescem objetivos a alcançar e a previsão de recursos necessários.

Como veremos mais adiante, a avaliação deve ser adequada e explícita, porque irá permitir a determinação do sucesso, ou insucesso, do planeamento. Para isso, torna-se necessário recorrer a critérios e normas, sendo que “critério é uma característica observável, como por exemplo um indicador; uma norma é ponto de referência do critério que permite atribuir-lhe um julgamento, operacionalizando-o, atribuindo-lhe um valor numérico.” (Tavares, 1990, p. 205).

Poderemos concluir que, na avaliação, é admitido fazer um paralelismo entre os objetivos e as estratégias definidas no planeamento, realizada uma revisão da literatura para sustentar as intervenções realizadas transversalmente a leituras exploratórias, que tem ligação com a pergunta de partida.

### 3.3.1 - As atividades planeadas

Como já afirmámos acima, esta fase corresponde à quinta etapa do planeamento em saúde, ou seja, à fase da operacionalidade. No início desta etapa, surgem as atividades desenvolvidas que são especificadas no projeto, em linha de ação com os objetivos operacionais previamente estabelecidos.

Tavares (1990) refere que:

“Cada atividade a ser desenvolvida deve estar especificada de acordo com os seguintes parâmetros: o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível: o objetivo que pretende atingir; eventualmente: o custo da atividade” (p.169).

A forma de delinear as atividades, conforme o acima descrito, utilizámos uma sinopse detalhada das atividades realizadas através de uns quadros de esquema cronológica das estratégias e atividades programadas, conforme o autor acima referenciado, pelo que nesse sentido aquando da realização do projeto de intervenção, nele foi incluído um cronograma auxiliando a orientação e as várias necessidades de readaptação do planeamento e finalmente a sua realização. Cada atividade foi discutida em reuniões pontuais, mas frequentes com a coordenadora e orientadora da mestranda e a Enf<sup>a</sup> Supervisora no início e final do estágio.

Tornou-se elucidativo, para a preparação da estratégia, na priorização das atividades (sessão de informação/formação à equipa) a construção de procedimentos normativos tendo como base a legislação em vigor e artigos científicos, que se desenvolveu durante este período. Com o objetivo de especificar as atividades realizadas e para maior clareza, procedeu-se ao ajuste de tabelas, tendo como paradigma as sugestões de Tavares (1990). Assim, cada estratégia selecionada, reflete os parâmetros, quem, quando, onde, como, objetivos a atingir.

**Tabela 5. Estratégia - Envolvimento dos membros da equipa multidisciplinar que colaboram no processo de recolha da história de vida/clínica e procedem à avaliação da admissão do utente na equipa**

Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo a atingir
<b>Enfermeiro Mestrando; Enfermeiros do CS; Médico do CS; Assistente Social do CS</b>	De 25 a 29 de setembro de 2017	Sala de reuniões do CS	Método ativo Reuniões/entrevistas /reflexões	Identificar as principais dificuldades.  Priorizar as intervenções a realizar.  Promover a melhoria do processo.

Fonte: Elaboração própria.

Durante o período de 9 abril de 2018 a 10 de maio de 2018 (período em que se tomou conhecimento telefónico do parecer dos CES da ARSA I.P.) realizaram-se entrevistas individuais aos elementos da equipa multidisciplinar do Centro de Saúde da Região Alentejo, que prestam cuidados de saúde em contexto domiciliário. Decorreram reuniões mensais, quinzenais e semanais ao longo deste longo processo, umas espontâneas e outras devidamente pré-agendadas, com local e momentos de reflexão, com partilha de experiências e discussão de estratégias de intervenção, tendo como premissa dar continuidade. Este revelou ser o local privilegiado para discussão dos planos de intervenção para cada utente, Plano Individual de Cuidados (PIC) de cada grupo profissional, e o Plano Individual de Intervenção (PII), que agrega as intervenções de todos os elementos da equipa multidisciplinar, tendo como prioridade a intenção do utente. Os objetivos do seu acompanhamento pela ECCI são identificados pelo utente na admissão.

**Tabela 6. Estratégia - Elaboração de um plano de informação/formação à equipa, apresentação à equipa a elaboração dos procedimentos de intervenção e registo no sistema informação Sclinico versão 5.6. a propor à Vogal do Conselho Clínico e de Saúde**

<b>Quem</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Como</b>	<b>Objetivo a atingir</b>
<b>Enfermeiro Mestrando;</b>  <b>Enfermeiros do CS;</b>  <b>Testemunho Privilegiado do Enfermeiro Responsável e Coordenador dos registos do Programa SClinic do ACES, AC</b>	A definir	Sala de reuniões do CS e salas de trabalho com postos virtuais (proposta)	Método ativo Reuniões/entrevistas e reflexões.  Dinâmica de grupos e discussão de casos.	Elaborar um plano de informação/formação, à equipa para capacitação da equipa para a gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário.  Melhorar os registos realizados no sistema informático Sclinico versão 5.6 Melhorar o indicador contratualizado Melhorar os cuidados prestados ao utente, diminuindo riscos Promover o controlo sintomático.

Fonte: Elaboração própria.

É de salientar que, ao longo deste processo, foram utilizados computadores, meios audiovisuais/vídeo-projetor, máquina fotográfica, telefone e internet, viatura de transporte, folhas de papel, impressões realizadas a cores e a preto e branco, sendo que os custos foram suportados, na totalidade, pela mestranda.

Para a sua elaboração, também foi indispensável e fundamental recorrer a uma revisão sistemática da literatura, complementada pela consulta das Leis e Decretos-Leis pertinentes, das orientações normativas da DGS e construídas cumprindo as normas definidas pela DGS e ACSS, existindo aqui a fundamentação que suporta o nosso enquadramento teórico e as necessidades identificadas pela equipa. Foi igualmente crucial a cooperação do Enfermeiro

Coordenador do grupo de parametrizadores dos sistemas de informação nomeado pelo ACES AC e pela Sra. Enfermeira Vogal do Conselho Clínico e de Saúde do ACES AC.

O registo das intervenções é feito no sistema informático Sclinico versão 5.6, para que se tornem e revelem ser um instrumento efetivo de trabalho, uma vez que a sua construção obedece à linguagem e planeamento utilizados pelo programa de registos e atividade assistencial da equipa, simplificando a sua aplicação e monitorização. Este trabalho irá ser disponibilizado à Sra. Enfermeira Supervisora, com especial relevo para o Plano de Formação que abaixo se elabora, e a apresentação em PowerPoint, para posterior formação à equipa.

O Plano de Formação:

A prática do cuidar de pessoas/utentes coliga com as necessidades de atualização e aperfeiçoamento, como resultado da reflexão, do desenvolvimento das ciências e da tecnologia. As necessidades formativas identificadas conseguem ser colmatadas através da formação em serviço, básica para o desenvolvimento de competências, desenvolvimento teórico e prático, devendo para isso, ser criativa, estimular a autonomia, e o pensamento crítico.

Segundo Gomes et al (2008, p. 376), a formação pode ser definida como “um conjunto de experiências de aprendizagem planeadas por uma organização, com o objetivo de introduzir uma mudança nas capacidades, conhecimentos, atitudes e comportamentos dos empregados no trabalho”.

Consideramos necessário o incentivo à abordagem multidisciplinar na educação e formação dos profissionais no contexto dos cuidados de saúde, que tem como missão a capacitação e informação dos cidadãos/utentes, incluindo a sua implicação nas políticas e atividades de segurança, com o acesso e utilização da informação baseada em evidências.

Numa perspetiva de melhoria contínua do desempenho organizacional, o conceito de formação apresenta-se como uma ferramenta ao nível da gestão, cujas estratégias se encontram direcionadas para as metas da organização. Cabrera (2006), citado por Gomes, et al (2008), refere que “Os novos conhecimentos, capacidades e atitudes devem ser aprendidos e aplicados no trabalho para melhorar o desempenho da empresa” (p.376).

Ferreira (2015) defende que a formação se centraliza na organização e nos objetivos a atingir referidos com o trabalho e qualificação. Quando se utiliza o termo “educação”, este não apresenta um contexto específico. A educação e a qualificação contínua constituem uma base

para uma sociedade que se quer de conhecimento, que resulta numa melhoria do desempenho organizacional.

Salientamos a importância dos gestores na partilha da informação disponibilizada, pois o conhecimento partilhado é superior ao conhecimento individual. O conhecimento é uma arma de poder, no momento decisivo da tomada de decisões, particularmente em contextos de afastamento, devido à dispersão geográfica e isolamento social.

### 3.3.2. - Avaliação e controlo

A última fase do planeamento em saúde é a da avaliação, a qual deve ser adequada e explícita, porque, como já antes sublinhámos, permite aferir o grau de êxito, ou do fracasso, do planeamento realizado, donde poderemos concluir que, nesta etapa, será necessário considerar os resultados atingidos face aos objetivos estabelecidos e às estratégias definidas.

Para Imperatori e Giraldes (1982, p. 127) “Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir. Este conceito leva-nos a precisar simultaneamente o objeto e o objetivo da avaliação: determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão.”

A monitorização, enquanto atividade normativa, é interrelacionada com o projeto realizado e os objetivos delineados, os quais dão resposta às necessidades; caso não se verifique esta harmonização, será necessário regressar à 1ª etapa e reformular todo o longo processo de planeamento. Para Tavares (1990) são utilizados indicadores que meçam a prestação de cuidados de saúde, caso visem o impacto das atividades sobre a população, onde são utilizados indicadores que meçam o estado de saúde. Neste caso, pretendemos medir a taxa de sucesso da gestão do regime terapêutico.

#### **4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS E AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

A Enfermagem enquanto profissão que se constrói como ciência, necessita da pesquisa para se desenvolver, e tem-se observado uma evolução clara, ao nível quer da área da formação, quer do exercício da sua prática profissional.

Ao longo do processo de mobilização de conhecimentos e obtenção de competências definidas no âmbito dos Estágio I e Estágio Final, foram definidos os objetivos e delineadas as estratégias que permitiram desenvolver de forma integral o processo de aprendizagem que visa a prossecução dos objetivos a que nos propusemos. Estes objetivos assistiram como um guia orientador e consentiram, à luz do planeamento em saúde, realizar uma avaliação das intervenções efetuadas. “O exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde” [Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (RCAAG), 2018, p. 3478]

A gestão na área da saúde atravessa uma fase de mudança, face às novas reconfigurações sociais, aliada à forte e exigente influência das novas tecnologias, com a introdução das tecnologias de informação e comunicação. As políticas de saúde, as condições sociodemográficas e os padrões de qualidade de enfermagem também contribuem para tornar fundamental a formação em contexto do serviço.

A investigação realizada pelos enfermeiros assume um papel influente, em termos de promover um diagnóstico de situação e planear ações governativas que dão resposta às suas necessidades, e promovem ações eficazes traduzidas em mudanças comportamentais determinadas pela informação disponibilizada, e possíveis devido às novas evidências científicas.

O “Regulamento de Competência Acrescida Avançada em Gestão”, da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 76/2018, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 21 de 30 de janeiro) **define o perfil de competências do Enfermeiro Gestor** e os termos da sua certificação como competência acrescida avançada em gestão, no âmbito do seu exercício profissional de enfermagem. Neste Regulamento, a figura do Enfermeiro Gestor é caracterizada como sendo:

“O enfermeiro que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro

e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional ...(..)..pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros..(..) assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde” (RCAAG - OE, artigo 2º, p. 3478).

Ao analisarmos as perspetivas da gestão na área da enfermagem, verificamos que as intervenções assentam em quatro eixos, designadamente: a prática profissional ética e legal; a gestão de cuidados e serviços; a intervenção política e assessoria; e o desenvolvimento profissional [Associação Portuguesa Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL), 2009].

Constatamos, através da observação, que nem sempre se verificou a continuidade dos cuidados, tendo por base a garantia das dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão, mas sempre se verificou a existência do cumprimento da prática profissional, ética e legal, onde se preocuparam com os valores dos enfermeiros e dos utentes, se preocuparam com o controlo do respeito pela privacidade e individualidade do utente, e garantiram as condições legais para os cuidados e exercício profissional.

Ao nível da gestão de recursos humanos, o Enfermeiro Gestor diligencia reuniões com os membros da equipa multidisciplinar; testemunha a passagem de turno, no período da manhã e da tarde; avalia o desempenho dos enfermeiros (SIADAP 3); coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência; aloca horas aos enfermeiros segundo o número de utentes internados na equipa e os projetos em curso, distribuindo os elementos da sua equipa de acordo com as necessidades dos doentes internados. Este profissional tem por dever promover/criar um ambiente interno onde se desenvolve a coesão através do espírito de trabalho integrado em equipa, gerindo conflitos, promovendo o empenhamento e a motivação do coletivo, é responsável por providenciar os mecanismos de comunicação formal da equipa, o correio eletrónico, para divulgação de documentos normativos e orientadores de forma a manter a equipa atualizada, bem como para efetuar a gestão e monitorização do *webtime* (assiduidade, férias, ausências ao serviço).

A nível de intervenção política e assessoria, o Enfermeiro Gestor elabora e conduz o planeamento estratégico do CS; elabora e operacionaliza projetos, envolve-se e envolve a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais; adequa os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício.

No que se refere ao desenvolvimento profissional, diligencia a enfermagem baseada na evidência científica; promove a formação formal e informal da equipa e estimula os enfermeiros à autoformação.

Esta função contempla ainda competências do “Domínio da Gestão” e competências do “Domínio da Assessoria de Gestão”. No “**Domínio da Gestão**”, consideramos como fulcrais as referidas na alínea d), que transcrevemos:

“Operacionaliza as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança.” (RCAAG – OE, Regulamento nº 76/2018, Artigo 4.º Domínios da competência acrescida avançada em Gestão p. 3479).

No “**Domínio da Assessoria e Consultadoria**, salientamos, da alínea a): “Desenvolve a assessoria e a consultadoria visando processos de mudança que agreguem valor às organizações de saúde.” (RCAAG - OE, Regulamento nº 76/2018, Artigo 6.º Competência do domínio da assessoria e consultadoria, p. 3479)

Situada no cruzamento das áreas de enfermagem e gestão, a função apresenta-se complexa e multifacetada. Com a realização do V Mestrado de Enfermagem – Gestão de Unidades de Saúde, de que o Estágio I e, muito especialmente, o Estágio Final foi entendido como , a mestranda visou adquirir competências que lhe possibilitassem aceder a esta posição. Assim, ao nível da intervenção política e assessoria, participou na elaboração do “Plano de Ação Unidade Funcional” (PAUF), concebeu e participou nos projetos do centro de saúde, envolve-se e envolve os elementos da equipa, no desenvolvimento e na implementação de projetos a nível organizacional e adapta os recursos materiais, tendo em conta a relação-custo benefício. Ao nível do desenvolvimento profissional, promoveu a enfermagem baseada na melhor evidência científica, procurou contribuir para a formação formal e informal da equipa e estimulou os enfermeiros à sua autoformação.

Na equipa do CS, a liderança ergue-se como um fator interpessoal de influência, e nasce como uma competência em modificar o conhecimento em ação, provocando um ambicionado desempenho profissional. Pelos princípios da sua formação académica e profissional, os enfermeiros tendem a desenvolver, quase que de forma inevitável, habilidades de liderança, transversais às competências da carreira. Como síntese, referimos que a comunicação é a principal habilidade para o exercício de influência, para a coordenação de atividades em grupo

e para a efetivação do processo de liderança. Não é possível desvincular a liderança da comunicação.

O treino e o aperfeiçoamento através da formação contínua são fundamentais para a melhoria no relacionamento interpessoal e na utilização de estratégias de comunicação, para, através da capacitação de procedimentos, delinear estratégias visionárias que conduzam a expectativas organizacionais, e da equipa, em particular. Da priorização de necessidades de interventivas, temos de considerar as ações do Enfermeiro Gestor e enquadrar as competências que lhe estão associadas, no sentido de garantir a gestão e continuidade dos cuidados em tempo útil.

No que concerne à realização de investigação, refiram-se alguns contributos relevantes da mestranda e autora do presente Relatório de Estágio:

- Integrou a Comissão Organizadora do Seminário Internacional sobre comunicação Pessoal e Interpessoal em Organizações de Saúde, ESS IPP de Portalegre- Portugal, no dia 4 de março de 2017.
- Moderou o Painel “Reação de ajuda-a comunicação como relação” no Seminário Internacional sobre comunicação Pessoal e Interpessoal em Organizações de Saúde, ESS IPP de Portalegre – Portugal, no dia 4 de março de 2017;
- Participou no Congresso Internacional de “Investigação, Inovação & Desenvolvimento em Enfermagem- Escola Superior de Enfermagem do Porto dias 6 e 7 de julho de 2017 no Porto (20 horas);
- Participou no 7º Congresso Internacional da APGEL (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança) “Contratualização e Segurança dos Cuidados Desafios à Gestão de Enfermagem – 20 e 21 de outubro de 2017 em Portalegre;
- Frequentou o Curso de Formação Profissional “Registo SClínico” promovido pela Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. (Unidade Formativa acreditada por Despacho Ministerial de 08-01-2011);
- Frequentou com aproveitamento o 2º Curso de Enfermagem Oncológica da Fundação Centro Champalimaud, em Lisboa com um total de 18 horas, realizado nos dias 26, 27 e 28 de fevereiro de 2018;
- Esteve presente na 3<sup>rd</sup> Champalimaud Cancer Nurse Conference: “A Tecnologia ao Serviço da Humanização dos Cuidados”, que decorreu nos dias 3 e 4 de maio de 2018,

no Centro Champalimaud, em Lisboa.

A mestranda acredita ter igualmente adquirido as competências de Enfermeiro Gestor a que se propôs com a realização deste estágio integrado no curso de mestrado em Enfermagem, ramo de Gestão de Unidades de Saúde. Estas competências, já consideradas acima, serão reiteradas mais detalhadamente no capítulo seguinte.

## **CONCLUSÃO**

A gestão do regime terapêutico, enquanto ação, visa a promoção do bem-estar, baseada numa preferência e sujeita à determinação da pessoa (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p.62). Os cuidados de enfermagem fundamentam-se na tomada de decisão com conhecimento, os quais criam contextos de motivação e capacitação, pela influência na mudança de comportamentos face ao autocuidado. Para Morais (2010, pp. 38-42), “a capacitação do doente, com o objetivo de diminuir o impacto das taxas de não adesão ao regime é essencial que os enfermeiros em contexto domiciliário colaborem e auxiliem os doentes na aquisição de conhecimentos e capacidades para gerir o seu regime terapêutico.

Na centralidade dos cuidados, verificou-se dificuldade na articulação entre equipas dos diversos níveis de prestação de cuidados, colocado em risco, a desejável continuidade. Sobressaiu, a necessidade explícita de reflexão e reorganização de ideias, tendo por base as Normas Orientadoras da DGS, sobre a melhor e mais adequada reconfiguração, na recolha e elaboração da história clínica/vida. Os alicerces, onde consideramos os conhecimentos dos profissionais, são a mais-valia para os utentes e organização na definição de prioridades e estratégias delineadas, tendo como ponderação a informação facultada e disponibilizada. Consideramos que as consequências do incumprimento das orientações normativas da DGS expõem o impacto ao nível da segurança dos utentes e profissionais, com impacto na sustentabilidade e credibilidade do SNS.

