



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Promoção da literacia para a gestão do regime
terapêutico: *Mais conhecimento, melhor saúde***

Mariana de Rito Ribeiro

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Gato

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Promoção da literacia para a gestão do regime
terapêutico: *Mais conhecimento, melhor saúde***

Mariana de Rito Ribeiro

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Gato

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes

Arguente: Professora Teresa Dionísio Mestre

Orientador: Professora Doutora Ana Paula Gato

Setúbal, 2023

*Por vezes sentimos que aquilo que fazemos
não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.
(Madre Teresa de Calcutá)*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora pedagógica, Sr^a Professora Doutora Ana Paula Gato, pela sabedoria, orientação e disponibilidade durante todo este percurso.

A toda a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade, em especial à minha orientadora clínica Sr^a Enfermeira Especialista S. L. E. pela generosidade na partilha do saber, apoio permanente, confiança e incentivo.

À comunidade, especialmente às pessoas idosas e seus cuidadores que connosco colaboraram e nos receberam nas suas casas, partilhando as suas fragilidades, preocupações e experiências de vida.

Às minhas colegas de mestrado C., M. e R. pela amizade, apoio e partilha.

Às minhas amigas pelo suporte constante e compreensão.

À minha equipa de trabalho, que sempre me encorajou e facilitou na gestão horária.

À minha família, em especial aos meus pais, pela presença, incentivo, inspiração e orientação durante todas as etapas da minha vida.

Ao F., pela compreensão e carinho.

O meu agradecimento a todos aqueles que participaram neste percurso de crescimento.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional, associado ao aumento de doenças crónicas e ao uso de esquemas complexos, pode comprometer o autocuidado na gestão do regime terapêutico, constituindo-se como um fator de risco para a segurança das pessoas idosas. Este relatório descreve as atividades desenvolvidas durante os Estágios do Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com foco num projeto de intervenção comunitária dirigido à população idosa e seus cuidadores informais numa Unidade de Cuidados na Comunidade da Área Metropolitana de Lisboa. Cabe ao enfermeiro contribuir na prevenção dos fatores de risco associados à gestão do regime terapêutico, promovendo a literacia em saúde e otimizando o autocuidado, garantindo o envolvimento da pessoa. **Objetivo:** O projeto desenvolvido teve como objetivo promover a literacia em saúde para a gestão do regime terapêutico dos utentes idosos da Equipa de Cuidados Continuados Integrados e seus cuidadores informais. **Metodologia:** O projeto seguiu a metodologia de Planeamento em Saúde, tendo sido aplicado um instrumento de colheita de dados a uma amostra de utentes idosos e cuidadores informais, realizado através de questionário na fase de diagnóstico de situação de saúde. **Resultados:** Os dados revelaram como prioridade de intervenção a existência de comportamento de procura de saúde comprometido; capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida; falta de conhecimento sobre regime medicamentoso; regime medicamentoso complexo; falta de conhecimento sobre medidas de segurança e comunicação com equipa de saúde comprometida. A intervenção foi realizada com base da Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem, privilegiando a educação para a saúde, o *marketing* em comunicação e divulgação do projeto, o estabelecimento e envolvimento das parcerias e as reuniões periódicas. **Conclusões:** Foram desenvolvidas atividades que nos permitiram obter resultados satisfatórios ao nível da melhoria na autogestão do regime terapêutico. O projeto desenvolvido realçou a importância do enfermeiro, como um elemento facilitador na gestão do regime terapêutico, implementando estratégias e ferramentas que contribuam para a capacitação de utentes e cuidadores informais para uma eficaz e mais segura gestão do regime terapêutico.

Palavras-chave: Literacia em saúde, Gestão do Regime Terapêutico, Autocuidado, Idosos, Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: The aging of the population, associated with the increase in chronic diseases and the use of complex therapeutic regimens, can compromise self-care in the management of the therapeutic regimen, constituting a risk factor for the safety of elderly people. This report describes the activities carried out during the Master's Internships in Community and Public Health Nursing, focusing on a community intervention project aimed at the elderly population and their informal caregivers in a Community Care Unit in the Lisbon Metropolitan Area. It is up to the nurse to contribute to the prevention of risk factors associated with the management of the therapeutic regimen, promoting health literacy and optimizing self-care, ensuring the person's involvement. **Objective:** The project developed aimed to promote health literacy for the management of the therapeutic regime of elderly users of the Integrated Continuous Care Team and their informal caregivers. **Methodology:** The project followed the Health Planning methodology, with a data collection instrument being applied to a sample of elderly users and informal caregivers, carried out through a questionnaire in the health situation diagnosis phase.

Results: The data revealed as intervention priority: compromised health-seeking behaviour; inadequate ability to manage drug-only regimen; lack of knowledge about drug regimen; complex drug regimen; low knowledge about safety measures and compromised communication with the health team. The intervention was carried out based on Dorothea Orem's Theory of Self-Care Deficit in Nursing, focusing on health education, marketing in communication and dissemination of the project, the establishment and involvement of partnerships and periodic meetings. **Conclusions:** Activities were carried out that allowed us to obtain satisfactory results in terms of improving the self-management of the therapeutic regime. The developed project highlighted the importance of the nurse, as a facilitator in the management of the therapeutic regime, implementing strategies and tools that contribute to the training of users and informal caregivers for an effective and safer management of the therapeutic regime.