Verificámos que as solicitações à equipa são cada vez mais exigentes e exigindo respostas em tempo real, na perspetiva e expetativas do utente e cuidadores, nem sempre possível de adequar em contexto domiciliário. Isto porque consideramos que as políticas de saúde em curso não têm conseguido assistir uma antevisão ao nível do planeamento, as alterações do paradigma da saúde quando surge o processo de doença. Observado como fator não facilitador que o processo de doença, cada vez mais se prolonga no espaço temporal, o qual exige outro tipo de organização nas estruturas de saúde.

Paúl e Ribeiro (2012), citando Bates et al. (2002) e Chernoff (2001), referem que “situações patológicas relacionadas com o envelhecimento podem afetar também as necessidades alimentares/nutricionais”; sem esquecer que “também a interação fármaco-

nutrimentos, problemas sociais e culturais deverão ser tidos em consideração ao analisar os determinantes do estado nutricional deste grupo etário (ADA, 2010, p.42).

A supervisão e a formação enquanto instrumento de gestão são áreas de preferência da gestão em enfermagem, que cooperam para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A importância das pessoas, a valorização da gestão do conhecimento, o investimento no capital humano são aspetos fundamentais para a gestão atual.

O Enfermeiro Gestor desempenha um papel influente no CS, sendo um vetor fulcral na mudança dos conhecimentos profissionais dos enfermeiros, assegurando, assim, a permanente qualidade dos cuidados prestados.

Para **organizar**, o gestor tem que colocar em prática os cuidados com uma ordem e sequência lógica, tornando-a compatível com a essência da equipa, da unidade funcional e da instituição. O enfermeiro nomeado em funções de chefia organiza todos os intervenientes, internos e externos, em correlação com a prática dos cuidados, reconhece os fatores de disfunção que possam surgir e reorganiza-os de modo a servir os interesses da unidade funcional e da organização.

Para **comunicar**, o gestor tem que transmitir informação, estimular e coordenar a partilha de conhecimentos entre os elementos da equipa, de modo a garantir complementaridade multiprofissional. Promover o diálogo com o objetivo de fomentar a partilha é uma das funções de grande destaque de um coordenador de unidade, uma vez que é ele que estabelece a ligação entre todos os elementos da equipa multiprofissional que coordena.

Para **desenvolver**, o gestor abraça todas as atividades e conhecimentos que se relacionam com a prática dos cuidados, incluindo as ações inovadoras que o enfermeiro nomeado em funções de chefia pretende desenvolver. Segundo Hesbeen (2000), estas competências remetem para o desenvolvimento de conhecimentos na área de prestação de cuidados, o que implica partilha e discussão dos conceitos científicos, técnicos, organizacionais ou conceituais de toda a prática de enfermagem entre a equipa e o enfermeiro nomeado em funções de chefia.

Quando falamos em **deliberar**, consideramos a capacidade de tomar decisões com conhecimentos científicos fundamentados pela maximização de competências, atitudes e capacidades através dos contributos de todos os elementos da equipa multidisciplinar. Um gestor em enfermagem deve partilhar as complexidades e êxitos com os elementos da equipa,

trocar ideias e ambições nas medidas a adotar e implementar, tendo sempre como objetivo primordial prestar cuidados de qualidade, envolvendo todos os seus colaboradores na dinâmica da gestão participativa e hierarquização horizontal da organização.

Por fim, no que concerne a **formar**, ressalva-se o papel primordial e permanente do Enfermeiro Gestor neste âmbito, ocupando parte significativa do seu tempo, considerando que este técnico de saúde deverá ter um papel proactivo e fundamental na formação formal e/ou informal da sua equipa, certificando e garantindo a continuidade da formação dos profissionais de acordo com as necessidades sentidas e os objetivos da organização. O Enfermeiro Gestor promove e desenvolve a formação planeada, coerente, devendo ainda ser baseada na conformidade dos cuidados prestados diariamente e na estratégia global visionária da organização.

Da observação, ao longo do decurso do estágio, compreendemos que, para uma eficiente gestão dos cuidados, é essencial desenvolver competências e atitudes adequadas, e sermos portadores de conhecimento científico devidamente atualizado. Reforçámos a constatação de que as políticas de saúde, sendo emergentes e de fácil reajuste através da publicação de decretos-leis e despachos ministeriais, exigem do líder uma predisposição para acolher as alterações, providenciar as adaptações, efetivar as mudanças, em suma, promover a inovação, tornando-se resiliente às contrariedades que vão surgindo. A essência de um líder está diretamente relacionada com a capacidade de influenciar pessoas para as estimular a atingir objetivos, exigindo que haja informação, educação, escuta ativa, promoção, colaboração, delegação de competências, e sintonia no grupo.

O presente Relatório de Estágio, por seu turno, nas suas componentes de problematização teórica e aplicação prática, permitiu pôr em destaque todas estas vertentes que constituem o perfil do Enfermeiro Gestor, mediante aplicação na prática de competências na elaboração do estudo de caso, promoção da reflexão, desenvolvimento de estratégias e implementação de um plano de ação visando melhoria contínua da gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário, visando a integração e corresponsabilização de todos os envolvidos.

Esta experiência tornou igualmente claro que houve aspetos que ficaram por abordar. A título de exemplo, refiro a questão de como tornar mais fácil para os utentes e cuidadores nesta região do mundo, debatendo-se com défices graves de literacias, de funcionalidade, de apoios familiares e outros, a identificação correta dos medicamentos e dos momentos das respetivas tomas. Acreditamos que a utilização de indicadores visuais pode ser uma via a seguir. A

memória visual contribui de forma positiva para a fixação dos objetivos iniciais, como as principais refeições o jejum, o pequeno-almoço, o almoço, o jantar e o “em SOS”. Parece-nos que combinar indicações visuais, preferencialmente padronizadas, de fácil compreensão, rapidamente apreensíveis pelos utentes com maiores dificuldades de leitura ou visão, poderá ser uma forma de contribuir para uma mais eficaz gestão do regime medicamentoso. Mas como referido, trata-se de uma linha de abordagem que não coube no âmbito deste trabalho, e poderá ser explorada futuramente.

Finalmente, afigura-se relevante referir que foram igualmente adquiridas competências relativas à frequência do mestrado e elaboração do presente Relatório, aprofundando conhecimentos e técnicas já consolidados, aplicando-os à resolução de um problema complexo num contexto alargado e multidisciplinar, desenvolvendo e integrando soluções inovadoras, fruto de investigação, bem como de reflexões pessoais e coletivas, adaptando situações de informação limitada ou incompleta.

Creio que este Relatório atesta a capacidade de comunicar o processo de pesquisa, reflexão e elaboração que conduziu às conclusões que aqui postulo, e que proponho sejam partilhadas com a equipa com que esta temática foi debatida em primeiro lugar e que se revelou um contributo fundamental para o trabalho realizado, permitindo-lhe assim a formação contínua de que um enfermeiro necessita e cuja prática diária exige, traduzindo-se ainda no projeto de melhoria contínua da unidade funcional, acrescentando maior valor ao Serviço Nacional de Saúde e aos cuidados prestados aos utentes, resultando, em última análise, na satisfação dos técnicos de saúde.

## BIBLIOGRAFIA

- A Abreu, W. C. (2011). *Transições e contextos multiculturais*. Coimbra: Formasau.
- Advinha, A. M., Henriques, A., Guerreiro, M. P., Nunes, C., Lopes, M. J., & de Oliveira-Martins, S. (2016). Cross-cultural validation of the Drug Regimen Unassisted Grading Scale (DRUGS) to assess community-dwelling elderly's ability to manage medication. *European Geriatric Medicine*, 7(5), 424-429.
- Advinha, A. M. M. (2017). *Avaliação da capacidade funcional da população idosa na gestão da sua medicação*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa.
- Advinha, A. M., Lopes, M. J., e de Oliveira-Martins, S. (2017). Assessment of the elderly's functional ability to manage their medication: a systematic literature review. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 39(1), 1-15.
- Afonso, R. (2015). Reconciliação terapêutica. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 3(1), pp. 35-36.
- Alves, N. F. L. (2014). *Eficácia das tecnologias de informação e comunicação na saúde-no caso dos cuidados de saúde primários na Região Centro*. Dissertação de Mestrado em Administração Pública apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.
- Andrade, A. M., Silva, K. L., Seixas, C. T., e Braga, P. P. (2017). Nursing practice in home care: an integrative literature review. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(1), pp. 210-219.
- Araújo, A. D. L. A. D., Pereira, L. R. L., Ueta, J. M., e Freitas, O. D. (2008). Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, pp. 611-617.
- Bastos, F. S. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: participação das esposas no plano educacional*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Bastos, F. S. (2012). *A pessoa com doença crónica. uma teoria explicativa sobre a problemática da doença e do regime terapêutico*. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto.

- Batista, K. B. C., e Gonçalves, O. S. J. (2011). Education of health professionals for the SUS: meaning and care. *Saúde e Sociedade*, 20(4), pp. 884-899.
- Benner, P., Mehrmann, V., e Sorensen, D. C. (2005). *Dimension reduction of large-scale systems* (Vol. 35). Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Caminal, J., Mundet, X., Ponsà, J. A., Sánchez, E., e Casanova, C. (2001). Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. *Gaceta sanitaria*, 15(2), pp. 128-141.
- Campos, L. (2009). O Conceito e a Necessidade de Governação. In L. Campos, M. Borges, e R. Portugal (orgs.) *Governação dos Hospitais*. Alfragide: Casa das Letras, pp. 23-43.
- Carapeto, A. C. C., e de Jesus Fonseca, M. D. F. (2006). *Administração pública: modernização, qualidade e inovação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Chaves, C., Cunha, M., Ferreira, R., Mendes, P., Mendes, N., Martins, F., ... e Coutinho, E. (2016). A perceção dos enfermeiros na prestação de cuidados paliativos. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, pp. 1535-1543.
- Costa, A., relatora (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Proposta de Trabalho Interministerial (Despacho nº 12427/2016)*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível online em disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>. Acedido em janeiro de 2018.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas*. Lisboa: Leya.
- D' Innocenzo, M., Adami, N. P., e Cunha, I. C. K. O. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59(1), pp. 84-88.
- Despacho n.º 1400-A/2015, 2020. *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Diário da República, nº 28, 2ª série de 10 de fevereiro. Disponível em <https://dre.pt/application/file/66457154>: Acedido a 12 de janeiro de 2017.
- Direção-Geral de Saúde (s.d.). Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível online em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>. Acedido em maio de 2018.

Direção-Geral de Saúde (2014). *Norma da DGS. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes - LASA*. Nº 020/2014, datada de 30.12.2014 e atualizada em 14.12.2015.

Direção-Geral de Saúde (2015a). *Norma da DGS. Medicamentos de Alerta Máximo*. Nº 014/2015, datada de 06.08.2015.

Direção Geral de Saúde (2015b). *Orientação da DGS. Processo de Gestão de Medicação*. Nº 014/2015, datada de 17/12/2015.

Direção-Geral de Saúde (2015c). *Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão 2020*, Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Domingos, S. C. F. (2013). *Discrepâncias na medicação e reconciliação terapêutica em doentes internados: uma avaliação descritiva*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

Donabedian, A. (1985). The epidemiology of quality. *Inquiry*, pp. 282-292.

Donabedian, A., e White, K. L. (1992). Evaluación de la calidad de la atención médica. *OPS*, 534, pp. 382-404.

Donabedian, A. (1993). Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. *Salud pública de México*, 35(1), pp. 94-97.

Escoval, A., Coord. (2014). *Plano Nacional de Saúde, 2012-2016. Roteiro de Intervenção em Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível online em [http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2014/12/2014\\_3\\_Roteiro\\_cuidados-continuados-integrados\\_coord\\_AnaEscoval\\_versao-final.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2014/12/2014_3_Roteiro_cuidados-continuados-integrados_coord_AnaEscoval_versao-final.pdf). Acedido a 21 de abril de 2018.

Fry, M., & Bates, G. (2012). The tasks of self-managing hepatitis C: The significance of disclosure. *Psychology & Health*, 27(4), pp. 460-474. Disponível online em <http://www.redalyc.org/pdf/3882/388249570009.pdf>. Acedido a 12 abril de 2018.

Falcão, F. (2013). *A reconciliação terapêutica-ferramenta para gestão da terapêutica crónica: exemplo de utilização numa população idosa submetida a procedimento cirúrgico*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

Ferreira, C. I. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures, Lusociência.
- Girão, A., e Guerreiro, I. (2011). *Manual do Prestador: Recomendações para a Melhoria Contínua*. Lisboa: UMCCI.
- Gomes, J. F. (2008). *Manual de gestão de pessoas e do capital humano*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.
- Imperatori, E., e Giraldes, M. D. R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Superior de Saúde Pública.
- Kurcgant, P. (1991). Administração em enfermagem. In Administração em enfermagem. EPU.
- Lapão, L. V. (2016). Lean in the Health Management: An opportunity to improve focus on the patient, respect for professionals and quality in the health services. *Acta medica portuguesa*, 29(4), pp. 237-239.
- Lipson, J. G., e Steiger, N. J. (1996). *Self-care nursing in a multicultural context*. Sage Publications.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., e Galvão, C. M. (2008). Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 17(4), pp. 758-764.
- Mota, L. A. N. D., Cruz, M. A. S., e Costa, C. A. O. (2016). Gestão do regime terapêutico-construção de fluxograma de apoio à tomada de decisão: estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, (11), pp. 71-79.
- Mota, L. (2011). *O perfil de autocuidado dos clientes: Exploração da sua influência no sucesso após transplante hepático*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível online em [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9234/1/Tese\\_MEMC\\_Liliana\\_2011.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9234/1/Tese_MEMC_Liliana_2011.pdf). Acedido a 12 de março de 2018.
- Morais, J. P. (2010). Preparação do regresso a casa: Do hospital ao contexto familiar. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Neil, R. M. (2004). Filosofia e ciência do cuidar. In A.M. Tomey e M.R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª Ed. Loures: Lusociência, pp. 163-183.
- Nogueira, J. (2009). Cuidados Continuados: Desafios. Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Cuidados-Continuados-Desafios-2009.pdf>. Acedido a 17 de fevereiro de 2012.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion—progress, problems and solutions. *Health promotion international*, 13(1), pp. 27-44.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2. Santa Maria da Feira: Lusodidacta.
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. St Louis: Mosby.
- Paul, C., Fonseca A., Envelhecer em Portugal (2005). Climepsi Editores
- Paul, C.C., Ribeiro O., (2011). Envelhecimento Activo, Lidel
- Paul, C.C., Ribeiro O., (2012). Manual de Gerontologia, Lidel
- Pepin, J., Kérouac, S., e Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal: Chenelière Éducation, 84.
- Pereira Monterroso, L. E., Joaquim, N., e de Sá, L. O. (2015). Medication adherence in elderly people integrated in the Long-Term Care domiciliary teams. *Revista de Enfermagem Referência*, série V, 5, pp. 9-16.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Pisco, L., e Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Rev Port Saúde Pública*, 2, pp. 43-51.
- Regulamento nº 128/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde. Diário da República nº 35, 2ª série de 18 de fevereiro. Disponível online em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128%202011%20CompetenciasEspecifEnfComunitaria%20SaudePublica.pdf>. Acedido março de 2017.

Regulamento nº 76/2018. Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão – Ordem dos Enfermeiros, Diário da República nº 21 - 2ª Série de 30 de janeiro. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/114599547>. Acedido em fevereiro de 2018.

Queirós, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista investigação em Enfermagem*, 21, pp. 5-7.

Queirós, P. J. (2013). O que os enfermeiros pensam da enfermagem? Dados de um grupo de informantes. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(5), pp. 57-65.

Queirós, P. J. (2014a). Conceitos disciplinares em uso por estudantes de licenciatura e de mestrado em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), pp. 29-40.

Queirós, P. J. P., e Vidinha, T. S. D. S. (2014b). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), pp. 157-164.

Reis do Arco, coord. (2010). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Aprovado em Reunião do Conselho Técnico-Científico de 12.07.2010. Deliberação CTC 16/2010. Portalegre: Escola Superior de Saúde de Portalegre. Instituto Politécnico de Portalegre.

Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de 2010. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Richard, A. A., e Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), pp. 255-264.

Rigueiro, G. C. S. (2015). *Da segurança do doente até à segurança no uso do medicamento*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra.

Roque, A. I. F. C. V. (2015). *Segurança do doente em cuidados de saúde primários: aplicação do Diagrama de Ishikawa à análise de incidentes*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Saúde Pública.

Rubin, H.J. e Rubin, I.S. (1995) *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*. London: Sage Publications.

Santos, A. P., e Domingos, S. (2013). Reconciliação da Medicação: Um Conceito Aplicado ao Hospital. *Boletim do CIM: Revista da Ordem dos Farmacêuticos*. Jan/Mar 2013.

Sarmiento, J., e Santana, R. (2016). Multiple admissions for Ambulatory Care Sensitive Conditions: Target for intervention? *International Journal of Integrated Care*, 16(6).

Sarmiento, J., Alves, C., Oliveira, P., Sebastião, R., e Santana, R. (2015). Caracterização e evolução dos internamentos evitáveis em Portugal: impacto de duas abordagens metodológicas. *Acta Médica Portuguesa*, 28(5), pp. 590-600.

Saúde e Bem-estar, blog (s.d). Qualidade de vida. Post no blog Saúde e Bem-Estar. Disponível online em <https://www.saudebemestar.pt/pt/blog-saude/qualidade-de-vida/>. Acedido a 5 de maio de 2018.

Savassi, L. C. M. (2012). Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 7(23), pp. 69-74.

Santos, S. S. C., Lopes, M. J., Gemitto, M. L., Casas-Novas, M. V., e Pinheiro, F. T. (2013). Ensino do Cuidado ao Idoso na Formação do Enfermeiro: Situação em Portugal, *Rev Rene*. 2013; 14(4), pp. 801-10.

Sousa, F. D. J. D., Carvalho, M. D. P. S. D., e da Silva Dias, F. D. S. (2014). Actividade física em idosos no contexto amazônico. *Revista Cuidarte*, 5(2), pp. 792-798. Disponível online em <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/119/197>. Acedido a 22 de maio de 2018.

Schiff, G. D., & Rucker, T. D. (2001). Beyond structure-process-outcome: Donabedian's seven pillars and eleven buttresses of quality. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27(3), pp. 169-174.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel

Sousa, L., Galante, H., e Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37, pp. 364-371. Disponível em <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034->. Acedido a 28 de maio de 2018.

Shi, L., Starfield, B., e Xu, J. (2001). Validating the adult primary care assessment tool. *Journal of Family Practice*, 50(2), pp. 161-161.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.

Taylor, S. G., e Orem, D. E. (2007). Teoría del déficit de autocuidado. Modelos y teorías en enfermería, 267-295.

Tomey, A. M., e Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Tareco, E. S. R. (2015). Sistemas informáticos em saúde para a qualidade dos cuidados de enfermagem, revisão sistemática. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Economia da Universidade do Algarve.