Keywords: Health literacy, Management of Therapeutic Regime, Self-care, Elderly, Community and Public Health Nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ARSLVT - Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

BICSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

BISU - Boletim Individual de Saúde do Utente

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECSP - Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EEEC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

INE - Instituto Nacional de Estatística

OMS - Organização Mundial da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSD21-26 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

KM - Quilómetro

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TDAE - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E DETERMINANTES DE SAÚDE.....	20
1.2. ENVELHECIMENTO: CONCEITO E EVOLUÇÃO.....	23
1.3. DOENÇA CRÓNICA E POLIMEDICAÇÃO NA PESSOA IDOSA	26
1.4. ADESÃO E GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO	30
1.4.1. Autocuidado na gestão do regime terapêutico	31
1.4.2. Fatores que influenciam a adesão e a gestão do regime terapêutico.....	32
1.4.3. Papel do cuidador informal na gestão do regime terapêutico	33
1.5. LITERACIA EM SAÚDE E SEGURANÇA DO DOENTE	35
1.6. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM.....	39
2. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS.....	41
2.1. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	41
2.2. METODOLOGIA UTILIZADA NO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE....	42
2.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	45
3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	46
3.1. CONTEXTO DE INTERVENÇÃO	46
3.1.1. Caracterização da ARSLVT, ACES e UCC.....	46
3.1.2. Instituições sociais de apoio aos idosos	48
3.2. CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.....	49
3.2.1. Dados sociodemográficos	50
3.2.2. Literacia em saúde.....	54
3.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS	56
3.4. IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS	68
4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	70
5. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	74
6. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	77
7. PREPARAÇÃO OPERACIONAL	81

7.1. INTERVENÇÕES/ ATIVIDADES, COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO E RESULTADOS ESPERADOS	81
7.2. PREVISÃO DE RECURSOS.....	93
7.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	94
8. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO	95
8.1. MONITORIZAÇÃO DO PROJETO.....	95
8.2. AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS DO PROJETO.....	99
9. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DA ESPECIALIZAÇÃO	101
9.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	101
9.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	104
9.3. COMPETÊNCIAS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE	105
CONCLUSÃO.....	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Questionário de resposta aberta, via google forms aplicado à equipa de enfermagem da UCC	117
Apêndice II – Instrumento de colheita de dados por meio de questionário, aplicado aos utentes idosos e cuidadores informais da ECCI	119
Apêndice III – Consentimento informado, livre e esclarecido	125
Apêndice IV – Problemas identificados/ Diagnósticos de enfermagem segundo taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem	128
Apêndice V – Exemplo de guia terapêutico personalizado	130
Apêndice VI – Exemplos de etiquetas orientadoras do medicamento.....	132
Apêndice VII – Boletim Individual de Saúde do Utente (BISU)	134
Apêndice VIII – Vídeos sobre o acesso e funcionalidades do Portal do SNS24 e da Aplicação Móvel SNS24	136
Apêndice IX – Guia com os passos para aceder aos vídeos no site da UCC	138
Apêndice X – Sessão de educação dirigida à comunidade do ginásio do bairro.....	140
Apêndice XI – Cronograma	142
Apêndice XII – Questionário aplicado aos participantes para avaliação dos instrumentos elaborados	144
Apêndice XIII – Questionário aplicado aos participantes para avaliação sobre a aquisição de conhecimentos	146
Apêndice XIV – Apresentação do projeto de intervenção e dos seus resultados à equipa da UCC	148
Apêndice XV – Questionário aplicado aos profissionais da UCC para avaliação dos instrumentos elaborados	150

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Autorização da Exm ^a Sr ^a Enfermeira Coordenadora da UCC e declarações da Exm ^a Sr ^a Orientadora Clínica e da Exm ^a Sr ^a Orientadora Pedagógica	153
Anexo II - Parecer do Exm ^o Sr. Presidente do Conselho Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde	155

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº1 - <i>Determinantes Sociais de Saúde, Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)</i>	22
Figura nº2 - <i>Etapas do processo de Planeamento em Saúde</i>	42
Figura nº3 - <i>Área geográfica da Região de Lisboa e Vale do Tejo</i>	47
Figura nº4 - <i>Freguesias do Agrupamento de Centros de Saúde</i>	47
Figura nº5 - <i>Proporção da população que referiu ter doença crónica ou problema de saúde prolongado por categorias sociodemográficas em Portugal, 2020-2021</i>	51
Figura nº6 - <i>Morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários na área de abrangência da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo</i>	52
Figura nº7 - <i>População residente por sexo e grupo etário nas freguesias abrangidas pela UCC</i>	54
Figura nº8 - <i>Dimensões da literacia em saúde, em percentagem (%)</i>	55
Figura nº9 - <i>Grelha de Análise para determinação de prioridades segundo Pineault e Daveluy, 1986, citados por Tavares 1990</i>	72
Figura nº10 - <i>Logótipo do projeto</i>	82
Figura nº11 - <i>Modelo de etiqueta orientadora do medicamento</i>	85
Figura nº12 - <i>Modelo de guia terapêutico personalizado</i>	86

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1 - Respostas à questão: "Como costuma esclarecer as dúvidas sobre a saúde no geral?"	58
Gráfico nº2 - Respostas à questão: "Como conhece a medicação habitual?"	60
Gráfico nº3 - Respostas à questão: "Como armazena a medicação habitual?"	61
Gráfico nº4 - Respostas à questão: " Usa algum guia terapêutico com a lista da medicação habitual?"	62
Gráfico nº5 - Respostas à questão: " Quando tem consultas no centro de saúde ou hospital, como se refere quanto à medicação habitual?"	63
Gráfico nº6 - Respostas à questão: " Quando tem consultas no centro de saúde ou hospital, esclarece todas as dúvidas com o profissional de saúde?"	64
Gráfico nº7 - Respostas à questão: " Quando aparece um sintoma agudo e precisa de tomar medicação, como faz para o aliviar?"	66
Gráfico nº8 - Respostas à questão: " Quais são, para si, as maiores dificuldades na gestão da medicação?"	67

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº1 - Critérios de Inclusão e Exclusão da população alvo	43
Tabela nº2 - Caracterização sociodemográfica da amostra	57
Tabela nº3 - Classificação dos problemas.....	71
Tabela nº4 - Objetivo específico 1: Meta, indicador e forma de cálculo do indicador	75
Tabela nº5 - Objetivo específico 2: Metas, indicadores e formas de cálculo dos indicadores..	75
Tabela nº6 - Objetivo específico 3: Metas, indicadores e formas de cálculo dos indicadores..	76
Tabela nº7 - Objetivo específico 4: Metas, indicadores e formas de cálculo dos indicadores..	76
Tabela nº8 - Pertinência, vantagens e inconvenientes das estratégias	80
Tabela nº9 - Atividade 1: Criação de logótipo	82
Tabela nº10 - Atividade 2: Webinar	83
Tabela nº11 - Atividade 3: Aplicação de um instrumento facilitador à adesão do medicamento.....	87
Tabela nº12 - Atividade 4: Criação do Boletim Individual de Saúde do Utente (BISU)	88
Tabela nº13 - Atividade 5: Elaboração de vídeos sobre o acesso e as funcionalidades do Portal e Aplicação Móvel do SNS24	90
Tabela nº14 - Atividade 6: Sessão de educação dirigida à comunidade de um ginásio de bairro.....	91
Tabela nº15 - Custos das atividades enunciadas	93
Tabela nº16 - Monitorização do projeto de intervenção comunitária – Compromissos assumidos pelos intervenientes	96
Tabela nº17 - Monitorização do projeto de intervenção comunitária – Atividades desenvolvidas	96
Tabela nº18 - Síntese da avaliação dos indicadores	100

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio enquadra-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECSP) e tem como objetivo descrever e relatar o trabalho realizado durante o Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Estágio Final e no desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Área Metropolitana de Lisboa, pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

Este trabalho contribuiu para a aquisição de competências nas diferentes áreas, baseado no Regulamento n.º 428/2018, referente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018), aplicando a metodologia do Planeamento em Saúde para a avaliação do estado de saúde da comunidade, contribuindo para o processo de capacitação de grupos através da implementação de um projeto de intervenção comunitária, tendo em consideração o disposto nos Programas de Saúde de âmbito comunitário e a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

O EEEEC assume um papel fundamental na comunidade, uma vez que lhe compete a identificação dos problemas de saúde de uma comunidade, desenvolvendo projetos e programas de intervenção para fazer face às suas necessidades.

Utilizando a metodologia do Planeamento em Saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993) e Tavares (1990), foi elaborado o diagnóstico de situação de saúde da população da área de intervenção do local de estágio, constituindo-se como o ponto de partida para o desenvolvimento de um projeto de intervenção focado nos problemas e necessidades da população.

Foi auscultada a equipa de enfermagem da UCC, peritos da área, que consideraram a existência de lacunas ao nível da área da gestão do regime terapêutico na população idosa e seus cuidadores informais integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e foi aplicado um instrumento de colheita de dados por meio de questionário aos idosos e seus cuidadores informais. Esta fase contribuiu para o levantamento das áreas problemáticas, bem como para a escolha da população alvo, procurando ir ao encontro das necessidades identificadas na

população utente desta UCC e das áreas de interesse da equipa e da organização. Considerou-se como foco de intervenção a literacia em saúde na área da gestão do regime terapêutico na população idosa e seus cuidadores informais, tendo em conta os dados obtidos no diagnóstico de situação e as características de uma população envelhecida, com taxas de dependência elevadas e baixa literacia na gestão do regime terapêutico.

Ao longo do tempo, a visão do envelhecimento tem sido distinta, assim como o seu conceito tem sido alvo de diversas transformações, quer na perceção como no sentimento, não só pelas diferenças culturais, como também pela evolução da própria comunidade.

O envelhecimento populacional é um fenómeno atual, consequência do aumento da esperança média de vida e da baixa fertilidade populacional, constituindo-se como um desafio para o sistema de saúde, político e social.

Pela sua vulnerabilidade, a população envelhecida deve ser alvo de uma atenção acrescida por parte do sistema e profissionais de saúde. Nesta faixa etária, é comum apresentar-se diversas limitações cognitivas e funcionais, resultado do aumento da prevalência de doenças crónicas e consequente necessidade de uso de vários medicamentos.

A eficiente gestão do regime terapêutico tem uma grande influência na saúde das populações, relacionando-se diretamente com a sua literacia em saúde, comunicação e confiança no sistema e nos profissionais de saúde. A má gestão do regime terapêutico associada a baixa literacia em saúde é uma problemática em todas as faixas etárias, no entanto, em pessoas idosas, pode trazer repercussões nefastas, colocando em risco a sua saúde e a própria vida.

Em Enfermagem Comunitária, o enfermeiro poderá desenvolver respostas no âmbito da baixa literacia em saúde e no défice do autocuidado, procurando estratégias de educação que promovam a autogestão, uma vez que, como defende Dorothea Orem, na teoria dos sistemas de enfermagem, a enfermagem, em conjunto com o utente, deve desenvolver estratégias para a promoção do autocuidado (Orem, 2001). Tendo como orientação a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem, o projeto de intervenção teve como objetivo geral: promover a literacia em saúde para a gestão do regime terapêutico dos utentes idosos integrados em ECCI e seus cuidadores informais, intitulado-se “Promoção da literacia para a gestão do regime terapêutico: *Mais conhecimento, melhor saúde*”.

As estratégias que nos permitiram alcançar os objetivos delineados incluíram a educação para a saúde, o *marketing* utilizado na comunicação e divulgação do projeto, o estabelecimento e envolvimento das parcerias e as reuniões periódicas realizadas durante a execução do projeto.

Relativamente à estrutura, este relatório encontra-se dividido em nove capítulos. No primeiro capítulo é realizado um enquadramento teórico, no qual se definem os principais conceitos. Posteriormente, é apresentada a metodologia utilizada ao longo do projeto e o diagnóstico de situação, nos quais se caracteriza a população alvo e se contextualiza a problemática, demonstrando a sua relevância. Nos seguintes capítulos, são analisados os resultados da aplicação do instrumento de colheita de dados, identificados os problemas/ necessidades, seguindo-se a sua priorização. Posteriormente, são definidos os objetivos e descritas as estratégias que possibilitaram a operacionalização do projeto, seguidos da descrição das atividades desenvolvidas e da monitorização e avaliação do projeto. No último capítulo é realizada uma reflexão sobre as competências adquiridas.

Este trabalho encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e segue as diretrizes de referência da sétima edição da *American Psychological Association* (2020).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Numa das suas definições, a comunidade é “um conjunto de pessoas que se integra num determinado contexto geográfico, bem delimitado, com funções identificadas, quer para e pelos seus membros quer para e pelos grupos e organizações que as constituem.” (Melo, 2020, p.50). Para o autor, a comunidade integra pessoas, grupos e organizações que se relacionam entre si, partilhando objetivos comuns.