Theuerkauf, A. (2000). Autocuidado e atividades da vida diária. In S. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo*, Loures: Lusociência, pp.173-207.

Tomey, A. M., e Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

World Health Organization. (2016). Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region. Proceedings of the Regional Committee for Europe 66th Session. Disponível online em <http://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2016/09/NCDActionPlan.pdf>. Acedido a 11 de fevereiro de 2018.

World Health Organization (2018). *Nuevo impulso a la lucha contra las enfermedades no transmisibles con participación de líderes mundiales*. Comunicado de Imprensa. Documento disponível online em <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/world-leaders-ncds/es/>. Acedido a 3 de março de 2018

Welch, A. Z. (2004). Madeleine Leininger - Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade. In A. M. Tomey e M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*, Loures: Lusociência, pp. 563 - 591

Zanella, V., e Assini, F. L. (2008). Identificação de problemas relacionados com medicamentos em pacientes geriátricos na cidade de Concórdia –SC. *Rev Bras Farm*, 89(4), pp. 294-7.

Zarchi K, Latif S, Haugaard VB, Hjalager IR, e Jemec GB (2014). Significant differences in nurses' knowledge of basic wound management: implications for treatment. *Acta Derm Venereol* Disponível online em <https://www.medicaljournals.se/acta/content/abstract/10.2340/00015555-1770>. Acedido a 22 de janeiro de 2018.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1 – Solicitação de autorização do Estágio Final



Exmo. Sr Presidente do Conselho  
Diretivo  
ARS do Alentejo  
Praça 1º de Maio, 4  
7005-140 Évora

---

Sua referência	Sua comunicação	Nossa referência	208/9.4	Data	24-10-2017
----------------	-----------------	------------------	---------	------	------------

---

ASSUNTO: Estágio de Mestrado

No seguimento do estágio do 1º Ano 2º Semestre do V Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde em curso nesta Escola, surge, no seu plano curricular, a UC Estágio e Relatório que pretende dar continuidade ao desenvolvimento de competências específicas em enfermagem avançada na área da Gestão de Unidades de Saúde.

Pretende-se que, no final do estágio o Estudante seja capaz de evidenciar:

- Competências de análise e de elucidação de problemas complexos
- Capacidade de extrair aplicações da teoria
- Resolver problemas numa perspetiva de integração interdisciplinar
- Utilizar conhecimentos teóricos atualizados em conjugação com a análise da sua relevância para o exercício profissional e para a investigação aplicada
- Comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes de uma forma clara e sem ambiguidades

O relatório deve demonstrar que o mestrando

É capaz de refletir sobre a execução das diversas atividades e tarefas, questionando os processos e os resultados e de atingir o nível de abstração que lhe permita retirar conclusões e orientações com vista à definição da política a implementar

Av. de Santo António, nº 23 T 245 300 430  
7300-074 Portalegre F 245 300 439  
www.essp.pt geral@essp.pt

ESS GER.2-Rev.3



(Cont.)

É capaz de integrar conhecimentos multidisciplinares e congregar as contribuições de especialistas diversificados em torno de um problema prático

É capaz de supervisionar projetos visando a resolução de problemas complexos e a implementação de soluções inovadoras

O Estágio tem a duração de 310 horas e decorre até 2 de fevereiro de 2018 sendo, Tal como no Estágio I, a sua organização da responsabilidade da Escola Superior de Saúde de Portalegre com Orientação de um profissional da instituição.

Tendo sido o Estágio I autorizado por V. Exa, solicitamos também autorização para a continuação da realização do Estágio no Serviço de Saúde que dirige para a estudante, serviço e Orientador

LURDES BAÍA  
ACES.AC (Alentejo Central)

Com os melhores cumprimentos



O Director



Adriano Dias Pedro

Av. de Santo António, nº 23  
7300-074 Portalegre  
www.essp.pt

T 245 300 430  
F 245 300 439  
geral@essp.pt



## ANEXO 2 – Autorização do Estágio Final



Coordenador de IS, de Instituto  
D. Conceição Fernandes  
21.12.2017

ESS	
Ent. Nº	1506
Data	21/12/21
Proc.	9.6



EXMO SENHOR  
DR. ADRIANO DIAS PEDRO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE - INST  
POLITECNICO PORTALEGRE  
AVENIDA DE SANTO ANTÓNIO  
APARTADO 89  
7301-901 PORTALEGRE

**Sua referência**

**Nossa referência**  
SAI-ACES/2017/1490

**Data**  
12-12-2017

**Assunto:** Estágio de Mestrado

Em resposta ao v/ofício nº 203/9.4 de 24-10-2017, venho por este meio informar que o **estágio do 1º Ano 2º Semestre do V Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde**, está autorizado nas Unidades funcionais conforme solicitado

Com os melhores cumprimentos

A Diretora Executiva

DOCTORA MARIA LAURÉNCIA GEMITO  
DIRETORA EXECUTIVA  
ACES ALENTEJO CENTRAL



ACES Alentejo Central - Rua Manuel d'Oliveira n.º 16, 7000-610 Évora, Tel. 266 758 770 Fax: 266 744 341  
E-mail: ACES@alentejoacentral.min-saude.pt

## ANEXO 3 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo

ENT-ARSA/2018/4627  
10.04.2018



09.04.2018  
(Processo 04-CES/2018)

Proposta de PARECER 01/2018/CES

O CONSELHO DIRETIVO 27.04.2018

O Presidente: José Marques Róhalo

O Vogal: José António Martinho Lopes

A Vogal: Paula Ribeiro Marques

Sobre o estudo “Gestão do Regime Terapêutico em contexto Domiciliário: para uma melhor qualidade dos cuidados”

### A: Relatório

**A.1.** A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) deu início ao processo nº 04/2018/CES em 05.02.2018, referente ao projecto “Gestão do Regime Terapêutico em contexto Domiciliário: para uma melhor qualidade dos cuidados”, com base no pedido formulado a esta CES, e após envio de documentação em 16.02.2018, pela investigadora Lurdes Maria Pãozinho Baía discente do Mestrado em Enfermagem – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde de Portalegre no âmbito do II Estágio já superiormente autorizado pelo ACES, a decorrer numa Unidade de Cuidados na Comunidade da Região de Évora, sob a orientação da Professora Doutora Helena Arco e supervisão da Sr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Vogal do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS AC, Carla Remédios Calça.....

### A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos:.....

- 1) Protocolo do estudo;.....
- 2) Curriculum Vitae da investigadora;.....
- 3) Curriculum Vitae da orientadora e co-orientadora; .....
- 4) Declaração da Directora Executiva do ACES Alentejo Central;.....
- 5) Modelo de Consentimento informado, livre e esclarecido;.....
- 6) Declaração da não aplicabilidade do ponto 9 do Doc. Guia desta CES ao estudo; ...
- 7) Declaração da Enf.<sup>a</sup> Vogal do CC do ACeS AC; .....
- 8) Declaração do investigado principal de entregar uma cópia do relatório final à CES;
- 9) Declaração do investigador sobre a propriedade de dados e resultados do estudo e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados finais.....
- 10) Reunião entre a CES e a investigadora em 10.03.2018.....
- 11) Documentação enviada em 24.03.2018.....



### A.3. Resumo da Documentação

O estudo qualitativo, do tipo descritivo observacional e tem como principal objectivo, contribuir, para a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa idosa com doença crónica, através da informação dos enfermeiros da equipa, possibilitando a aquisição de competências, que se traduzam, na utilização de estratégias que visem, a capacitação para o autocuidado na gestão do regime terapêutico, pela transmissão de informação \informação, garantindo a prestação de cuidados de enfermagem de excelência na equipa multiprofissional, á pessoa idosa com doença crónica.

Para a realização do diagnóstico de saúde, foi solicitada autorização á Ex.ª Directora Executiva do ACeS AC, tendo sido concedida. Será utilizada a metodologia do planeamento em saúde. Será efectuada revisão bibliográfica através de estudos e publicações de qualidade sobre a temática da gestão do regime terapêutico e intervenções de enfermagem a desenvolver, visando a compreensão do fenómeno através da evidência. A qualidade das publicações seleccionadas serão avaliadas através do “The Joanna Briggs Institute Reviewers” Manual 2015”. Serão consultadas bases electrónicas que permitam encontrar os estudos que sustentem a elaboração de um programa estruturado de decisão e intervenção ao nível da visitação domiciliária para posteriormente podermos trabalhar com a equipa de enfermagem.

A amostra é não probabilística, intencional de oito elementos de enfermagem, uma médica e a assistente social. A colheita de dados será feita através da realização de entrevistas semiestruturadas, com duração prevista de 30 minutos, aos profissionais de saúde para priorizar as necessidades, sustentar as mesmas na prática baseada na evidência. O Guião de entrevista tem o seguinte desenvolvimento: i) processo e referenciação à Equipa de Saúde; ii) estratégias utilizadas para a promoção e gestão de regime terapêutico, e especificamente ao regime medicamentoso; iii) Formas de acesso á informação, que contribua para o desenvolvimento dos comportamentos, competências e atitudes, face a esta temática; iv) dificuldades percebidas; v) importância atribuída à temática; vi) perspectivas de melhoria das práticas no domicílio. As entrevistas decorrerão no local de trabalho, em data e hora previamente definida e combinada com os mesmos, de acordo com as disponibilidades apresentadas. Será necessário garantir um gabinete disponível, para que a entrevista decorra num local calmo, sem ruído e que garanta privacidade. Apesar de durante o estágio a equipa demonstrar disponibilidade para a realização deste trabalho conjunto, na realização da

entrevista apenas participarão os que se voluntariarem para tal e derem o seu consentimento informado. Os apontamentos serão efectuados na presença do entrevistado para que no final, o mesmo a possa validar. Será acautelada a assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido explicando a natureza e finalidade do estudo, do direito à recusa e à confidencialidade, e à validação dos dados recolhidos. O nome do Centro de Saúde será omissa no relatório de estágio, sendo este identificado como “Centro de Saúde da Região de Évora”. Os dados serão apresentados e divulgados de forma codificada com salvaguarda alfanumérica. A análise dos dados já anonimizados, será realizada no programa Nvivo.....

**B: Identificação de questões com eventuais implicações éticas**

**B.1.** Trata-se de um estudo com relevância e pertinência. O desenho do estudo nas várias etapas de metodologia apresenta, enuncia e reforça a garantia de confidencialidade de procedimentos, dados recolhidos e resultados obtidos, os requisitos inerentes a uma metodologia cientificamente correta, o que salvaguarda aspectos éticos fundamentais;.....

**B.2.** A investigação não implica encargos financeiros para os participantes;.....

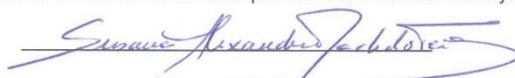
**B.3.** A confidencialidade e o anonimato dos participantes estão salvaguardados através da metodologia utilizada na recolha dos dados. Os apontamentos serão efectuados na presença do entrevistado para que no final, o mesmo a possa validar. Será acautelada a assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido, explicando a natureza e finalidade do estudo, do direito à recusa e à confidencialidade, e à validação dos dados recolhidos. O nome do Centro de Saúde será omissa no relatório de estágio, sendo este identificada como “Centro de Saúde da Região de Évora”. Os dados serão apresentados e divulgados de forma codificada com salvaguarda alfanumérica. A análise dos dados já anonimizados será realizada no programa Nvivo.....

**CONCLUSÃO**

Face ao exposto a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.....

Aprovado em reunião do dia 09.04.2018, por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo

  
(Susana Teixeira)

# **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1 – REVISÃO DA LITERATURA

A seleção dos artigos desta revisão da literatura empregue o método designado PICOS 5 (participantes, intervenção, comparadores, resultados (*outcomes*) e desenho (ou tipo de estudo). Definimos também os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos.

**Quadro nº1- Critérios de inclusão e de exclusão dos artigos utilizados na revisão da literatura**

<b>Critérios de seleção</b>	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
<b>Participantes</b>	Visita Domiciliária; Doenças Crónicas; Qualidade dos Cuidados.	Jovens e crianças
<b>Títulos</b>	Título do artigo apropriado	Título do artigo inapropriado
<b>Intervenção</b>	Todos os tipos de intervenção	
<b>Resultados</b>	Todos os resultados obtidos	Resumo não direcionado para o que se pretende estudar
<b>Tipo de estudo</b>	Qualitativos e analisados por especialistas	Inexistência do texto integral
<b>Análise</b>	Leitura integral dos artigos	

Tendo como guia orientador o problema identificado, efetuámos uma revisão da literatura entre os meses de outubro do ano 2017 e maio do ano 2018. Pesquisámos tendo como preferências as línguas inglesa, espanhola e portuguesa, circunscrevendo a revisão aos anos 2012 -2018, e apenas incluímos artigos apresentados em texto integral (*full text*). A revisão foi efetuada nas base de dados eletrónicas MEDLINE with Full Text;B-on; Google Académico, Redalyc, SciELO with *full text*, Ebsco (*full text*) e ELSERVIER (*full text*); Incluídos artigos exibidos em texto integral (*full text*). De acordo com a temática, foram selecionadas palavras-chave para esta revisão, conforme se documenta no quadro abaixo.

**Quadro nº 2 -Palavras-chave utilizadas na revisão da literatura da literatura**

<b>Palavra-chave 1 (título)</b>	<b>Palavra-chave 2 (título)</b>	<b>Palavra-chave 3 (campo opcional)</b>
<b>Domicílio</b>	Doenças Crónicas	Cuidados Enfermagem
<b>Home care</b>	Chronic Diseases	Nursing care
<b>Contexto domiciliario</b>	Enfermedades cronicas	Calidad de cuidados

Aplicando a estratégia de pesquisa descrita, foram reconhecidos 25 artigos nas diferentes bases de dados, dos quais 6 se encontraram textos repetidos, 5 textos foram rejeitados pelo título, 7 dos artigos rejeitados pela leitura do resumo e nenhum foi rejeitado após a leitura integral.

Os artigos selecionados que reuniram os critérios de inclusão nesta revisão da literatura possibilitam os esclarecimentos relacionados com a visita domiciliária, doença crónica e qualidade dos cuidados, num total de 7.

**Quadro nº 3 - Artigos obtidos para a revisão da literatura**

<b>Bases de dados consultadas</b>	<b>Artigos</b>
<b>Iniciamos a revisão pelas bases de dados todos os artigos em “full text”:</b>	Total de artigos encontrados com <i>full text</i> : 25
<b>Google Académico;</b>	Total de artigos repetidos: 6
<b>B-on; MEDLINE ; EBSCO ;</b>	Total de artigos rejeitados pelo título: 5
<b>,Redalyc; SciELO;</b>	Total de artigos rejeitados pelo resumo: 7
<b>ELSERVIER</b>	Total de artigos rejeitados pela leitura integral: 0
	Total de artigos incluídos na revisão da literatura: 7

**Quadro nº 4 - Artigos selecionados para a revisão da literatura**

<b>Artigo/Autores/Ano</b>	<b>Tipo de Estudo</b>
<b>A pessoa submetida a transplante de fígado: caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico</b> Mota L. et al <sup>1</sup> (2017)	Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo e exploratório.
<b>Gestão do regime terapêutico - construção de fluxograma de apoio à tomada de decisão: estudo qualitativo</b> Mota L. et al <sup>2</sup> (2016)	Estudo qualitativo, longitudinal
<b>Intervenções para a aquisição do autocuidado terapêutico da pessoa com diabetes mellitus: revisão sistemática da literatura</b> Cardoso, A. et al <sup>3</sup>	Revisão sistemática da literatura, segundo a metodologia do Prisma Statement®
<b>Adesão ao regime terapêutico medicamentoso e aspectos biopsicossociais dos idosos integrados em cuidados continuados domiciliários</b> Monterroso, L. et al <sup>4</sup> (2015)	Estudo transversal, quantitativo
<b>Adesão ao regime medicamentoso antes e após intervenção de sensibilização terapêutica.</b> Martins, A. et al <sup>5</sup> (2017)	Estudo observacional, descritivo, correlacional, longitudinal
<b>Processo de enfermagem no conforto do paciente com insuficiência cardíaca no domicílio</b> Silva, F. et al <sup>6</sup> (2015)	Estudo acerca do cuidado clínico
<b>Complexidade do regime de medicação em idosos institucionalizados em uma sociedade em envelhecimento</b> Advinha, A. et al <sup>7</sup> <b>International Journal of Clinical Pharmacy (2014), International Journal of Clinical Pharmacy, Portugal</b>	Este estudo descritivo, transversal foi realizado em 5 lares de idosos em Portugal Continental (Lisboa e Alentejo)

<sup>1</sup> Liliana Mota; Fernanda Santos Bastos; Maria Alice Correia Brito

<sup>22</sup> Liliana Andreia Neves da Mota; Maria Adelaide Sousa Cruz; Catarina Alexandra Oliveira Costa

<sup>3</sup> Ana Filipa Cardoso a., Paulo Queirós e Carlos Fontes Ribeiro

<sup>4</sup> Lígia Eduarda Pereira Monterroso, Luís Octávio de Sá, Natércia Maria Teixeira Joaquim

<sup>5</sup> Abel José Charneco Martins; Jacinta Pires Martins; Susana Alexandra Sevivas dos Santos

<sup>6</sup> Fabiola Vlândia Freire da Silva, Lúcia de Fátima da Silva, Ana Cleide Silva Rabelo

<sup>7</sup> Ana Margarida Advinha, Sofia de Oliveira-Martins, Vanessa Mateus, Sara Grou Pajote & Manuel José Lopes (cortesia da primeira autora)

## **APÊNDICE 2 – GUIÃO DA ENTREVISTA**

### **1-ENQUADRAMENTO DA ENTREVISTA**

A recolha de dados efetua-se mediante uma entrevista semi-estruturada. A este respeito, Fortin (2003) indica-nos que o investigador deve selecionar o método de recolha de dados tendo sempre presente, quer a pergunta de partida/questões de investigação, quer os objetivos que se pretendem atingir.

Para Fortin (2003, p.245), “a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”. Para Rubin e Rubin (1995), uma entrevista é uma forma de descobrir o que os outros sentem e pensam do seu “mundo interior”, tendo como objetivo perceber as experiências e incidentes em que objetivamente não participamos.

A entrevista possibilita contribuir para identificar e priorizar necessidades da equipa, tendo, no horizonte temporal de curto prazo, a melhoria da prestação dos cuidados aos utentes, dando ênfase a um modelo mais centrado na pessoa e na sua capacidade de autogestão da doença, e de gestão eficaz do regime terapêutico, nomeadamente, o medicamentoso, através do enfermeiro que realiza a visita domiciliária.

Dadas as particularidades do estudo em causa, de carácter exploratório, procurar-se-á utilizar uma entrevista semi-estruturada, com enfoque preferencial em questões abertas, sem uma ordem sequencial rígida. É importante referir que a ordem apresentada para a colocação das questões será meramente indicativa, uma vez que as questões serão colocadas de acordo com o fluir da entrevista, dando sempre espaço para que o profissional possa expressar livremente as suas ideias/sentimentos, através de uma conversação informal (Fortin, 2003).

### **2 – DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS DA ENTREVISTA**

└ Identificar as perceções dos profissionais para que possam ser otimizadas as suas estratégias de intervenção, em relação à gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário. Pergunta de partida previamente enunciada:

“Como pode o enfermeiro gestor informar e contribuir para a capacitação dos enfermeiros da equipa, no sentido de otimizar as suas estratégias de intervenção, em relação à melhoria da gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário?”

### **3 – ENTREVISTADOS**

Elementos da equipa multiprofissional de um Centro de Saúde da Região do Alentejo.

- 8 Enfermeiros.
- 1 Médico.
- 1 Assistente Social.

### **4 - ENTREVISTADOR**

O Mestrando encontra-se com o Estágio devidamente autorizado pela Exma. Diretora Executiva do ACeS AC.

### **5 – CONDIÇÕES LOGÍSTICAS**

A entrevista realiza-se no local da sede do Centro de Saúde, local de trabalho, em data e hora previamente definidas e agendadas com os entrevistados, de acordo com as suas disponibilidades. Será garantido um gabinete com luz natural, portanto com janela para o exterior, com temperatura amena, para que a entrevista decorra num local calmo e tranquilo, sem ruído, e para que sejam assegurados a privacidade e o conforto. Apesar de, durante o estágio, a equipa demonstrar disponibilidade para a realização do trabalho, na realização da entrevista apenas participarão os que se voluntariarem para tal e derem o seu consentimento informado livre e esclarecido. Os apontamentos serão efetuados na presença do entrevistado para que, no final, a entrevista possa ser validada.

### **6 – PLANEAMENTO DA ENTREVISTA**

Duração – cerca de 30 minutos

Questões gerais a ter em conta:

Apresentação – Abordar a temática em causa, de uma forma concisa e objetiva.

- ✓ □ Descrição do Projeto – Enumerar os objetivos do Projeto, evidenciando tratar-se de um projeto da unidade funcional do Centro de Saúde.
- ✓ □ Consentimento – Solicitar a assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido, para se proceder ao registo da entrevista.
- ✓ □ Decorrer da entrevista – Coadjuvar na expressão das ideias, com enfoque na temática a abordar, estimular as linhas orientadoras do pensamento, sintetizar oportunamente as conceções apresentadas.
- ✓ □ Terminar a entrevista – Respeitar o tempo previsto, sintetizar as ideias essenciais, realizar um agradecimento final.



		<p><b>Q.2</b> Quais as principais dificuldades com que a equipa se depara na abordagem desta temática.</p>
<p><b>Estratégias utilizadas para a promoção e gestão do Regime Terapêutico, e especificamente ao regime medicamentoso</b></p>	<p>- Identificar as estratégias desenvolvidas pela equipa junto dos utentes no processo de informação sobre o cumprimento do regime medicamentoso prescrito.</p>	<p><b>Q.1</b> Quais as intervenções de enfermagem/em articulação são desenvolvidas na admissão na equipa, que validem a gestão do regime medicamentoso pelo utente.</p> <p><b>Q.2</b> Que registos realiza, e traduzem o conhecimento dos utentes, sobre o seu regime medicamentoso.</p>
<p><b>Formas de acesso à informação, que contribuam para o desenvolvimento dos comportamentos, competências e atitudes desejados, face a esta temática.</b></p>	<p>- Identificar fontes de informação consultadas.</p> <p>-Identificar necessidades formativas/informativas formativas/informativas sobre esta temática.</p>	<p><b>Q.1</b> Como são planeadas as consultas para disponibilizar informação.</p> <p><b>Q.2</b> Quais as fontes de informação disponibilizadas e consultadas.</p>

<b>Dificuldades Percecionadas</b>	-Identificar dificuldades e prioridades de atuação.	<b>Q.1</b> Quais as principais dificuldades que percebe na gestão do regime medicamentoso do utente? <b>Q.2</b> Quais as dificuldades prioritárias para atuação?
<b>Importância atribuída à temática.</b>	- Validar a importância da abordagem desta temática para o profissional e para o utente	<b>Q1</b> Que importância tem a abordagem desta temática, para si? <b>Q2</b> Que influências tem na sua prática diária, e/ou condicionalismos que balizam a sua atuação?
<b>Perspetivas de melhoria das práticas no domicílio</b>	- Delinear um projeto de melhoria contínua na equipa	<b>Q.1</b> Que sugere para diminuir, ou prevenir, essas dificuldades? <b>Q.2</b> Refira recursos comunitários que permitam agilizar a rede de parceiros, para aumentar a adesão ao regime medicamentoso

## CONCLUSÃO

<b>Finalizar a entrevista</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Agradecimento pela participação e disponibilidade.</li><li>- Informação sobre a possibilidade de uma nova entrevista para avaliação deste processo.</li><li>- Disponibilização para qualquer esclarecimento.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Facultar contacto telefónico para qualquer esclarecimento.</li></ul>
-------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 8 – INTERVENÇÕES APÓS A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA

### TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS:

- ✓ Codificação das entrevistas e anonimização dos dados.
- ✓ Análise dos dados já anonimizados no programa Nvivo.

## 9-REFERÊNCIAS

- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures, Lusociência.
- Rubin, H. J. e Rubin, I. S. (1995) *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*. London: Sage Publications.

## APÊNDICE 3 – CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO



### CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo/a/s. Sr/a/s.,

Sou uma discente do V Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde, e solicito a sua colaboração voluntária nesta entrevista. A Entrevista insere-se no âmbito do referido Mestrado, intitulado Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde.

Enquanto especialista em Enfermagem Comunitária e frequentando o mestrado em Enfermagem Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde, torna-se essencial desenvolver e implementar estratégias de abordagem, que determinem a promoção da qualidade de vida da pessoa, visando a obtenção de ganhos em saúde e a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Quanto à realização desta entrevista, pretende-se identificar as principais “dificuldades” com que os profissionais de saúde se deparam, priorizar as suas necessidades e ou de diagnóstico, a intervenção e as sobre a abordagem, diagnóstico e intervenção e as perspetivas de melhoria no processo de “Gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário para uma melhor qualidade dos cuidados”.

A recolha de dados será efetuada na unidade funcional onde desempenham a atividade laboral.

O estágio e o relatório final são orientados, respetivamente, pela Enfermeira Vogal do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS AC (Agrupamento Centros de Saúde Alentejo Central), Enfermeira Carla Calça, e pela Prof. Doutora Helena Arco, da ESS de Portalegre.

Nesta e em todas as demais etapas do projeto, serão seguidos os requisitos e os procedimentos éticos em vigor. O seu consentimento é indispensável para a realização desta pesquisa; no entanto, ele pode ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal associado. Mais informo que a



sua participação não acarreta qualquer custo para si e que, no final da sua entrevista, lhe serão facultados os dados transcritos para que os possa validar.

O tempo médio da entrevista será de 30 minutos, aproximadamente. Este impresso é preenchido em duplicado (uma via para o discente, e outra para quem consente). Informo, ainda, que estou disponível para qualquer esclarecimento necessário durante todo o período de realização do estágio e relatório, através do seguinte contacto: Lurdes Maria Baía – Telemóvel: 927574581.

Na certeza de poder contar com sua colaboração, agradeço a atenção dispensada e a sua disponibilidade.

A Mestranda

---

(Lurdes Baía)

A Orientadora

---

(Prof. Dr.ª Helena Reis do Arco)

### **CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro ter apreendido os objetivos de projeto, de quando me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos se eu recusar esta solicitação e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre a esta proposta.



Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) a realização da entrevista.

Nome:.....

Data:...../...../.....

Assinatura:.....

No decurso deste trabalho os recursos serão utilizados de forma racional e responsável.

De referir que enquanto enfermeiro registado na Ordem dos Enfermeiros (OE), com o número de cédula profissional nº 5-E-29726, e regulado pelo código deontológico, salvaguardará todos os aspetos éticos e deontológicos no decurso do referido trabalho e estágio.

Acreditamos que com este trabalho possamos contribuir para traçar estratégias plurais e multidimensionais a realizar pela equipa de enfermagem, tendo como horizonte a qualidade dos cuidados prestados à população, contribuindo, para a promoção da qualidade de vida dos utentes, e promover ganhos em saúde, e a sustentabilidade do SNS.

### **TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS EM WORD**

O envelhecimento da população é uma situação de dimensão global. O facto de vivermos mais anos constitui um verdadeiro desafio para os serviços de saúde. É urgente encontrar formas cada vez mais eficazes de controlar as doenças crónicas, maximizando os recursos materiais e humanos existentes, minimizando os gastos e descobrindo formas de proceder que proporcionem e permitam a manutenção dos idosos integrados nas suas famílias e no meio ambiente social que lhe é mais aconchegante, privilegiando as suas relações.

A forma como as pessoas idosas e as suas famílias gerem os regimes medicamentosos para o controlo de doenças crónicas é pouco eficaz. Nas pessoas idosas com doença

**APÊNDICE 4 –MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS**

<i>ENTREVISTAS</i>			
<i>Dimensão A</i>	<b>Categorias</b>	<b>Sub Categorias</b>	
<i>Identificar as dificuldades com que os profissionais se confrontam no processo de admissão dos utentes</i>	Forma de tomada de conhecimento da admissão dos utentes na equipa	Técnicos de saúde, utente, familiares e pessoas da comunidade	<p><b>E1</b>-Pela ECL (Equipa de Coordenação Local), pela EGA (Equipa de Gestão de Alta) colegas do CS, parceiros da rede comunitária (IPPS) e pessoas anónimas. <b>E2</b>-O encaminhamento em suporte de papel para programar melhor a admissão. A Ega referência e muitas vezes os próprios utentes.</p> <p><b>E3</b>-O administrativo diz-me que existe um doente novo que solicitou o apoio da equipa. <b>E4</b>-O processo de referenciação o utente ou o familiar.</p> <p><b>E5</b>-A pedido das famílias ou através do médico de família. <b>E6</b>- Normalmente informação verbal pelo médico, o utente que solicita visita domiciliária ou vem referenciado pelo hospital.</p> <p><b>E8</b>-Em relação à admissão dos utentes na equipa tomo conhecimento através da equipa de ECCI,ECL,EGA e numa situação que deteto no contacto que tenho com outras respostas</p>

			da comunidade. <b>E10</b> -Através do médico de família, da EGA e a pedido de várias famílias. <b>E11</b> -As visitas domiciliárias são importantes, mas, não faço com muita frequência.
		Baixa literacia em saúde	<p><b>E1</b>-Dificuldades de abordagem do regime terapêutico e medicamentoso. Não sabem ler, tomam por intuição empírica do próprio do vizinho, amigo, familiar, rede de parceiros informais. <b>E2</b> -Folha de terapêutica e os próprios medicamentos, analfabetismo (bolinhas e cor azul) .... E o cuidador desconhece o que é administrado pelo próprio. <b>E3</b>- Literacia em saúde. Maior parte dos cuidadores não tem conhecimento da toma correta dos medicamentos e a maior parte dos utentes nem estão em condições de se autonomizar nesta temática. <b>E5</b>-Esta temática, a quantidade de medicação existente, prescrito pelos médicos, e muitas vezes, medicação em duplicado...baralhação e misturam a medicação da mulher e do marido, não sabem explicar muito bem. Param a medicação de continuidade, porque não perceberam o que era para fazer contínuo.</p> <p><b>E6</b>-O enfermeiro aborda nessa temática, e o consenso.... Quando vão a muitos médicos... <b>E8</b> - A baixa escolaridade, limita a passagem e/ou a obtenção de informação. <b>E10</b>-Eles</p>

			<p>podem dizer, que tomam, mas...no fundo, como podemos, dizer, que os doentes crónicos, não tem noção que é para tomar sempre. <b>E11</b>-Os utentes que não sabem ler “agrafo”, nas guias, a correspondente tampa da caixa do medicamento e solícito, sempre, o medicamento do mesmo laboratório. Faço cruces na guia e ao medicamento que vou retirar, tiro a tampa da caixa correspondente e explico, esta simbologia, este não toma e escrevo na guia de tratamento e novo nome.</p>
		<p>A Automedicação e Polimedicação a</p>	<p><b>E1</b>-Automedicação, o que foi bom para mim é bom para ti. Ou o que foi bom para ti, também será bom para mim...                  Polimedicação, vários médicos especialistas. <b>E2</b>-Na Revisão terapêutica efetuado no médico, fora do nosso domínio, e foi comunicado ao médico de família ou á equipa. Quando existe alterações sintomáticas, e quando verificar, não dispomos da informação atualizada. <b>E5</b>-Muitas das vezes tem muitos médicos de especialidades, ou consultas abertas, e observados pelos médicos, são medicados, e não levam a medicação anterior. Medicação em duplicado  <b>E6</b>-Muitos remédios o consenso nem sempre é fácil. <b>E11</b>-E vejo da cardiologia, da urologia e muitas vezes, mais de 10</p>

			medicamentos, diariamente. Vejo a interação deles..... Já vi, até, 14 medicamentos diariamente.
		A Sobrecarga do cuidador	<b>E2</b> - O cuidador desconhece o que é administrado pelo próprio. <b>E3</b> - Maior parte dos cuidadores não tem conhecimento da toma correta dos medicamentos. <b>E4</b> -Muitas prescrevem medicamentos iguais, similares e não se percebem de nada. <b>E5</b> - (...) Baralhação. <b>E8</b> – O cuidador apresenta dificuldade em facultar informação sobre o estado de saúde do/a utente. A dificuldade do cuidador em prestar cuidados devido à sua sobrecarga.... Muitos dos casos os filhos trabalham e não se mostram tão disponíveis para apoiar, supervisionar, ao nível da gestão do regime terapêutico. <b>E10</b> - Não é a acessibilidade, talvez o deixe andar....
Identificar as estratégias desenvolvidas pela equipa junto dos utentes no processo de informação sobre o cumprimento do regime medicamentoso	Intervenções de enfermagem que validem a gestão do regime medicamentoso pelo utente no momento da admissão	As estratégias centradas no utente e na sua monitorização	<b>E1</b> - Verificamos as caixas dos medicamentos existentes no domicílio, em consonância com a guia de prescrição (quando esta existe). Muitas vezes existem na caixa, a tipologia, horários e que é escrito manualmente na caixa não é perceptível. Já fizemos nns(...) estratégias, que são adaptadas a cada utente, valida-se e são reformuladas. <b>E2</b> - As folhas de terapêutica no carro, foi uma boa estratégia, para validar o regime medicamentoso domicilio. Caixa de medicamentos mas passa

			<p>muito pela validação, ensino e repetição constante, diária e sempre que possível, reestruturar o método <b>E4</b>-faço um esquema, em função dos hábitos das pessoas, ou seja hábito das pessoas, ajustado ao horário que deve tomar, para não se esquecer ou ajudar a memorizar. Não sabem ler, não sabem escrever, às vezes se apresentam baralhados.. .... E agendo para validar. <b>E5</b>-Faço guia de medicamento em articulação com médico de família. <b>E6</b>-Tento explicar, justificar o porquê <b>E8</b>-Solicito nota de alta, guia de tratamento, articulo com as colegas de enfermagem e também poderei estabelecer contacto com o médico da equipa e/ou médico de família. Fracos recursos económicos. No caso de existirem filhos, estabeleço contacto com os filhos, por forma a assegurar a medicação necessária. <b>E10</b>-Reuniões de equipa, como facilitar, rentabilizar os recursos, em prol dos utentes. Formação da equipa. É importante saber, se o doente não toma... o porquê? Esqueceu-se. Não tem dinheiro para os comprar. <b>E11</b>-As guias de tratamento, que falei atras, umas com símbolos, outras não. E vamos articulando, caso a caso. Através da renovação do receituário, consigo perceber, se estão a cumprir. Eu consigo</p>
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			controlar, pela renovação atempada do receituário. Porque vou investigar, o motivo de não terem renovado o receituário.
		Capacitação dos cuidadores formais e informais	<b>E1</b> - Existe envolvimento dos cuidadores formais e informais (ADI e mulher, noras e filhas respetivamente). <b>E2</b> - Falar com outro familiar que saiba ler e tratar do assunto. <b>E3</b> - Incentivar o desenvolvimento de competências do cuidador e literatura em saúde cuidador. Ensino sistemático e monitorização contínua das práticas do cuidador. <b>E6</b> - Tento explicar justificar o porquê. <b>E8</b> - Quem não tem filhos? Instituições de retaguarda é efetuada a articulação com IPSS que possam disponibilizar verba ou com o Serviço Local da Segurança Social. <b>E10</b> - Formação ao cuidador. Os ensinamentos para mudança de comportamentos, o envolvimento de alguém da família. Nós não podemos fazer domicílios diários, para ver realmente...
	Tipo de registos que traduzam o	Registos no sistema informático Sclinico versão 5.6	<b>E3</b> - Sclinico, escala de gestão do regime terapêutico e avalio os conhecimentos do cuidador. Processo individual em suporte informático. <b>E4</b> - Sclinico, a avaliar a gestão do regime terapêutico, e complemento com notas clinicas associadas `intervenção. <b>E5</b> - Faço registo da adesão ao regime terapêutico, em notas

	conhecimento dos utentes sobre o seu regime medicamentoso		associadas e agendo consulta médica, quando vejo a necessidade, para validação do esmo com o médico. <b>E10</b> - Registo no Sclinico a adesão ao regime medicamentoso, se conseguimos validar, através de um conjunto de perguntas, que lá estão.
	Planeamento das consultas realizadas para disponibilizar informação	Necessidades de ações formativas interpares para capacitação das pessoas	<b>E5</b> – Sim, identifico necessidades formativas interpares estratégias para agilizar intervenções em contexto domiciliário. <b>E9</b> - Entro em contato com o cuidador e planejar no sistema informático, e disponibilizá-lo com o tempo necessário mais ou menos 00:60minutos ou 1:30H. De preferência com a hora que lhe seja favorável. <b>E10</b> - Estratégias que utilizo, para vigilância dos utentes com os utentes em documentos próprios construídos por mim” que forneço aos utentes. <b>E11</b> -As consultas das visitas domiciliárias são sempre preparadas e planeadas.
	Fontes de informação consultadas e disponibilizadas	O Site oficial do Infarmed  As Normas da DGS (Direção Geral de Saúde)	<b>E2</b> - Infarmed do Google. <b>E3</b> -Utilizo a página oficial do Infarmed, bibliografia online em relação ao medicamento. <b>E9</b> - Legislação em vigor, publicadas pelo Diário da República, Normas de Orientação da DGS. <b>E10</b> – Legislação em vigor publicadas pelo Diário da República, Normas de Orientação da DGS. <b>E11</b> – A informação, encontra-se disponibilizada, pela