Em Enfermagem Comunitária, o enfermeiro presta cuidados de saúde a partir da investigação e diagnóstico dos principais problemas de saúde da comunidade, vigilância de saúde, monitorização e avaliação do estado de saúde da comunidade, com o objetivo de prevenção da doença e a incapacidade e de promoção, proteção e manutenção da saúde, procurando criar condições para melhorar a saúde das pessoas (Stanhope & Lancaster, 2011).

Em Portugal, a Enfermagem Comunitária envolve as áreas de enfermagem de saúde comunitária, saúde pública e de saúde familiar. Na prática da enfermagem de saúde comunitária, o foco do enfermeiro é a saúde das pessoas, famílias e grupos e o seu efeito no seio da comunidade; nos cuidados de enfermagem de saúde pública, o enfermeiro foca-se na comunidade como um todo e sobre o efeito da saúde dessa comunidade nas pessoas, famílias e grupos (Stanhope & Lancaster, 2011).

De acordo com o descrito no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, cabe ao enfermeiro especialista “(...) a educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.” OE (2019, p. 4744).

Segundo o descrito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, este é o profissional de saúde com competências para avaliar as necessidades em saúde e intervir numa comunidade, fazendo uso da metodologia do planeamento em saúde (OE, 2018). Além das competências comuns do enfermeiro generalista, o perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, inclui um conjunto de competências específicas que possibilita o desenvolvimento de projetos e programas de intervenção na comunidade, assente na vigilância epidemiológica e

avaliação do estado de saúde da população, promovendo a capacitação das pessoas, grupos ou comunidades.

Conforme explicitado no Código Deontológico, o exercício profissional em enfermagem deverá assentar em evidência científica e conhecimento técnico-científico atual, procurando a melhoria na qualidade dos cuidados prestados, “(...) com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população (...)” (OE, 2015, p.30).

Neste sentido, o enfermeiro especialista é responsável por suportar a prática clínica em evidência científica, interpretando conhecimento recente proveniente da evidência, com vista a ganhos em saúde da população e contribuindo para o desenvolvimento da profissão (OE, 2019).

Tendo em conta o dever profissional, de modo a contextualizar o tema do projeto de intervenção comunitária, assegurando que o mesmo se baseia em evidência científica recente, realizámos uma revisão integrativa da literatura sobre diversos temas e conceitos, entre eles: a vigilância epidemiológica e os determinantes de saúde, seguida de uma contextualização do tema, tendo sido abordado o processo de envelhecimento e o seu conceito ao longo do tempo, salientando o papel da enfermagem na prestação de cuidados de saúde a comunidades envelhecidas. Realizámos uma pesquisa sobre a prevalência de doenças crónicas no idoso e a polimedicação associada. Definimos o conceito de adesão e o explorámos o autocuidado na gestão do regime terapêutico, nomeadamente os fatores que o influenciam e o papel do cuidador informal neste âmbito. Relacionámos ainda o tema com a literacia em saúde e a segurança do doente. Por fim, abordámos o referencial teórico que guiou a prática e sustentou o desenvolvimento do projeto na prestação de cuidados a este grupo populacional em específico.

1.1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E DETERMINANTES DE SAÚDE

A palavra *Epidemiologia* deriva do grego, sendo que *Epi* significa “sobre” *Demos* diz respeito a “população” ou “povo” e *Logos* aponta para o “estudo”. Como a própria palavra indica, etimologicamente, a epidemiologia refere-se ao estudo sobre a população e sobre aquilo que a influencia, não se tratando de uma ciência exata, tem vindo a contribuir para o encontro de respostas perante diversos problemas de saúde, relacionando-os com as suas causas (Melo, 2020).

A missão dos ACES, consiste em garantir que se prestem cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica (Decreto-lei n.º 28/2008, 2008). Como tal, os

ACES desenvolvem diversas atividades, entre as quais se inclui a vigilância epidemiológica, possibilitando a elaboração do diagnóstico de situação de saúde das populações, tendo por base os indicadores de saúde e considerando as orientações apresentadas no Plano Nacional de Saúde (PNS), preferencialmente desagregados tanto a nível nacional, regional e local (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2016a).

O conceito tem vindo a evoluir ao longo do tempo, uma vez que nos últimos 90 anos, resultado do aumento da sua preocupação com os fenómenos relacionados com a saúde da população, não se limitando ao estudo de epidemias e doenças transmissíveis (Porta et al., 2014).

A epidemiologia, numa das suas definições, refere-se ao “estudo da ocorrência e distribuição de eventos, estados e processos relacionados com a saúde em populações específicas, incluindo o estudo dos determinantes que influenciam esses processos e a aplicação desse conhecimento ao controlo dos problemas de saúde relevantes” (Porta et al., 2014, p.95). Os mesmos autores defendem que o principal objeto de conhecimento desta ciência se prende às causas dos eventos, estados e processos relacionados com a saúde de grupos e populações de humanos, animais ou plantas.

Esta definição evidencia que cada pessoa e ou comunidade apresentam um conjunto de características que têm influência na predisposição para adquirir ou para se protegerem de diversas doenças, pelo que, o conhecimento dos fatores que as afetam permite compreender a distribuição de determinadas doenças nas populações e estabelecer associações de causa-efeito. Assim, é fundamental que se considerem os fatores que podem influenciar a saúde das pessoas, designados por determinantes sociais da saúde.

Em 2012, também a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a saúde pode ser influenciada por três tipos de fatores: sociais e económicos, relacionados com o ambiente físico e de acordo com o comportamento individual (OMS, 2012). O estudo sobre os determinantes de saúde permanece atual e as definições existentes na literatura consultada expressam, com maior ou menor relevância, a forma como as condições de vida, o trabalho, o meio e o próprio sistema de saúde influenciam o estado de saúde da população.

Foram surgindo vários modelos para descrever os determinantes da saúde bem como a forma como os elementos existentes nos ambientes sociais, económicos e físicos se relacionam com os diferentes fatores biológicos e comportamentos individuais, influenciando o estado de saúde. Na figura nº1, pode observar-se um dos modelos, desenvolvido por Dahlgren e Whitehead (1991), organizando os vários determinantes sociais da saúde por camadas e estabelecendo as relações entre os fatores sociais e a saúde individual e coletiva. Este é um dos

modelos mais referidos na literatura, tendo sido incluído no Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015).