Principais dificuldades percebidas na gestão do regime medicamentoso do utente		Página do Infarmed e esta entidade, envia com regularidade as comunicações de reações adversas. Depois, existem as normas e orientações da DGS. Consulto, ainda, os estudos publicados e a PEM (Prescrição Eletrónica dos Medicamentos).
	A Bula dos medicamentos	<b>E2</b> - Vou à bula dos medicamentos <b>E3</b> - ...bula do medicamento...quando a gente tem tempo <b>E4</b> – Bulas, simpósios e bulas dos medicamentos
	O Médico de família	<b>E2</b> – Duvidas muito específicas...recorro ao médico...quando já me sinto mais confiante. <b>E6</b> - As fontes de informação, o médico de família e coordenar com os médicos de especialidade.
	Monitorização e Capacitação dos utentes e técnicos GRT	<b>E1</b> - Acrescidos das dificuldades mencionadas, como a literacia. <b>E2</b> - Desesperante...analfabetismo..... e quando há uma alteração ou revisão terapêutica (...) instala-se uma renitência e relutância, em chatear-se connosco de estar bem e porque mudar. <b>E3</b> - 1º avaliar a minha própria capacidade e conhecimentos sobre o tema. Depois com os conhecimentos que tenho, redefino os ensinamentos a realizar. <b>E4</b> -A minha maior dificuldade, não sei, se há....Temos de ser proactivas. Maior dificuldade no tempo necessário que não existe para validar o ensino realizado. Tenho dificuldade de adequar o meu horário

		às necessidades dos utentes. <b>E5</b> -A minha maior prioridade esclarecer qual a medicação mais emergente e arranjar soluções imediatas para a adesão ao regime terapêutico. <b>E8</b> -As principais dificuldades detetadas poderá ser a ausência de pessoa que presta cuidados de retaguarda se a realizar uma conferência familiar e por questões pessoais a família não adere ao sugerido pelos técnicos. <b>E9</b> – Colheita de dados pela observação. <b>E10</b> -Dificuldade no reforço programado da validação do regime medicamentoso. <b>E11</b> – Encontro-me “Apreensiva” pela quantidade de medicamentos que os utentes tomam. As literaturas dizem que não devem tomar mais de cinco.
	Questões económicas	<b>E2</b> - dos utentes a parte económica dos cuidadores. <b>E10</b> - Prescrição dos genéricos.
Priorização das dificuldades para atuação	A monitorização da cultura de segurança do doente	<b>E1</b> -Implementação de visitas com acompanhamento diário e validação sistemática do mesmo. <b>E2</b> -O que pode causar risco de vida...insulina, anticoagulante...risco de vida é prioritário para prevenir complicações. <b>E8</b> -Dificuldades prioritárias é acompanhar e motivar a pessoa de referência/ cuidador principal que está junto do utente. <b>E10</b> - As prioritárias,1º a validação,2º Gastos económicos. <b>E11</b> - A sinergia ente os

			medicamentos e a polimedicação. As doenças de carácter crónico. Os ansiolíticos e as evidências científicas.
		Centralidade dos cuidados no utente	<p><b>E1</b> - Separar as caixas...dividir medicação nas caixas semanais e escrever á rede informal e familiares. <b>E2</b> - Caso a caso e individual com aquela pessoa e individualizar.</p> <p><b>E3</b> - Prioridade 1º avaliar se tem capacidade, para o desenvolvimento das competências em falta e, e caso tenha de fazer novos ensinso capacidades e competências. <b>E5</b> - Arranjar estratégias específicas, para cada pessoa, que promova a adesão.</p>
		Melhorar a rede comunicacional	<p><b>E1</b> - Aumentar a comunicação com o médico prescriptor. <b>E4</b> - Questões económicas podem balizar adesão e eles não verbalizam estas questões.</p> <p><b>E9</b> - Questões económicas podem balizar a adesão e eles não verbalizam estas questões porque eles não transmitem o que se passa.</p>
			<p><b>E1</b> -Extremamente importante. Um aliado muito importante na recuperação do doente. <b>E2</b> – Essencial! Má gestão do risco medicamentoso risco de vida, não colocando em causa a vida, mas a qualidade de vida. <b>E4</b> - Importante a temática, tenho a sensação que o doente não é visto por um todo, polimedicado,</p>

<p><i>Validar a importância da temática para o profissional</i></p>	<p>Importância do tema para o profissional</p>	<p>Promover a qualidade de vida do utente</p>	<p>por vários especialistas, e muitas vezes existe a sobreposição. <b>E5</b> – Para o utente e profissional. Controlo sintomático e qualidade de vida para o utente. <b>E8</b> – A abordagem desta temática é muito importante pois é um dos fatores que contribui para uma melhoria do utente</p> <p><b>E10</b> - Se o utente quer recuperar o cumprimento do regime medicamentos é vital para contribuir para a sua qualidade de vida (controlo sintomático). Estar desperto para as queixas dos utentes que possam traduzir efeitos secundários ou adversos, com o objetivo de minimizar estes desconfortos. Tem de ser personalizado.</p>
		<p>Satisfação e motivação inter-pares</p>	<p><b>E3</b>-Para nós fundamental, área que devíamos valorizar mais esta temática da gestão do regime terapêuticos os utentes reconhecem a necessidade de gestão do regime terapêutico, mas não reconhecem no enfermeiro o papel muito importante. <b>E4</b>-Se tiver todos os remédios posso validar e orientar com o médico de família para ajustar e garantir a sua toma. <b>E5</b>-Para o profissional utente capacitado e aderente. Profissional satisfeito e motivado para dar continuidade às estratégias. <b>E6</b>- Sim, é...claro que é. Um projeto interprofissional e multiprofissional. E necessita de tempo. <b>E8</b>-Procuro esgotar</p>

			<p>todos os recursos internos e externos.... Ficar garantidos os direitos e deveres do utente. <b>E9</b>-Muito importante. Passa tudo por aqui, senão não conseguimos resolver as situações. Se eu fizer ensinios 2-3-4 ensinios e se não houver adesão por parte dele, não vou conseguir trabalhar este utente. Temos de bater a mesma tecla e negociar pequenos objetivos para chegar a grandes resultados, para ir motivando. Forma de motivação. Se houver resultados, eles vão mudar comportamentos.</p> <p><b>E10</b>-Porque, não depende de nós exclusivamente. Prima-se pela qualidade das boas práticas olhando o utente\cuidador numa perspetiva holística, em relação ao regime medicamentoso. Se não houver adesão: tenho de reestruturar a nossa adesão e motivar a adesão. Fazer comprimir a adesão\gestão podem condicionar a qualidade de vida dele.</p>
<p>Influências ou condicionalismos que</p>		<p>A articulação com os prescritores</p>	<p><b>E1</b>-Não somos prescritores! Sempre dependentes da parte médica., que pode ou não existir, ou estar, ou não estar disponível. <b>E2</b>-A estrutura do planeamento dos cuidados, somos gestores e não conhecemos bem o utente.</p> <p><b>E3</b>-Dificuldade de articulação com o médico de família, articulação. <b>E10</b>-Influencias positivas na articulação médico</p>

	balizam a atuação do profissional		prescritor enfermeiro... Falta de comunicação melhorar a comunicação.
		Boas práticas em saúde	<p><b>E5</b> – Boas influências na minha prática. As estratégias desenvolvidas permitem conhecer melhor os utentes que trabalhamos e ficamos satisfeitos.</p> <p><b>E8</b> - Na minha atuação só fica balizada a minha prática quando há recusa por parte do utente, porque há eu ter respeito pela vontade de cada um.</p> <p><b>E9</b> - Se houver adesão... dever cumprido! <b>E11</b>-Há medicamentos muito caros. Mas, a maioria tem participação. O princípio ativo é mais barato. Tenho de pensar, não mudar medicamentos para experimentar. Não andar em experiências.</p>
		Escassez dos recursos humanos	<b>E4</b> - Falta de tempo, de ambos utente/médico. <b>E6</b> -Falta de tempo, que condiciona. <b>E10</b> - Carência de recursos humanos...
<b>Perspetivas de melhoria da prática</b>	Sugestões de diminuição ou prevenção de dificuldades	Valorização das temáticas comunicação e formação	<p><b>E2</b> - Comunicação da equipa, mais exequível, visitas domiciliárias conjuntas, equipa multiprofissional. <b>E3</b> – Melhorar. Valorizar a temática na formação em serviço, ou junto das profissionais e um projeto que melhorasse a articulação entre os intervenientes. <b>E4</b> - Falta de</p>

		<p>uniformização, mais registos.... Algoritmo de intervenção, decisão e registo. <b>E8</b> - Realizar reuniões periódicas onde estejam todos os técnicos da equipa presentes. Construir Plano de Intervenção Integrado. <b>E10</b> Formação /Informação..... Comunicação e confiança para que os utentes se sintam à vontade para exprimirem as suas dificuldades. Porque dá confiança parte a parte. utente/cuidador/enfermeiro.</p>
	Alocação de recursos humanos e materiais	<p><b>E2</b> - Mais pessoal de enfermagem. Outra viatura...mais alocação de horas dos técnicos. <b>E6</b> - Maior número de profissionais, interesse boa vontade.</p>
	Continuidade dos cuidados	<p><b>E1</b> – Avaliação e intervenção após definição de prioridades de acordo com as dificuldades encontradas. Assim as intervenções vão ser delineadas a nível individual. <b>E5</b> - Chego a contar os comprimidos mensalmente para ver se foram tomados. Mas também não sei se deitou ou fora não. <b>E8</b> - No fundo se calhar era fazer quando detetado uma não adesão, devíamos seguir mais de perto o utente e ir mais vezes ao domicílio. <b>E11</b> - Depois, escrever os sinais e sintomas relevantes que contribuem para alertar os colegas para existir a continuidade dos cuidados e perceber o que vamos ver/observar.</p>

		Envolvimento da família	<p><b>E5</b> – Ter um familiar, capacitado, depois dos utentes serem capacitados, para apoio e validação da adesão e gestão do regime. <b>E8</b> - Aquando da visita domiciliária, estar presente a família, sendo que esta visita terá de ser programada com alguma antecedência.</p>
	<p>Recursos existentes na comunidade para aumento de adesão ao regime medicamentoso</p>	A rede de parceiros	<p><b>E2</b> – SAD? Não tem capacidade para tal. <b>E3</b> – SAD? será relativo, eles substituem e não capacitam. Não estou a ver além de nós equipa de saúde, estrutura, entidade ou personagens, que estejam a fazer a capacitação e apenas substituem. <b>E10</b> – Os Centros de Dia, os Apoios Domiciliários. Na prática vemos que elas são um apoio importante mesmo sem formação específica, conseguem detetar situações que estão menos bem, e detetar, sinalizar, para nós, A Farmácia\Farmacêutico. Assistente Social. <b>E11</b> - Se verifico, gestão e adesão, não interfiro, por mim...tudo bem. Cada um orienta-se na melhor forma de cumprir o regime medicamentoso. Não vou alterar comportamentos, atitudes ou organizações específicas de cada um, caso o regime medicamentoso, seja cumprido e os valores apresentados pelos registos sejam adequados e compatíveis com as tomas.</p>

		<p><b>E4</b> - RNCCI – perceber a referenciação para ingresso, na ECCEI, para gestão do regime medicamentoso. Informação, formação</p> <p><b>E6</b> - As SAD, bom trabalho e boa articulação, ...mas.</p>
	Os SAD (Serviço de Apoio Domiciliário)	<p><b>E1</b>- SAD (Serviço de Apoio Domiciliário) <b>E5</b>-Os SAD das Santas Casas da Misericórdias locais, poderiam ser parceiros de agilização do processo. <b>E8</b> – Os recursos que temos disponíveis na rede parceiros para aumentar o regime medicamento, são os Serviços de Apoio Domiciliário que prestam esse serviço</p>
	As Farmácias Comunitárias na promoção da unidose	<p><b>E1</b> - Eventualmente as farmácias comunitárias (preparação semanal da medicação), que já vão fazendo. <b>E8</b>-contudo há que superiormente pensar-se em respostas inovadoras para agilizar.... Outro passo que pode ser dado e que já existe em muitas farmácias, são as unidoses.</p>

**APÊNDICE 5 - MATRIZ SÍNTESE DAS ENTREVISTAS**

ENTREVISTAS			E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	Totais
<b>Dimensão A</b>	<b>Categorias</b>	<b>Sub Categorias</b>												
<b>Identificar as dificuldades com que os profissionais se confrontam no processo de admissão dos utentes</b>	<b>De que forma toma conhecimento da admissão dos utentes na equipa</b>	Técnicos de Saúde da ECL, EGA, USF, a família e pessoas comunitárias – As pessoas	X	X	X	X	X	X	-	X	-	X	-	<b>8</b>
	<b>Quais as principais dificuldades com que a equipa se depara na abordagem desta temática</b>	Baixa Literacia em Saúde	X	X	X	-	X	X	-	X	-	X	X	<b>8</b>
		Automedicação e a Polimedicação	X	X	-	-	X	X	-	-	-	-	X	<b>5</b>
		A sobrecarga do cuidador	-	X	X	X	X	-	-	X	-	X	-	<b>6</b>
<b>Identificar as estratégias desenvolvidas pela equipa junto</b>	<b>Intervenções de enfermagem que validem a gestão do regime medicamentoso pelo utente no momento da admissão</b>	Estratégias centradas no utente e na monitorização	X	X	-	X	X	X	-	X	-	X	X	<b>8</b>
		Capacitação dos cuidadores formais e informais	X	X	X	-	-	X	-	X	-	X	-	<b>6</b>

<b>dos utentes no processo de informação sobre o cumprimento do regime medicamentoso</b>	<b>Tipo de registos que traduzam o conhecimento dos utentes sobre o seu regime medicamentoso</b>	Registos no sistema informático Sclinico versão 5.6	-	-	X	X	X	-	-	-	X	-	<b>4</b>	
		Não responderam	-	-				-	-	-		-	<b>6</b>	
	<b>Planeamento das consultas realizadas para disponibilizar informação</b>	Não responde à questão	X	X	-	X	-	X	-	-	-	X	-	<b>5</b>
		Não planeia			-	-	-	X	-	-	-	-	-	<b>1</b>
		Necessidades de ações formativas interpares	-	-	-	-	X	-	-	X	X	X		<b>4</b>
	<b>Fontes de informação consultadas e disponibilizadas</b>	Site oficial do Infarmed	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>2</b>
		Normas da DGS em vigor	-	-	-	-	-	-	-	X	X	X		<b>3</b>
		Bula dos medicamentos	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-		<b>3</b>
		Médico de família	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	<b>2</b>
	<b>Identificar dificuldades e prioridades de atuação</b>	<b>Principais dificuldades percecionadas na gestão do regime medicamentoso do utente</b>	Monitorização e capacitação dos utentes e técnicos	X	X	X	X	X	-	-	X	X	X	X
Questões económicas Prescrição de Genéricos			-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	<b>2</b>
<b>Priorização das dificuldades para</b>		A monitorização da cultura de segurança do doente	X	X	-	-	-	-	-	X	-	X	X	<b>5</b>
		Centralidade dos cuidados no utente	X	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	<b>4</b>
		Melhorar a rede comunicacional	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	<b>3</b>

	<b>Importância do tema para o profissional</b>	Satisfação e motivação inter-pares	-	-	x	x	x	x	-	x	x	x	-	<b>7</b>
		Promover a qualidade de vida do utente	x	x	-	x	x	-	-	x	-	x	-	<b>6</b>
		A articulação com os prescritores	x	x	x	-	-	-	-	-	-	x	-	<b>4</b>
		Boas práticas em saúde	-	-	-	-	x	-	-	x	x	-	x	<b>4</b>
		Escassez dos recursos humanos	-	-	-	x	-	x	-	-	-	x	-	<b>3</b>
Validar a importância da temática para o profissional e utente	<b>Influências ou condicionalismos que balizam a atuação do profissional</b>	Qualidade de vida do utente	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	<b>2</b>
		Dificuldade de articulação com os prescritores	1	-	1	1	-	-	-	-	-	1	-	<b>4</b>
		Motivação para a adesão	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	<b>2</b>
		Falta de recursos humanos	-	1	-	1	1	1	-	-	-	1	-	<b>5</b>
Delinear “Projeto de Melhoria Contínua	<b>Sugestões de diminuição ou prevenção de dificuldades</b>	Valorizar a temática na formação em serviço	-	x	x	x	-	-	-	x	-	x	x	<b>5</b>
		Aumento de recursos humanos e materiais	-	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-	<b>2</b>
		Continuidade dos cuidados	x	-	-	-	x	-	-	x	x	-	x	<b>5</b>
		Envolvimento da família	-	-	-	-	x	-	-	x	-	-	-	<b>2</b>
	<b>Recursos existentes na comunidade, para aumento de adesão ao regime medicamentoso</b>	A rede de parceiros	-	x	x	x	-	x	-	-	-	x	x	<b>7</b>
		Os SAD (Serviço de Apoio Domiciliário)	x	-	-	-	x	-	-	x	-	-	-	<b>3</b>
		Farmácias Comunitárias, promover a unidose	x	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	<b>2</b>

## APÊNDICE 6 - PLANO DE FORMAÇÃO

### **Plano de Sessão**

Informação, Sensibilização e Capacitação da Equipa Multidisciplinar

De um Centro de Saúde da Região Alentejo

**Tema:** Gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário: para uma melhor qualidade dos cuidados

**Grupo:** Equipa Multidisciplinar de um Centro de Saúde da Região Alentejo, que prestam cuidados em contexto domiciliário.

**Local proposto:** Sala de Reuniões do Centro de Saúde da Região Alentejo

**Data:** A designar

**Objetivo Geral:** Sensibilizar e refletir em conjunto com os profissionais de saúde da equipa multidisciplinar do Centro de Saúde um programa de melhoria contínua ao nível da “Gestão do Regime Terapêutico em Contexto Domiciliário para uma melhor qualidade dos cuidados”, baseado no Processo Avedis Donabedian.

#### **Objetivos Específicos:**

- 1- Partilhar os resultados do **Diagnóstico de Situação**, e sugerir melhorias contínuas ao longo do processo que se traduzam na melhoria dos resultados.
- 3- Partilhar conhecimentos adquiridos ao longo deste processo e divulgar as NOCs atualmente em vigor e adaptadas ao contexto domiciliário.
- 4- Partilhar um guia orientador que contribua para a melhoria da qualidade dos registos no sistema informático Sclinico versão 5.6, ao nível das intervenções realizadas e que contribuem para a melhoria do indicador Taxa de resolução da ineficácia\compromisso na Gestão do Regime Terapêutico.
- 5- Partilhar a forma de registo das intervenções realizadas ao nível da garantia da continuidade dos cuidados no SNS e a promoção da segurança do doente no sistema informático Sclinico versão 5.6.

	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS			
		MÉTODOS	RECURSOS	ACTIVIDADES DO GRUPO	
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação dos intervenientes</li> <li>- Apresentação do tema;</li> <li>- Verificar conhecimentos prévios acerca do tema;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Diálogo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Audiovisuais PowerPoint</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interação com a população alvo.</li> </ul>	5 Min
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição de conceitos</li> <li>- Contexto domiciliário</li> <li>- Intervenções de enfermagem</li> <li>- Qualidade dos cuidados de enfermagem</li> <li>- Avedis Donabedian</li> <li>- Plano Nacional de Segurança 2015-2020</li> <li>- <i>Checklist</i> de admissão</li> <li>- GRT</li> <li>- Medicamentos LASA</li> <li>- <i>Checklist</i> da alta</li> <li>- Processo de enfermagem e registos no Sclinico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Diálogo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Audiovisuais PowerPoint</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interação com a população alvo.</li> <li>Demonstração ao público-alvo.</li> </ul>	20 min
<b>CONCLUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Análise SWOT</li> <li>- Resumo da sessão;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Avaliação da sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diálogo</li> <li>- Demonstração</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Audiovisuais PowerPoint</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionário</li> <li>- Demonstração</li> </ul>	15 min

## APÊNDICE 7 - APRESENTAÇÃO EM POWERPOINT

 Instituto Politécnico de Portalegre


 Escola Superior de Saúde de Portalegre


V Curso de Mestrado Enfermagem  
Gestão de Unidades de Saúde  
Orientadora: Prof.ª, Dra. Helena Arco  
Coorientadora: Prof.ª, Coordenadora Graça Gama

**Gestão do Regime Terapêutico em Contexto Domiciliário: para uma Melhor Qualidade dos Cuidados.**

**Formadoras:**  
CC: VCCS ACES AC  
LB: Aluna do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde


Setembro de 2018

 Instituto Politécnico de Portalegre

 Escola Superior de Saúde de Portalegre


**ROTEIRO:**

- 0 – Introdução
- 1 – Objetivo Geral
- 1.1 – Objetivos específicos
- 2 – Avaliação de conhecimentos da equipa
- 3 – PNS Revisão e Extensão a 2020
- 4 – PNSD, “Qualidade em Saúde”
- 5 – Planeamento em Saúde
- 6 – Diagnóstico de Situação – Análise conceptual
- 7 – Diagnóstico de Situação – Instrumento de recolha de dados
- 8 – Processo de Melhoria Contínua (otimização dos procedimentos normativos)
- 9 – Avaliação – *Focus Group* - Análise SWOT
- 10 – Referências bibliográficas




**Objetivo Geral:**

- Sensibilizar e refletir em conjunto com os profissionais de saúde da equipa multidisciplinar do Centro de Saúde sobre um programa de melhoria contínua ao nível da “Gestão do Regime Terapêutico em Contexto Domiciliário para uma melhor qualidade dos cuidados”, baseado no Processo Avedis Donabedian.




**Objetivos Específicos:**

- Partilhar os resultados do **Diagnóstico de Situação**, e sugerir melhorias contínuas ao longo do processo que se traduzam na melhoria dos resultados.
- Partilhar conhecimentos adquiridos ao longo deste processo e divulgar as NOCs atualmente em vigor e adaptadas ao contexto domiciliário.
- Partilhar um guia orientador que contribua para a melhoria da qualidade dos registos no sistema informático Sclinico versão 5.6, ao nível das intervenções realizadas e que contribuem para a melhoria do indicador Taxa de resolução da ineficácia\compromisso na Gestão do Regime Terapêutico.
- Partilhar a forma de registo das intervenções realizadas ao nível da garantia da continuidade dos cuidados no SNS e a promoção da segurança do doente no sistema informático Sclinico versão 5.6.





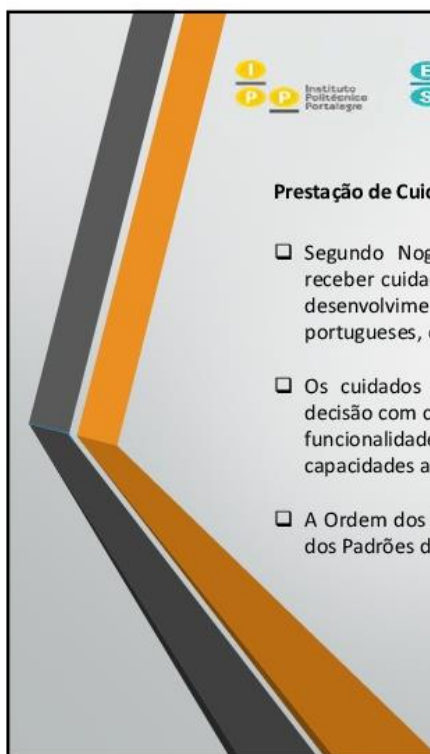
### Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020

- O Plano Nacional de Saúde com revisão e extensão a 2020, que define qualidade em saúde:  
“como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão, o que implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível” (Direção Geral de Saúde, 2015, p.16).
- O Plano Nacional de Saúde é um instrumento estratégico, que permite o alinhamento das políticas de saúde, de forma coerente e fundamentada, com o objetivo da maximização dos ganhos em saúde para a população portuguesa.





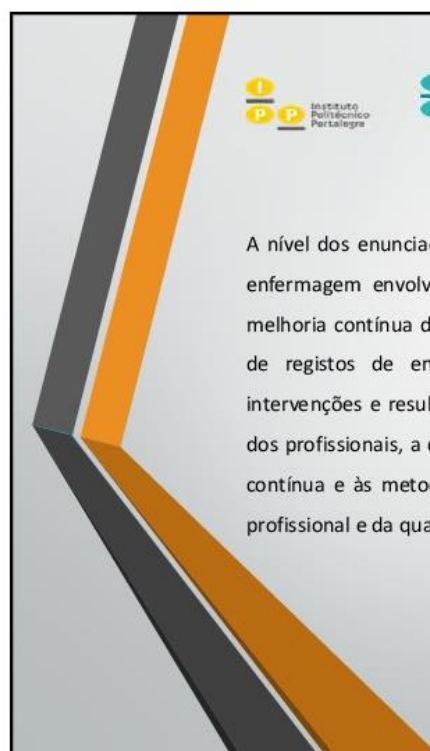
### Avaliação dos conhecimentos: através da palavra Verdadeiro ou Falso

- O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2018, é coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, compreende a segurança dos profissionais.
- Medicamentos (LASA - look alike sound alike)?
- A “Gestão do Regime Terapêutico em Contexto Domiciliário” engloba a abordagem pela equipa multidisciplinar a alimentação e do regime medicamentoso.
- A teoria de Avedis Donabedian incentiva à reflexão e melhoria dos cuidados prestados

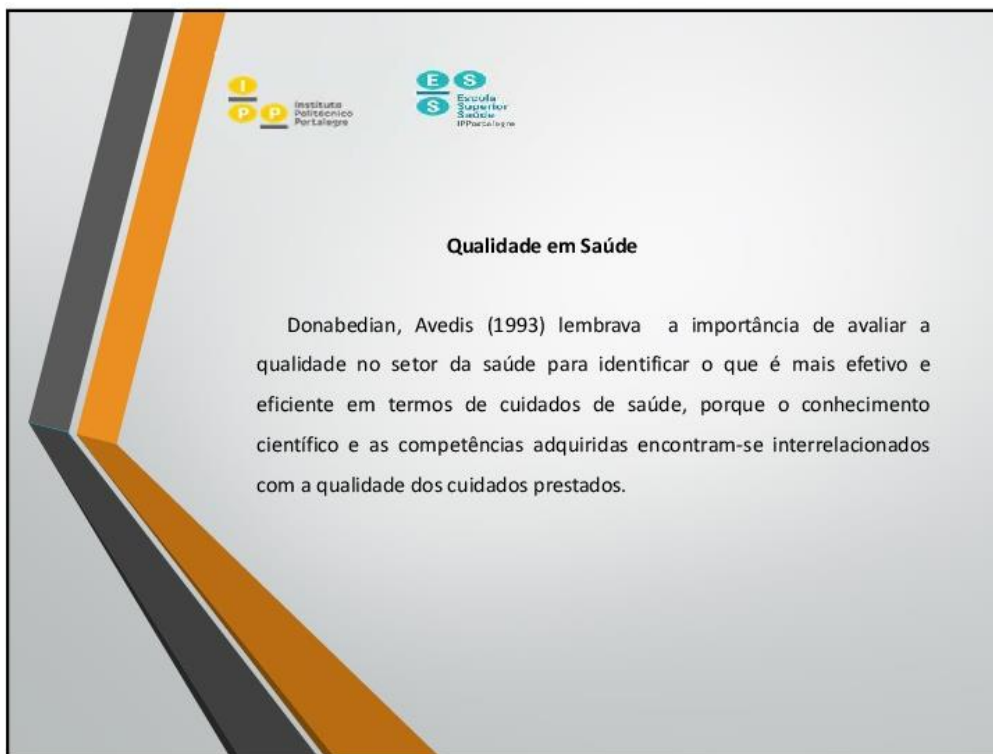


**Prestação de Cuidados de Enfermagem em Contexto Domiciliário**

- ❑ Segundo Nogueira (2009), 80% da população portuguesa prefere receber cuidados em casa, se estiver dependente, o que mostra que o desenvolvimento de respostas domiciliárias é a escolha dos portugueses, estando em linha com as estratégias internacionais atuais.
- ❑ Os cuidados de enfermagem que se fundamentam na tomada de decisão com conhecimento cumprem um papel decisivo na melhoria da funcionalidade, tendo como objetivo a maximização das suas capacidades a nível do desempenho e do autocuidado (Mota, 2011).
- ❑ A Ordem dos Enfermeiros (OE), através do enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE).



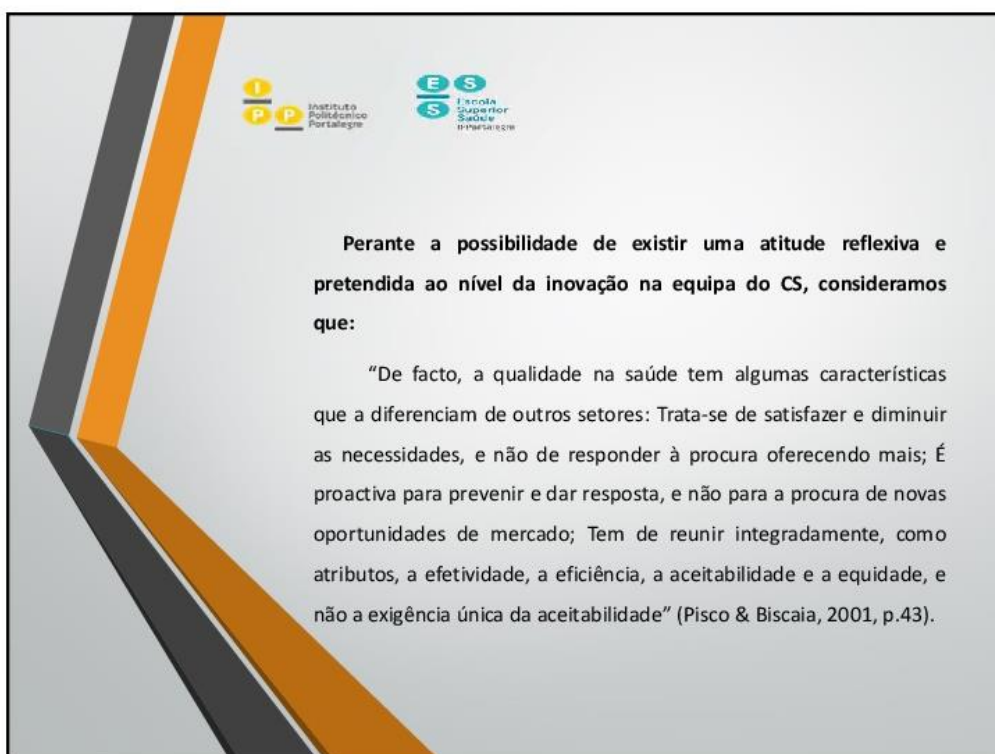
A nível dos enunciados descritivos, expõe que a organização dos cuidados de enfermagem envolve um quadro de referência ao nível de um sistema de melhoria contínua da qualidade, de um exercício profissional com um sistema de registos de enfermagem, premiado pela existência de diagnósticos, intervenções e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, à satisfação dos profissionais, a dar resposta às dotações seguras, às políticas de formação contínua e às metodologias de organização, promotores do desenvolvimento profissional e da qualidade (PQCE, 2001, revisto em 2012).



The slide features a decorative background with diagonal stripes in grey, orange, and white. In the top left corner, there are two logos: the logo of the Instituto Politécnico de Portalegre (IP) and the logo of the Escola Superior de Saúde (ESS) of the Instituto Politécnico de Portalegre. The text is centered on the slide.

**Qualidade em Saúde**


Donabedian, Avedis (1993) lembrava a importância de avaliar a qualidade no setor da saúde para identificar o que é mais efetivo e eficiente em termos de cuidados de saúde, porque o conhecimento científico e as competências adquiridas encontram-se interrelacionados com a qualidade dos cuidados prestados.



The slide features a decorative background with diagonal stripes in grey, orange, and white. In the top left corner, there are two logos: the logo of the Instituto Politécnico de Portalegre (IP) and the logo of the Escola Superior de Saúde (ESS) of the Instituto Politécnico de Portalegre. The text is centered on the slide.

**Perante a possibilidade de existir uma atitude reflexiva e pretendida ao nível da inovação na equipa do CS, consideramos que:**

“De facto, a qualidade na saúde tem algumas características que a diferenciam de outros setores: Trata-se de satisfazer e diminuir as necessidades, e não de responder à procura oferecendo mais; É proactiva para prevenir e dar resposta, e não para a procura de novas oportunidades de mercado; Tem de reunir integradamente, como atributos, a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade” (Pisco & Biscaia, 2001, p.43).



O Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, que aprova o “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020”, faz referência a considerações análogas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015)

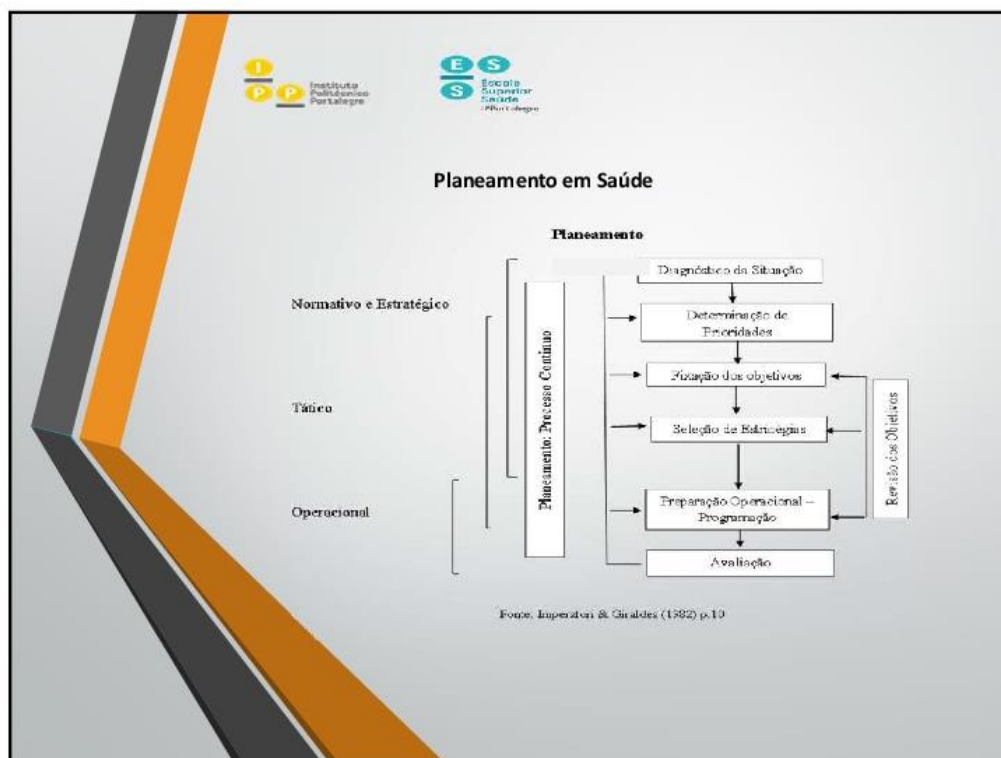
“estima-se que entre 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando encargos financeiros avultados para os sistemas de saúde. Tomar de medicamentos, prescritos pelo médico ou em automedicação, é um ato comum no quotidiano da população. A literatura internacional consultada refere que 82% da população adulta toma, pelo menos, um medicamento e 29% toma cinco ou mais medicamentos” (Despacho nº 1400/2015 de 10 de fevereiro, p.3882).

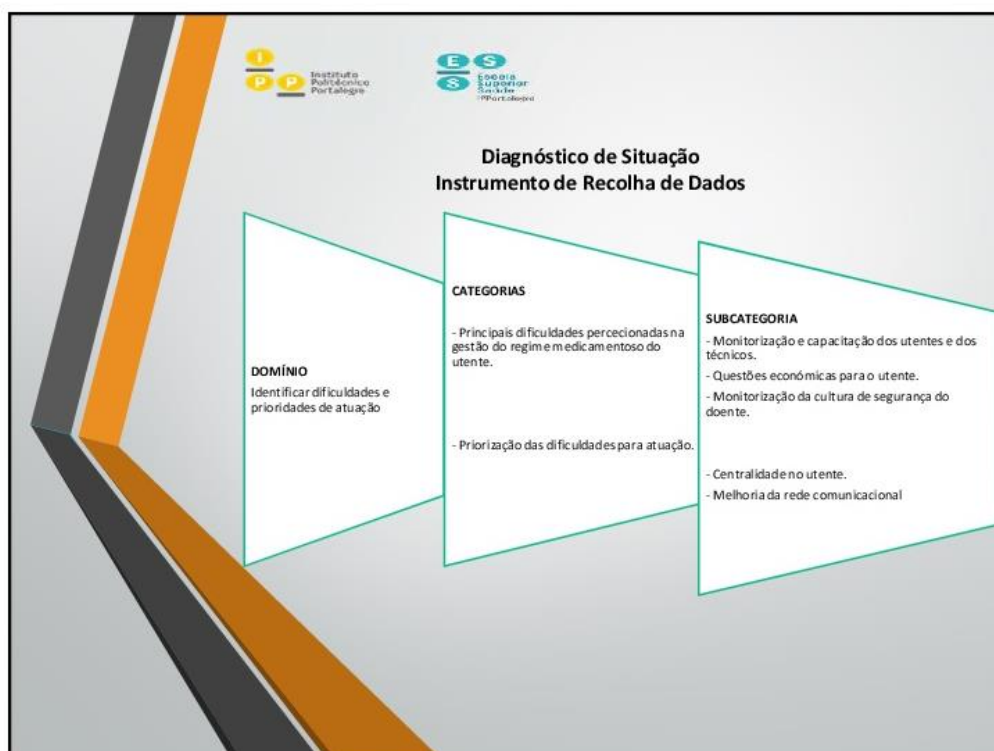
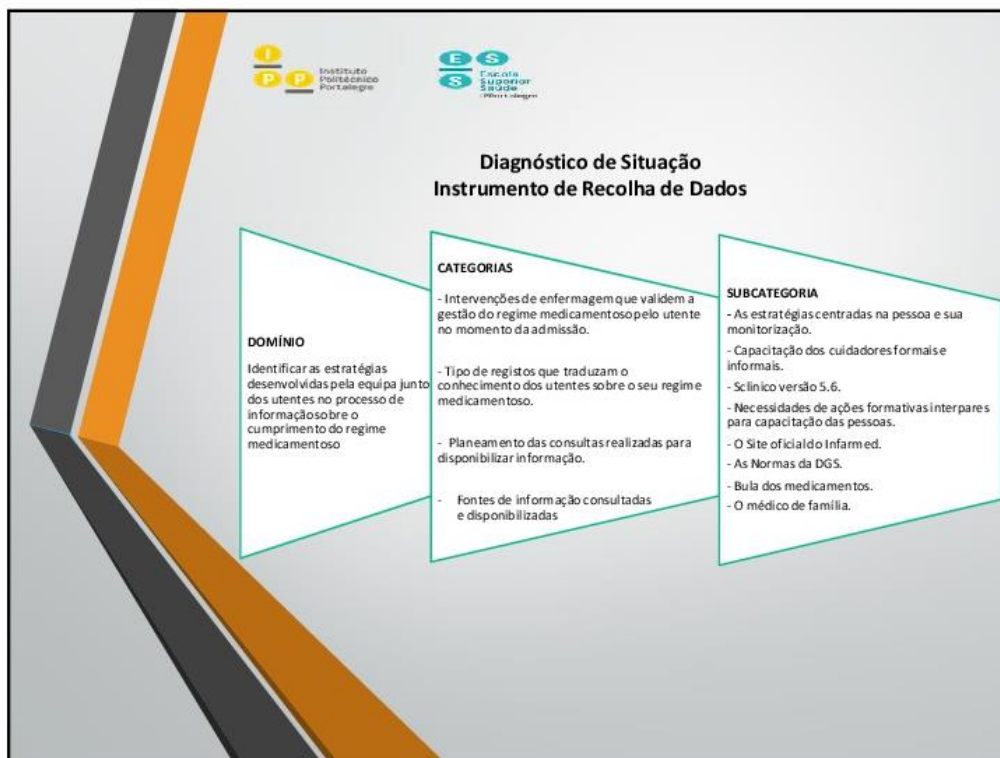