Figura nº1

Determinantes Sociais de Saúde, Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)



Fonte: Direção Geral de Saúde, 2015, p.18.

Igualmente, segundo o mais recente Plano Nacional de Saúde PNS2021-2030:

“a análise dos determinantes de saúde, enquanto fatores que contribuem para o estado atual da saúde de uma pessoa ou população, pelo aumento ou redução da probabilidade de ocorrência de doença ou de morte prematura e evitável, assume elevada importância no planeamento estratégico de base populacional” (DGS, s.d., p.89).

Efetivamente, a recolha, tratamento e monitorização de informação sobre os fatores que afetam a saúde, constituem um processo fundamental para a organização e gestão dos recursos existentes, permitindo uma intervenção planeada e eficaz sobre os fatores de risco responsáveis pelo aparecimento de situações indesejáveis, contribuindo, desta forma, para ganhos em saúde da população.

Verifica-se assim, uma estreita relação entre vigilância epidemiológica e o desenvolvimento de programas e projetos, uma vez que, articulados, fundamentam o diagnóstico, a determinação de objetivos e a avaliação de resultados, no que diz respeito aos ganhos passíveis de serem atingidos através do desenvolvimento desses mesmos programas e projetos (Melo, 2020).

Em Enfermagem Comunitária, o enfermeiro utiliza métodos baseados em dados epidemiológicos de forma a “descrever, compreender, planear e antecipar estratégias de intervenção no

contexto da gestão dos projetos ou programas de saúde e, nos quais o enfermeiro é agente ativo” (Melo, 2020, p.126). Importa desta forma salientar a importância do estudo sobre os determinantes de saúde da população, uma vez que a consciencialização dos mesmos, permite a caracterização do perfil de saúde de uma comunidade (OE, 2018), fundamentando a prática e a intervenção adequada na população, por forma a diminuir os riscos, contribuindo para a melhoria do nível de saúde das pessoas, grupos e comunidade.

A consciencialização dos determinantes sociais da saúde, permite ao EEEEC definir o perfil de saúde de uma comunidade (OE, 2018) e, conseqüentemente, desenvolver um planeamento em saúde que possibilite uma melhor utilização dos recursos.

Por último, a Epidemiologia é essencial para estudar a influência do comportamento e estilo de vida das pessoas, determinando a possibilidade de se intervir na prevenção da doença e promoção da saúde (Bonita et al., 2010).

1.2. ENVELHECIMENTO: CONCEITO E EVOLUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenómeno atual, constituindo-se como um desafio para o sistema de saúde, político e social. Numa perspetiva fisiológica, o envelhecimento diz respeito à deterioração dos sistemas orgânicos, no entanto, pode ser considerado mais abrangente, definindo-se como o processo no qual ocorrem todas as mudanças fisiológicas, sociais, psicológicas e espirituais, resultantes do decorrer do tempo (Stanhope & Lancaster, 2011).

Perspetiva-se que o século XXI seja o século dos idosos, motivado pelo envelhecimento da população, revelando-se de elevada importância, uma vez que se traduz em significantes transformações, transversais a vários setores, principalmente a nível financeiro e laboral, na aquisição de bens e serviços, na assistência social, na família e entre as próprias gerações.

A sua definição não é clara, tratando-se de um processo complexo, influenciado por diversos fatores. O envelhecimento é inevitável, iniciando na concepção e ocorrendo ao longo da vida, no entanto, é vivido individualmente, com ritmo e modo diferentes de pessoa para pessoa (Stanhope & Lancaster, 2011). A DGS (2006), defende que o envelhecimento é considerado um processo dinâmico e progressivo, que inicia antes do nascimento se desenvolve ao longo da vida, envolvendo um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais nas pessoas.

Em Portugal, à semelhança da Europa, tem-se verificado um envelhecimento crescente da população, consequência da diminuição da natalidade e do aumento da esperança média de vida

ao longo do tempo, apesar de uma ligeira descida desde 2020, devido ao contexto pandémico vivido.

Segundo resultados dos últimos Censos, em 2021, 2 424 122 residentes em Portugal tinham 65 anos ou mais. A percentagem de idosos tem vindo a aumentar ao longo do tempo em todas as regiões do país, com maior ou menor percentagem de variação, desde 2011 até ao ano de 2021, com aumento a nível nacional de 20,6%. Pelo contrário, o número de crianças e jovens em Portugal, com idades entre os 0 e os 14 anos, tem vindo a diminuir, com uma variação percentual de 15,3% em 2021, face ao ano de 2011 (PORDATA, 2022a). Relativamente à esperança média de vida à nascença em Portugal, foi estimada, entre 2019 e 2021, em 77,67 anos para os homens e em 83,37 anos para as mulheres, o que corresponde, relativamente ao período anterior de 2018 a 2020, a uma diminuição de cerca de 4,8 meses para os homens e 3,6 meses para as mulheres. Esta diminuição deve-se sobretudo, ao aumento do número de óbitos no contexto da pandemia da Covid-19, registando-se reduções, de maior ou menor dimensão, em todas as regiões do país (PORDATA, 2022b).

Dados da mesma fonte revelaram ainda que o número de famílias com uma única pessoa só, principalmente idosos, tem vindo a crescer nos últimos tempos, no interior do país. Por este motivo, tem-se observado um aumento de casos de maior dependência, relacionado com o aumento da morbilidade nesta faixa etária, conduzindo ao aumento da vulnerabilidade da pessoa idosa (PORDATA, 2022b).

No final dos anos 90, a OMS desenvolve o conceito de envelhecimento ativo, entendido como o processo de promoção de possibilidades de acesso à saúde, envolvimento e segurança, com o intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, relacionando-se com uma atitude preventiva e impulsionadora de autonomia. Este conceito abrange não só a saúde das pessoas idosas, mas também a sua educação, segurança social, condições de habitação, cultura, entre outros (DGS, 2006). De forma a dar resposta a este paradigma, é imprescindível que se desenvolvam medidas preventivas que favoreçam uma vida saudável, evitando o aparecimento de doenças, solidão e estados de dependência elevados, implementando programas de promoção da saúde que incluam a população idosa em tomadas de decisão sobre a sua saúde, de forma consciente. Esta necessidade reforça a importância do EEEEC, desenvolvendo a sua prática centrada na comunidade e contribuindo para o desenvolvimento e implementação de projetos com o objetivo de capacitar e empoderar a população.

O envelhecimento não é um problema, é antes uma fase natural do ciclo de vida. A velhice é ainda menosprezada por uma grande parte da população por ser associada a estados de dependência e incapacidade. O estudo de Allen (2016) revelou que fatores de stress como o preconceito e os estereótipos negativos sobre a idade, desencadeiam repercussões na saúde das pessoas idosas, a nível mental, físico e social, levando ao desenvolvimento ou agravamento de determinadas doenças, comprometendo a sua participação no seio da comunidade. Este estudo conclui que, se o preconceito de idade é um determinante no aparecimento de doenças crónicas e outros problemas de saúde, reduzir ou eliminar o preconceito, poderá preveni-los e melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Em 2015 a OMS lançou o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, no qual se evidenciou a influência dos fatores ambientais físicos e sociais na longevidade, contrariando a ideia de que esta apenas se deve ao fator genético. O documento aborda a questão da discriminação etária, o idadismo, provocada pelos estereótipos formados em relação ao idoso, defendendo ainda que as pessoas mais velhas contribuem para toda a sociedade de várias formas, devendo a mesma estar preparada, face aos avanços tecnológicos e mudanças sociais, para promover a capacidade dos idosos para essa contribuição. Neste seguimento, a OMS (2015) define um novo conceito para o envelhecimento saudável apresentando-o como “(...) o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”, reforçando a necessidade da ação da saúde pública com o objetivo de maximizar a capacidade funcional do indivíduo (OMS, 2015, p. 13).

Perante este fenómeno global, a Organização Mundial da Saúde (2020), em consonância com a estratégia e o plano de ação global sobre o envelhecimento e saúde 2016-2020 e a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2023), estabeleceu diversas diretrizes e estratégias na resposta às necessidades da população envelhecida, através de quatro áreas de ação: mudar mentalidades, sentimentos e atitudes face ao envelhecimento; promover as habilidades das pessoas idosas na comunidade; prestar cuidados integrados e serviços de saúde primários centrados na pessoa idosa; e proporcionar o acesso aos cuidados de saúde às pessoas idosas que deles necessitam.

A nível nacional, é divulgada pela Direção Geral da Saúde em 2017, a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, defendendo a promoção da saúde e bem-estar de todas as pessoas, independentemente da sua faixa etária, com apresentação de medidas no âmbito da promoção de estilos de vida mais saudáveis, vigilância em saúde e gestão dos processos de doença. No mesmo documento é igualmente abordada a importância de garantir condições

de segurança às pessoas idosas, particularmente na prevenção e proteção de situações de crime, orientando os idosos e cuidadores informais para medidas de autoproteção, face a situações de insegurança (DGS, 2017).

De acordo com as Competências Específicas do EEEEC, na área de ECSP, o enfermeiro deve cooperar e proceder à vigilância epidemiológica da população envelhecida, detetando situações de saúde-doença. Deve, ainda, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades e integrar a coordenação de Programas de Saúde, de âmbito comunitário, colaborando para o aumento de literacia em saúde, empoderando a comunidade para a tomada de decisão mais adequada face ao seu processo individual de saúde-doença (OE, 2019).

1.3. DOENÇA CRÓNICA E POLIMEDICAÇÃO NA PESSOA IDOSA

Ser idoso não implica necessariamente que se seja doente, no entanto, os dados epidemiológicos associam maior morbilidade e mortalidade a esta faixa etária. Estas características conduzem a que a pessoa idosa recorra com mais frequência aos cuidados de saúde, estabelecido pelo maior número de consultas, visitas domiciliárias, taxa de ocupação e duração de internamento elevadas, bem como a um maior consumo de medicação.

O envelhecimento, sendo um processo natural e progressivo, é responsável por várias alterações com implicações negativas sobre o organismo, levando a maior vulnerabilidade face a doenças já instaladas, nomeadamente as crónicas.

Na doença crónica, ao contrário das doenças agudas, não existe perspetiva de cura, desta forma, as intervenções de enfermagem necessitam de ser mais abrangentes, integrando a parte funcional, o bem-estar e as questões psicossociais. Stanhope & Lancaster (2011) defendem que, na doença crónica, o foco deverá centrar-se no *healing*, visto como um processo transformador do corpo-mente-espírito, em vez do *curing*, definido como a eliminação dos sinais e sintomas da doença. Desta forma, a prática de enfermagem deverá focar-se no desenvolvimento de competências de autogestão, em parceria com o utente, de modo a desenvolver um nível de capacidade funcional o mais elevado possível, que lhe permita fazer escolhas que potenciem a sua saúde.

O Retrato da Saúde em Portugal revela que “as doenças crónicas são responsáveis por 80% da mortalidade nos países europeus (...)” (Ministério da Saúde, 2018, p.14). Entre elas, encon-

tram-se as doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, diabetes, asma, perturbações mentais, genéticas e alguns tipos de cancro. Estas doenças prolongadas aumentam o declínio do sistema imunitário e o risco de morte por outras doenças, como as infecciosas ou virais, evidenciado com a recente crise pandémica.

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável reforça igualmente que o impacto das doenças crónicas e das multimorbilidades na qualidade de vida das pessoas idosas torna indispensável a necessidade de adaptação dos cuidados de saúde às diferentes necessidades e uma maior proximidade à população, capacitando as pessoas e comunidade (DGS, 2017).

Os dados das Estatísticas da Saúde de 2020 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022a), revelam que o número de doenças crónicas e problemas de saúde prolongados tem vindo a aumentar ao longo do tempo. Em 2021, em Portugal, 43,9% da população portuguesa com 16 ou mais anos, referia ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, verificando-se um aumento, desde 2019, de 2.7%. Os reformados, maioritariamente acima dos 65 anos, são aqueles que apresentam maior prevalência de morbilidade crónica (71,1%). Os resultados relativos ao ano de 2020, ao nível dos países da União Europeia, indicam que Portugal era um dos cinco países com a proporção mais elevada de pessoas com doença crónica, com proporções acima de 40% (INE, 2022a).