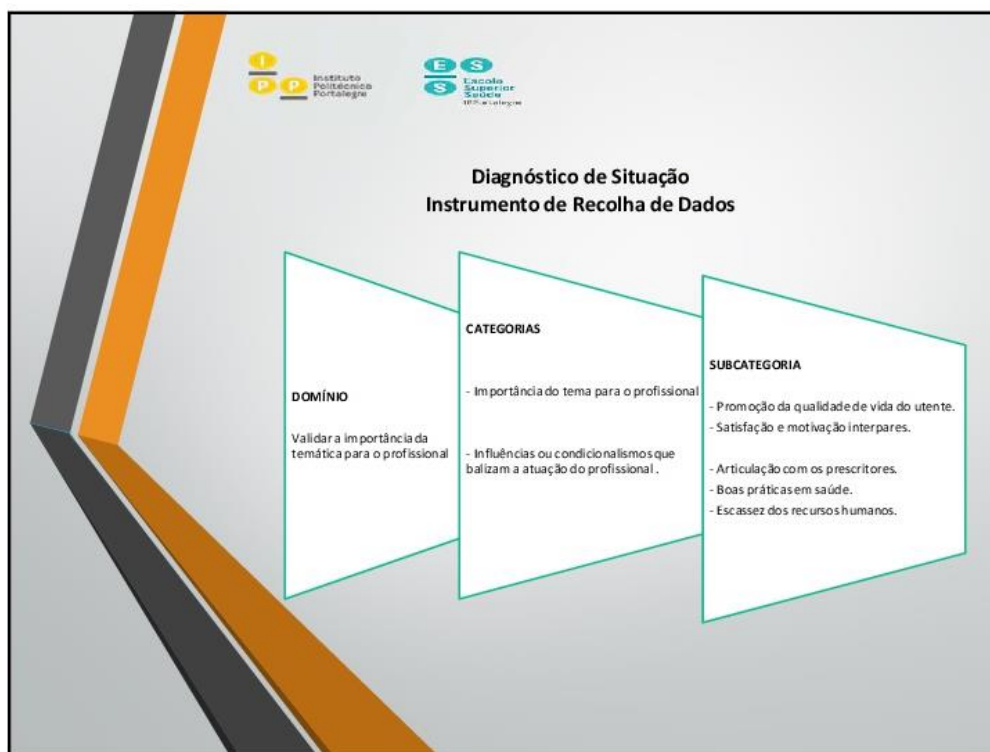
Tabela nº 1 – Representa os internamentos verificados e os internamentos evitáveis na Região Alentejo no ano de 2015

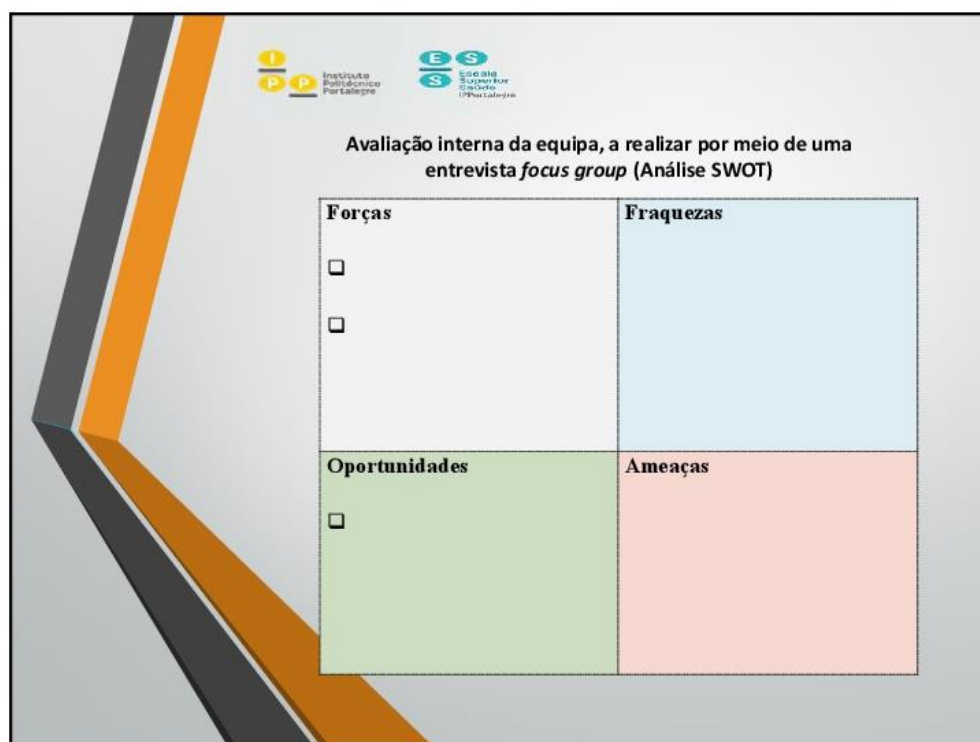
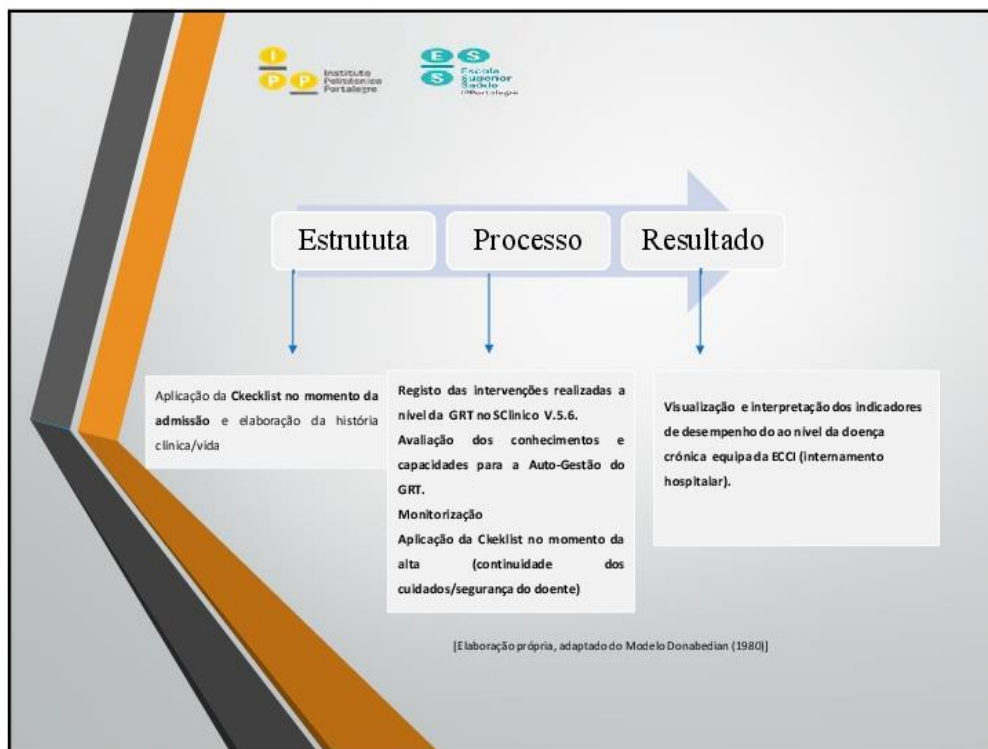
Área	N.º internamentos	N.º internamentos evitáveis	% Evitáveis	Valor estimado (euros)
Região Alentejo	<u>14550</u>	<u>2386</u>	<u>16,4%</u>	<u>5.452.010</u>

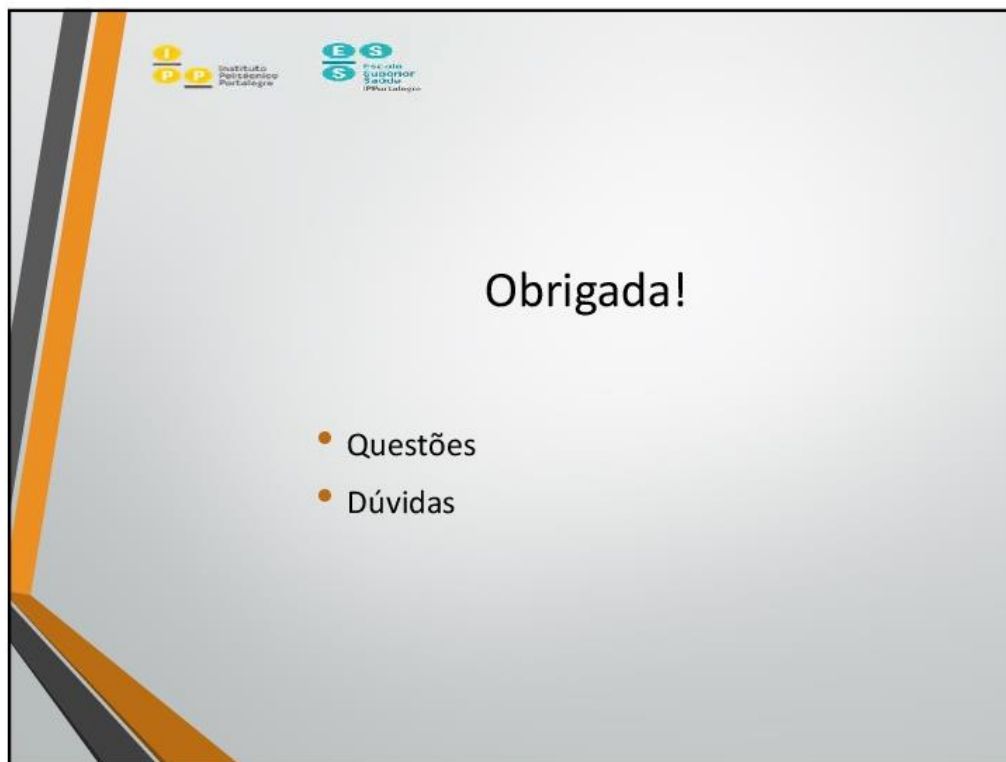
Fonte: Dados fornecidos pela Farmacêutica da ARSA, IP, facultados pelo Prof. Doutor Rui Santana da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa - elaboração própria.









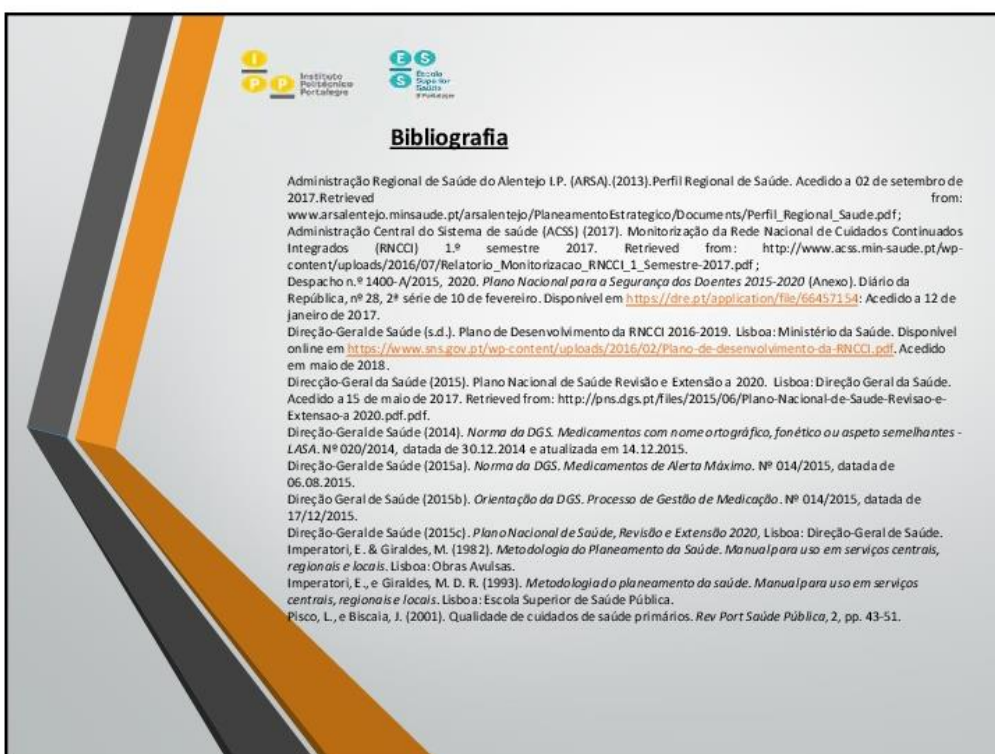


**I P P** Instituto Politécnico de Portalegre

**E S** Escola Superior de Saúde de Portalegre

# Obrigada!

- Questões
- Dúvidas



**I P P** Instituto Politécnico de Portalegre

**E S** Escola Superior de Saúde de Portalegre

## Bibliografia

Administração Regional de Saúde do Alentejo I.P. (ARSA). (2013). Perfil Regional de Saúde. Acedido a 02 de setembro de 2017. Retrieved from: [www.arsalentejo.minsaude.pt/arsalentejo/PlaneamentoEstrategico/Documents/Perfil\\_Regional\\_Saude.pdf](http://www.arsalentejo.minsaude.pt/arsalentejo/PlaneamentoEstrategico/Documents/Perfil_Regional_Saude.pdf);

Administração Central do Sistema de saúde (ACSS) (2017). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 1.º semestre 2017. Retrieved from: [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio\\_Monitorizacao\\_RNCCI\\_1\\_Semestre-2017.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2017.pdf);

Despacho n.º 1400-A/2015, 2020. *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020* (Anexo). Diário da República, nº 28, 2ª série de 10 de fevereiro. Disponível em <https://dre.pt/application/files/66457154>: Acedido a 12 de janeiro de 2017.

Direção-Geral de Saúde (s.d.). Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível online em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>. Acedido em maio de 2018.

Direção-Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 15 de maio de 2017. Retrieved from: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.

Direção-Geral de Saúde (2014). *Norma da DGS. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes - LASA. Nº 020/2014*, datada de 30.12.2014 e atualizada em 14.12.2015.

Direção-Geral de Saúde (2015a). *Norma da DGS. Medicamentos de Alerta Máximo. Nº 014/2015*, datada de 06.08.2015.

Direção-Geral de Saúde (2015b). *Orientação da DGS. Processo de Gestão de Medicação. Nº 014/2015*, datada de 17/12/2015.

Direção-Geral de Saúde (2015c). *Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão 2020*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.

Imperatori, E., e Giraldes, M. D. R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Superior de Saúde Pública.

Pisco, L., e Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Rev Port Saúde Pública*, 2, pp. 43-51.

## APÊNDICE 8 – CHECKLIST DE PROCEDIMENTOS NO MOMENTO DE ADMISSÃO

### 1. Em Suporte de Papel

- Preencher a folha de admissão – elaboração da história de vida/clínica;
- Preencher e imprimir as escalas de avaliação realizadas no S-Clinico Versão 5.6 [Autocuidado, Gestão de Regime Terapêutico (Conhecimentos e capacidades para gerir o RT), Braden, Morse, Zarit e Dor] no GestCare CCI (Braden, Morse, Barthel, Glasgow, Tabela da funcionalidade e Edmonton quando aplicável);
- Organizar o Processo do utente com toda a documentação necessária;
- Preencher a Grelha de Escalas de Admissão e Alta (com datas e scores obtidos);
- Atualizar a grelha de utentes internados na equipa, grelha de avaliações no aplicativo RNCCI, lista de contactos;
- Escolher gestores de caso.
- Colocar duplicado da folha de terapêutica na pasta existente no veículo (tendo em conta a proteção de dados, o cabeçalho da folha contém apenas a localidade de residência bem como as iniciais do 1º e último nome do utente);
- Enviar por correio eletrónico, para o enfermeiro e médico de família, a admissão do utente na equipa, com conhecimento a todos os membros a equipa, (melhorar a comunicação e articulação inter-pares).

### 2. Sclinico versão 5.6.

- Alocar ao utente o ingresso no Programa Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- Admitir o utente na equipa
- Preencher a avaliação inicial do utente;
- Levantar os focos (obrigatórios): Dor, Autocuidado, Gestão do Regime Terapêutico e avaliar a capacidade e conhecimentos para a gestão do RT, Risco de úlcera de pressão, Queda, Metabolismo e Stress do prestador de cuidados;
- Identificar outros focos pertinentes, tendo em conta a centralidade dos cuidados no utente.

### 3. Gestcare CCI

- Proceder à admissão do utente na equipa;
- Proceder ao preenchimento de escalas de avaliação (Parâmetros Vitais, Parâmetros Biofísicos, Tabela da Funcionalidade (utentes com idade = ou > a 18 anos e < de 65 anos), Tabela da Funcionalidade do idoso (utentes com idade = ou > a 65 anos), Braden, Morse; Edmonton e Cuidados Paliativos, se aplicável; Vigilância de diabetes, se aplicável, e Avaliação de cada UP presente);
- Realizar a Avaliação de Enfermagem Inicial; Avaliação Social; Avaliação Médica e compilar as avaliações dos membros da equipa multidisciplinar;
- Registrar os motivos de referência:** Gestão do Regime terapêutico; Capacitação dos cuidadores; Tratamento de feridas e úlceras e manutenção ou melhoria da funcionalidade.

## APÊNDICE 9 – GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO E MEDICAMENTOS LASA

**Centro de Saúde da Região Alentejo**

A Coordenadora \_\_\_\_\_

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A rever em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assunto:** Formação à equipa: medicamentos de alerta máximo

**Palavras-chave:** Segurança do doente, segurança na medicação, medicamentos de alerta máximo.

São considerados **medicamentos de alerta máximo**, ou de alto risco, **os medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização**. Embora os erros que possam ocorrer com estes medicamentos não sejam os mais frequentes, as suas consequências tendem a ser mais graves, podendo ocasionar lesões permanentes ou a morte e aumentar os custos associados aos cuidados de saúde prestados ao doente.