O Ministério da Saúde (2018, p.60) refere que, em 2017, “cada português utilizou uma média de 16 embalagens de medicamentos” e quase metade da totalidade dos medicamentos consumidos foi utilizada por pessoas com mais de 80 anos. No mesmo documento destaca-se a utilização de medicamentos para o controlo de doenças crónicas, associado à redução da mortalidade, no entanto, salienta-se que “...em algumas áreas, existem problemas de saúde associados ao seu uso inadequado”.

O medicamento é um recurso utilizado nos cuidados de saúde para prevenir, tratar ou controlar problemas de saúde, no entanto, a forma como ele é utilizado torna-se determinante para o resultado terapêutico pretendido.

Segundo a OMS (2017), os erros de medicação são uma das principais causas de danos evitáveis nos sistemas de saúde em todo o mundo e o custo que lhes está associado é muito elevado, estimando-se o gasto de cerca de 38 biliões de euros a nível global. Os erros de medicação podem ocorrer em diferentes etapas do processo do uso do medicamento e devido a vários fatores, humanos, ambientais ou laborais, com consequências desde a sua prescrição, registo, dispensa, administração ou monitorização, podendo resultar em danos graves, incapacidade ou morte (OMS, 2017). O reconhecimento desta problemática e a necessidade da mobilização a

nível global para reduzir os erros causados pela medicação, conduziu ao lançamento do terceiro Desafio Global de Segurança do Doente: Medicação Sem Danos, pela OMS (2017), visando reduzir os danos graves evitáveis relacionados à medicação em 50%, globalmente em 5 anos.

A polimedicação está presente em todos os sistemas de saúde e trata-se de um problema global, não se conhecendo a sua magnitude por completo devido às distintas definições que variam face ao número da toma de medicamentos. Estudos como o de Poudel et al. (2014), consideram polimedicação quando o utente cumpre a administração de cinco ou mais medicamentos em simultâneo. A OMS defende que a polimedicação é o uso de quatro ou mais medicamentos, ao mesmo tempo por uma pessoa, quer sejam de venda livre, prescritos ou de origem natural (OMS, 2017).

A mesma fonte revela que o uso de vários medicamentos aumentou drasticamente a esperança média de vida e a qualidade de vida das pessoas idosas com múltiplas doenças crónicas, no entanto, a polimedicação aumenta a probabilidade de efeitos secundários, bem como o risco de interações entre os medicamentos, podendo dificultar a adesão e a gestão do regime terapêutico. Se um utente tomar vários medicamentos, estes devem ser otimizados, garantindo a prescrição e administração adequada para que produzam os benefícios a que se propõem, com efeitos secundários mínimos. Neste sentido, a OMS (2017), defende que o estabelecimento de políticas, procedimentos e protocolos é fundamental e que deve ser aplicado desde a prescrição até à monitorização dos esquemas medicamentosos. O utente deverá ser envolvido em todo o processo, desempenhando um papel ativo desde que se encontre informado e tiver as ferramentas e recursos para tomar decisões conscientes sobre o uso dos seus medicamentos.

Um estudo sobre a caracterização de potenciais riscos da polimedicação no idoso (Sanches, 2020), revela que os erros de comunicação entre profissionais, podem conduzir a consequências para a segurança do utente. Exemplo disso é a duplicação não intencional da medicação que pode ocorrer devido a fatores como prescrição de medicação por diferentes profissionais, situação frequente nos casos em que o utente tenha multimorbilidade com necessidade de acompanhamento por diversos profissionais de várias especialidades. Aliando-se ao exemplo anterior, deve ser tido em consideração o uso de medicação não sujeita a receita médica, uma vez que, muitas vezes, os utentes procuram aconselhamento junto do farmacêutico, familiares, amigos, vizinhos ou recorrem a produtos naturais, correndo o risco de sobredosagem ou interação medicamentosa.

Também os resultados do estudo de Festa (2017), acerca da gestão do regime medicamentoso em agregados familiares de pessoas com 80 ou mais anos de idade, se encontram em concordância com o referido, revelando que a multiplicidade de prescritores é uma realidade e que existe falta de conhecimento entre os profissionais sobre a medicação que os idosos estão a utilizar, apesar da existência de sistemas de informação e plataformas de dados como o Portal do Sistema Nacional de Saúde 24, que permitem aceder a dados sobre a medicação prescrita.

A Direção Geral da Saúde (2016b, p.4), define a reconciliação terapêutica como o “processo de análise da medicação de um doente, sempre que ocorrem alterações na medicação, com o objetivo de evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo a adesão à medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes”. Este é um processo centrado no utente e incorpora a revisão da medicação habitual, medicamentos não sujeitos a receita médica, produtos e suplementos naturais, recorrendo a fontes de informação variada como a que se encontra disponível nos sistemas informatizados, listas de medicação entregues pelo utente, informação verbal do utente ou cuidador, entre outras.

Conscientes de que se trata de uma responsabilidade partilhada, também o utente se constitui como um elemento fundamental no processo da reconciliação da medicação. Desta forma, considera-se imprescindível a otimização da comunicação dos profissionais de saúde, entre si e com o utente, envolvendo-o e capacitando-o, promovendo a reconciliação terapêutica e o desenvolvimento de estratégias que minimizem os erros de prescrição.

As pessoas idosas com doenças crónicas e polimedicadas, apresentam-se como uma população vulnerável aos riscos e consequências negativas da polimedicação, uma vez que se encontram em situação de maior suscetibilidade para o desenvolvimento de reações adversas a medicamentos e interações entre os fármacos, comprometendo a sua integridade física e mental. A situação agrava-se com o declínio da função cognitiva e funcional prevalentes nesta faixa etária, aumentando a probabilidade de ocorrência de erros ou uso inadequado do medicamento. Desta forma, podemos concluir que o uso de múltiplos medicamentos constitui-se não só como uma dificuldade no dia a dia das pessoas idosas e dos seus cuidadores, como um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde.