Estes medicamentos podem mais facilmente provocar dano significativo ao doente devido a alguns aspetos, nomeadamente: margem terapêutica estreita, ou gravidade dos seus potenciais efeitos adversos (e.g. hemorragia ou hipoglicemia).

Nas intervenções do enfermeiro em relação à segurança na medicação, é possível desenvolver atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar do uso de medicamentos.

A unidade funcional prestadora de cuidados de saúde, através dos enfermeiros, do médico, dos farmacêuticos da farmácia comunitária, e dos técnicos de farmácia comunitária, torna-se responsável por implementar práticas seguras no que respeita aos medicamentos de alerta máximo, nomeadamente:

- Elaborar e divulgar, internamente, a lista de medicamentos de alerta máximo, ajustada aos que são utilizados pelos utentes;
- Garantir a informação e a comunicação a todos os profissionais da equipa da lista de medicamentos de alerta máximo utilizados pelos utentes em contexto domiciliário, o seu propósito, **sublinhando a importância da redução de incidentes relacionados com a medicação**;

- Proceder à parametrização de alertas, para os medicamentos de alerta máximo, nas aplicações informáticas (e.g. **interações de anticoagulantes com outros medicamentos, alergias**);
- Conhecer os medicamentos de alerta máximo disponíveis no domicílio, particularmente as **heparinas, morfina, insulinas**.
- Definir procedimentos internos que incluam o desenvolvimento de estratégias e a implementação de medidas de segurança, ao nível do armazenamento, prescrição, acondicionamento, preparação e administração.

Assim, ao nível do(a):

#### **1. Armazenamento no domicílio:**

- Padronizar o acesso aos medicamentos de alerta máximo aos familiares, nomeadamente;
  - Diminuir ou evitar a indicações/pedidos orais;
  - Padronizar os regimes de dose (e.g. esquemas de titulação de dose, definição de doses máximas,).

#### **2. Preparação e administração, reforçando, para os medicamentos de alto risco, a dupla verificação:**

- Registrar o nome do medicamento, da dose e da hora certa (5 certos);
- Validar a prescrição ou com o registo para a administração;
- Incentivar os registos de administração dos medicamentos;
- Promover a formação e atualização para os profissionais com vista à melhoria do seu conhecimento sobre os medicamentos de alerta máximo, potenciais efeitos adversos, como evitá-los e como atuar em caso de ocorrência;
- Promover formação para os doentes e cuidadores sobre estes medicamentos e as suas formas de administração (e.g. manuseamento de dispositivos de medição e inalação de medicamentos, canetas de insulina, equipamentos para monitorização da glicemia).

(NOTA: nos quadros seguintes, as setas assinalam os medicamentos mais frequentemente presentes nos domicílios dos utentes na área de intervenção da equipa em que a mestranda se integrou durante o Estágio).

CLASSES DE MEDICAMENTOS	EXEMPLOS
Agonistas adrenérgicos intravenosos	adrenalina, dobutamina, dopamina, isoprenalina, noradrenalina
Antagonistas adrenérgicos intravenosos	esmolol
Anestésicos gerais administrados por via inalatória e intravenosos	etamina, desflurano, etomidato, isoflurano, propofol, sevoflurano
Antiarrítmicos intravenosos	adenosina, amiodarona, atropina, flecainida, vernacalant
Inotrópicos intravenosos	digoxina, milrinona
Sedativos intravenosos de ação moderada	dexmedetomidina, midazolam
Sedativos de ação moderada, para crianças	hidrato de cloral
Bloqueadores neuromusculares	cloreto de suxametônio, atracúrio, cisatracúrio, pancurônio, rocurônio, vecurônio
Análogos da vasopressina intravenosos	desmopressina, terlipressina

<b>AGENTES ANTITROMBÓTICOS</b>	
Anticoagulantes	varfarina, heparina não fracionada, heparinas baixo peso molecular
Inibidores do fator Xa	fondaparinux sódico, apixabano, rivaroxabano
Inibidores diretos da trombina	bivalirudina, dabigatrano etexilato
Trombolíticos	alteplase, reteplase, tenecteplase
Inibidores da glicoproteína IIb/IIIa	abciximab, eptifibatida, tirofibanó
<b>OUTRAS CLASSES</b>	
Soluções cardioplégicas	
Citotóxicos de uso parenteral ou oral	
Soluções para diálise peritoneal e soluções para hemodiálise	
Medicamentos para administração por via epidural ou intratecal	
Insulinas (subcutâneas e intravenosas) e antiabéticos orais	
Analgésicos opióides intravenosos, transdérmicos e de uso oral (incluindo pós para concentrados para soluções e formulações de libertação imediata ou prolongada)	
Soluções para nutrição parentérica	
Meios de contraste intravenosos (contrastest iodados)	
<b>MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS</b>	
Água estéril para inalação e irrigação, em embalagens de volume igual ou superior a 100 ml	
Cloreto de sódio hipertónico (superior a 0.9%), solução injetável	
Glicose hipertónica (20% ou superior), solução injetável	
Cloreto de potássio concentrado para solução para perfusão	
Fosfato monopotássico, solução injetável	
Sulfato de magnésio, solução injetável	
Anfotericina B (forma lipossómica e convencional)	
Epoprostenol	
Oxitocina, solução injetável	
Prometazina, solução injetável	
Metotrexato, comprimido	

## APÊNDICE 10 – AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE E DE CONHECIMENTO

Centro de Saúde da Região Alentejo

A Coordenadora: \_\_\_\_\_

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A rever em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSUNTO: Formação à equipa do Centro de Saúde:

Capacidade para gerir o regime medicamentoso.

Realização das intervenções e registos no sistema informático Sclinico versão 5.6

**I – DEFINIÇÃO** Medida/Comportamento de autocuidado, em que o doente toma a medicação prescrita, incluindo não só a dose correta, frequência e horário, mas também a sua continuidade e utilização segura.

### II – OBJECTIVOS

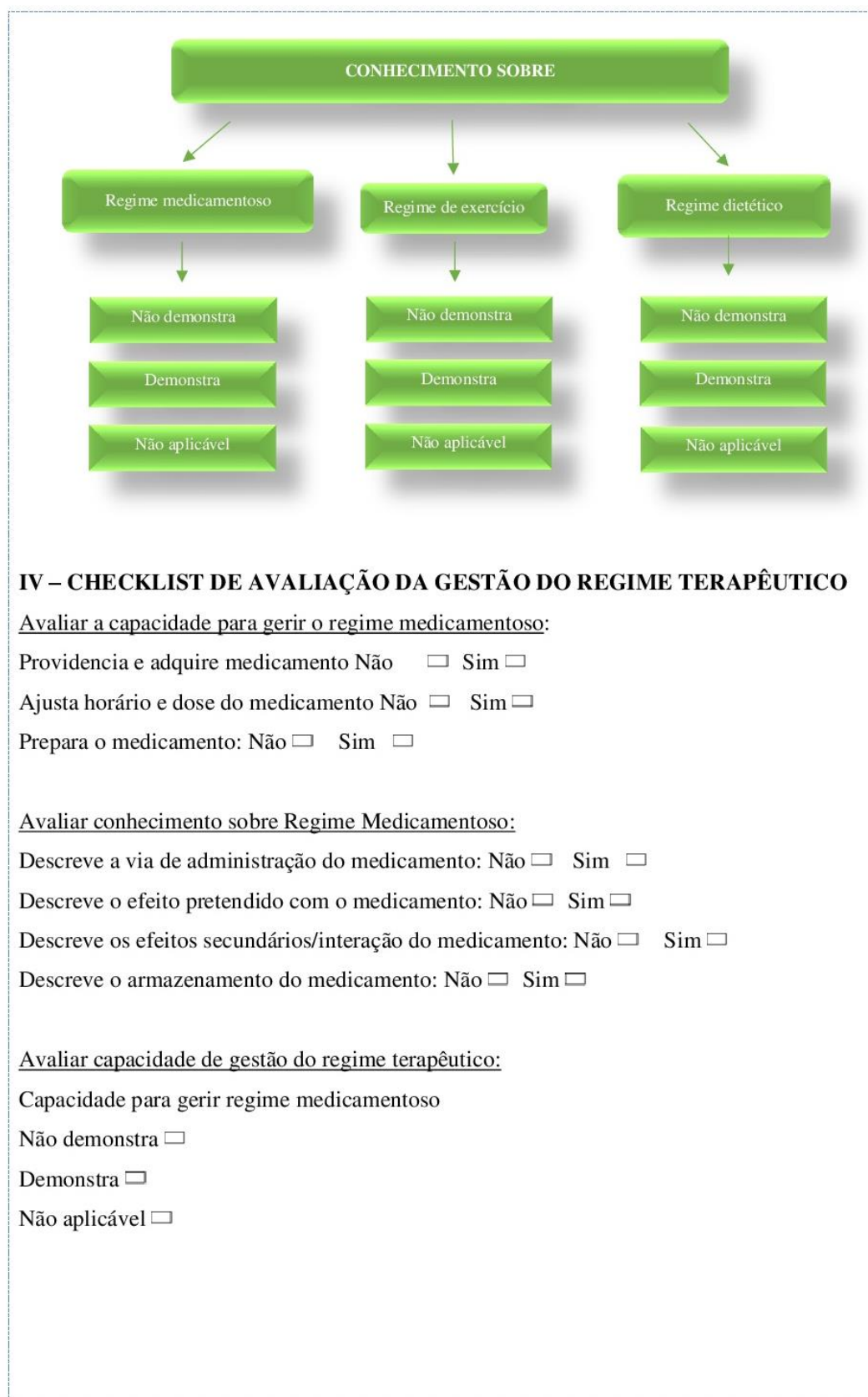
Desenvolver uma metodologia de abordagem e registo desta temática, de modo a ser consistente a sua aplicação nas intervenções da equipa. O foco é otimizar a capacitação através da caracterização do utente nas diferentes fases de: Capacidade para gerir o regime terapêutico (alimentação, exercício físico e regime medicamentoso), associado ao registo das intervenções realizadas pela equipa na prestação de cuidados em contexto domiciliário.

Definir as estratégias para a avaliação e monitorização da adesão ao regime medicamentoso, uniformizar os registos de intervenção, proporcionar formação e informação sobre a gestão e conhecimentos sobre o regime medicamentoso, associado à função do autocuidado.

Proporcionar formação e informação sobre o registo, no sistema informático Sclinico versão 5.6.

### III – ESTRUTURAÇÃO





Avaliar capacidade de gestão do regime de exercício:

Capacidade para gerir regime de exercício

Não demonstra

Demonstra

Não aplicável

Avaliar capacidade de gestão do regime dietético:

Capacidade para gerir regime dietético

Não demonstra

Demonstra

Não aplicável

Avaliar potencial para melhorar a capacidade:

Potencial para melhorar a capacidade

Capacidade Física: Não  Sim

Consciencializações das mudanças no seu estado de saúde: Não  Sim

Força de vontade expressa para a aprendizagem: Não  Sim

Envolvimento no processo de ensino\aprendizagem: Não  Sim

Avaliar potencial para melhorar o conhecimento:

Capacidade cognitiva: Não  Sim

Consciencialização das mudanças no seu estado de Saúde: Não  Sim

Força de vontade expressa na aprendizagem: Não  Sim

Envolvimento no processo de ensino aprendizagem: Não  Sim

## **V – UNIFORMIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS**

Nomeadamente, o local onde guarda a medicação, o nome e a hora a ser administrada, a via de administração, criando assim também uma estratégia para garantir a toma da medicação na hora certa. De referir que o procedimento baliza os registos, mas não limita as intervenções.

Promover os passos certos para a toma da medicação:

Pessoa certa;

Medicamento certo;

Validade certa;

Dosagem certa;

Via certa;

Hora certa.

Instruir sobre complicações de GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO nomeadamente:

Promover a capacidade do profissional, para detetar e prevenir complicações. Permanecer devidamente informado e atualizado, sobre os, efeitos secundários e as complicações, e, ou reações adversas, a que a pessoa, poderá encontrar-se sujeita, tendo o profissional, o dever de acompanhar, vigiar, e monitorizar, a toma de medicação, e promover a autovigilância (sinais e sintomas), que quando existentes, contatar imediatamente o profissional, através do contato telefónico, que dispõe da equipa.

Promover a autonomia no regime terapêutico, através da capacitação do utente, cuidador, e ou familiares.

Facilitar a continuidade de terapêutica no domicílio, articular com todos os intervenientes, e reforçado, pela nota de alta do utente, do meio hospitalar, para os cuidados de saúde primários, e vice-versa. E ainda entre unidades funcionais, que prestam cuidados de saúde em contexto domiciliário.

Promover a capacitação para gerir o regime dietético

Promover a capacitação para gerir as atividades de vida diária, a nível do autocuidado.

## **VI – INFORMAÇÕES GERAIS**

Quem executa: O enfermeiro, o utente e o cuidador informal.

Frequência: De acordo com prescrição do enfermeiro/médico, protocolo do serviço em vigor e necessidades do utente

Orientações quanto à execução:

Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar os resultados

Consultar prescrição médica juntamente com utente conferindo a medicação adquirida pelo mesmo na admissão e sempre que houver alteração terapêutica

Atender às preferências e à privacidade do utente

Promover a segurança do utente

Informar o utente dos medicamentos

Planear/organizar medicamentos

Criar uma estratégia para garantir a toma da medicação na hora certa.

Verificar se não existem contraindicações para a via de administração (Oral, IM, EV). Por exemplo existirem alterações de deglutição e a via de administração ser oral

Analisar e despistar sinais e sintomas de efeitos secundários e adversos antes sua administração

Manter os medicamentos dentro das embalagens em que se encontram, abrindo-os, sem lhes tocar, imediatamente antes da sua administração

Colocar utente com tronco elevado, caso não seja possível colocar em decúbito lateral

Instruir a toma de medicação com água (60-100 ml)

Minimizar o sabor desagradável de alguns medicamentos triturando-os ou diluindo-os em sumos ou misturando-os com alimentos pastosos, se possível

Promover adaptação a novos estilos de vida

Ensinar a pessoa sobre hábitos alimentares

Ensinar a pessoa sobre os hábitos de exercício

## **VII – RECURSOS**

Folha de terapêutica

Medicação e respetivas caixas e folheto informativo

Copo com água ou sumo, se necessário

Palhinha, se necessário

Seringa, se necessário

VIII – PROCEDIMENTOS	Justificação
<p>Instruir utente sobre o procedimento.                      Consultar prescrição médica juntamente com utente e/ou cuidador conferindo a medicação.                      Providenciar os recursos para junto do utente e/ou cuidador.                      Ensinar sobre o regime medicamentoso, identificando o nome, ação, forma, dose e horário.                      Planear estratégias para lembrar a toma da medicação. (por ex.: utilizar o despertador ou associar a uma atividade diária)                      Organizar a medicação. (por ex.: utilizar caixas, adaptação de sapateiras ou recipientes para guardar e organizar a medicação)                      Realizar ensinamentos sobre hábitos alimentares.                      Realizar ensinamentos sobre atividade física                      Esclarecer dúvidas do utente e/ou cuidador.</p>	<p>Informar e obter colaboração do utente e ou cuidador. Promover autocuidado. Encorajar autonomia.                      De modo a obter conhecimento de todos os medicamentos a tomar e facilitar o procedimento. Prevenir erros.                      Gerir tempo.                      Capacitar utente e/ou cuidador para a gestão terapêutica. Prevenir erros.                      Transmitir informação sobre a medicação, proporcionando conhecimento para que serve cada medicação em específico, ajuda no ato Promover os passos certos para a toma da medicação:                      Pessoa certa                      Medicamento certo                      Validade certa                      Dosagem certa                      Via certa                      Hora certa                      Não esquecer de tomar a medicação.                      Prevenir erros. Tomar a medicação na hora correspondente.                      Verificar validade.  <u>Promover uma alimentação saudável de forma a melhorar o estado de saúde do utente e, em alguns casos, ajudar na cicatrização de feridas.</u>  <u>Promover um estilo de vida saudável e interação social.</u>  <u>Evitar erros na toma da medicação.</u></p>

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Mariana Bordalo Rodrigues, B. J. (2011). Programa de Intervenção Para a Adesão ao Regime Medicamentoso. Padrões de Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem - Unidade de São Rafael.

Mota, L. A., Cruz, M. A., & Costa, C. A. (2016). Gestão do regime terapêutico - construção de fluxograma. Revista de Enfermagem Referência série IV.

Oliveira, C. A. (2015). Autocuidado: Gerir Regime Medicamentoso. Porto.

## APÊNDICE 11 – CHECKLIST DE PROCEDIMENTOS NO MOMENTO DA ALTA

### 1. Elementos a inserir no Sclínico Versão 5.6

- Avaliações obrigatórias (Dor, Autocuidado, Gestão do Regime Terapêutico, Úlcera de Pressão, Risco de Úlcera de Pressão, Queda e Tabela da Funcionalidade aplicada ao grupo etário);
- Dar termo a todos os diagnósticos criados;
- Dar alta e alegar o motivo: objetivos atingidos, outra tipologia da RNCC, ingresso em centro de dia, lar ou outro;
- Finalizar o Programa Nacional dos Cuidados Continuados Integrados;
- Registar as intervenções realizadas que consentem a continuidade dos cuidados: Foco: Serviço de Saúde.

### 2. GestCare CCI

- Preenchimento de escalas de avaliação (análogas às da Admissão);
- Realizar avaliação de enfermagem (Alta);
- Transcrever todas as avaliações e intervenções realizadas pela equipa de enfermagem para um documento Word, preservado em pasta identificada de modo a salvaguardar também a privacidade do utente. Esta pasta deve colocar-se no armário onde se encontram os dossiês dos utentes que ingressaram na equipa, fechado à chave, cuja localização, previamente definida pelo coordenador da equipa, é do conhecimento de todos os elementos.
- Realizar a nota de alta pelo gestor de caso, (deve incluir: avaliação de enfermagem, social e de outros técnicos alocados ao utente) e efetivar a alta do utente nos sistemas de informação.

### 3. Suporte Papel

- Preenchimento e impressão de escalas de avaliação (Braden, Morse, Dor, Glasgow, Barthel e Edmonton, quando aplicável)
- Preenchimento das Grelhas que contêm as Escalas de Admissão e de Alta (com datas e respetivos resultados)
- Nota de Alta impressa
- Enviar Nota de Alta por correio eletrónico, para o médico e enfermeiro de família após a alta da equipa, garantindo a continuidade dos cuidados, e fornecer uma cópia impressa ao utente em envelope fechado. Colocar todo o processo no dossier “Altas 2018”.
- Dar alta ao utente no episódio na RNCCI, objetivos atingidos e garantido a continuidade dos cuidados, com encaminhamento para o enfermeiro e médico de família, para promover a vigilância de saúde e monitorização das prescrições medicamentosas, através da renovação do receituário.

## APÊNDICE 12 – MATRIZ SWOT PARA REFLEXÃO E MELHORIA CONTÍNUA

**Momento de utilização:**

<b>Forças</b>	<b>Fraquezas</b>
<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>

**Data:**