1.4. ADESÃO E GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

A adesão é definida como “a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou executar alterações ao estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde” (OE, 2009, p.31). No entanto, o conceito de adesão é mais do que simplesmente seguir as instruções médicas, uma vez que abrange a adoção e manutenção de comportamentos terapêuticos, assim como da autogestão de fatores biológicos, comportamentais e sociais que influenciam a saúde e a doença, envolvendo todos os profissionais de saúde (OMS, 2001). A mesma fonte reforça que a adesão se traduz numa relação de parceria entre o utente e o profissional de saúde na tomada de decisão sobre o tratamento (OMS, 2003).

O aumento da adesão ao regime terapêutico e a sua gestão eficaz têm grande influência na saúde das populações, relacionando-se diretamente com a sua literacia em saúde, comunicação e confiança no sistema e nos profissionais de saúde, em particular nos utentes com doenças crónicas.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015), na sua última versão, não se encontra uma definição de gestão do regime terapêutico, direcionando o leitor para a utilização de conceitos como: autocuidado, regime, regime medicamentoso, regime dietético, regime de exercício, habilidade para gerir, atitude face ao regime, etc. No entanto, na versão beta da CIPE, existe uma definição deste conceito, sendo 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).

Mais do que um comportamento de adesão, Bastos (2013) considera que a gestão do regime terapêutico implica também a capacidade de decisão sobre a mudança de um comportamento, envolvendo desta forma o autoconhecimento e conhecimento técnico necessários para interpretar e agir em conformidade.

Na prática, a adesão ao regime terapêutico, pode considerar-se um desafio, uma vez que pode ser influenciada por diversos fatores. Neste sentido, é fundamental a supervisão e acompanhamento na gestão e administração dos medicamentos ou terapias recomendadas.

Da análise entre os dois conceitos, importa salientar que o foco do enfermeiro deve centrar-se, não só na adesão, mas também na gestão do regime terapêutico, uma vez que remete, não só para a adoção do tratamento sugerido, mas para um comportamento de autocuidado, refletido e consciente, carecendo de ser gerido e, principalmente, mantido pelo utente. Desta forma, o enfermeiro deve acompanhar e promover a capacidade do utente para realizar esta gestão, mostrando-se sempre disponível para o apoiar e esclarecer eventuais questões.

1.4.1. Autocuidado na gestão do regime terapêutico

No autocuidado gestão do processo saúde-doença é a pessoa, se tiver essa capacidade, que detém o controlo, uma vez que o autocuidado se baseia numa ação realizada pela própria que visa “tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015, p. 9).

A OMS (2022) define o autocuidado como a capacidade de indivíduos, famílias e comunidades para promover e manter a saúde, prevenir a doença e lidar com ela com, ou sem apoio de um profissional de saúde. Esta definição reconhece a pessoa como agentes ativos na gestão dos seus próprios cuidados de saúde, nomeadamente nas áreas que incluem a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, automedicação, reabilitação e o cuidado paliativo.

Além de depender do indivíduo, o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, tem um papel fundamental na capacitação para o autocuidado do utente. As intervenções dirigidas ao autocuidado contribuem para apoiar a cobertura dos cuidados de saúde, melhorar a saúde e o bem-estar, aumentando a satisfação e motivação dos utentes e contribuindo para sua capacitação no autocuidado da gestão do regime terapêutico.

Ao processo de envelhecimento aliam-se as transformações, a vários níveis, na vida da pessoa, influenciando a sua capacidade de autocuidado e adaptação às circunstâncias e meio envolvente, contribuindo para o aumento da sua vulnerabilidade.

As diferentes especificidades e necessidades da população em causa realçam a importância de implementação de estratégias facilitadoras, de modo a integrar e preparar as pessoas idosas, promovendo o aumento do seu conhecimento na aplicação de determinadas estratégias para fazer face às dificuldades identificadas. Os enfermeiros de saúde comunitária têm um papel de extrema importância no que respeita à capacitação para o autocuidado na gestão do regime terapêutico da população idosa, apresentando-se como o elo de ligação com todas as redes de

apoio social, formais e informais e a equipa multidisciplinar, envolvendo a própria pessoa idosa e o seu cuidador informal.

1.4.2. Fatores que influenciam a adesão e a gestão do regime terapêutico

Conhecer os fatores que influenciam a adesão e gestão do regime terapêutico torna-se fundamental, de forma a serem delineadas estratégias que promovam uma melhor gestão e tomadas de decisão mais conscientes.

O conhecimento e a tomada de decisão da população têm influência na adesão e na gestão do regime terapêutico. Um estudo desenvolvido na região da Beira Interior sobre a adesão e gestão do regime terapêutico em idosos polimedicados vem corroborar esta ideia, sugerindo que as atitudes podem afetar a eficácia do tratamento, comprometendo a segurança e conduzindo a ocorrência de problemas relacionados com medicamentos (Mó et al., 2020). A adoção de estratégias facilitadoras relacionadas com a gestão de medicamentos, bem como a capacitação e empoderamento da população, poderá contribuir para melhorar a adesão e gestão do regime terapêutico e desta forma, obter ganhos em saúde.

No entanto, a ideia generalizada de que os utentes são os únicos responsáveis por seguir o seu tratamento é muito redutora. Em 2003, a OMS aponta alguns fatores como sendo determinantes na adesão à terapêutica e divide-os em cinco dimensões:

- Fatores socioeconómicos, como: pobreza, analfabetismo, baixo nível de escolaridade, condições de vida instáveis, desemprego, redes de apoio social fracas, custos elevados da medicação e transportes, entre outros;
- Fatores relacionados com o sistema e os profissionais de saúde, tais como: sistemas de saúde deficientes, baixa participação, sobrecarga dos profissionais de saúde, exigência dos horários e o rácio desajustado, comunicação complexa e ineficaz entre profissional de saúde – utente/ cuidador, entre outros;
- Fatores relacionados com a doença, como: progressão e gravidade da doença, grau de dependência ou incapacidade física, psíquica, social e profissional, alterações cognitivas por doença, influenciando o reconhecimento da necessidade da toma de determinada medicação e a compreensão de esquemas terapêuticos, entre outros;
- Fatores relacionados com o regime terapêutico, como: complexidade dos esquemas terapêuticos, duração do regime terapêutico ou alterações constantes, ausência de alívio imediato de sintomas, efeitos indesejáveis decorrentes dos medicamentos, entre outros;

- Fatores relacionados com o utente, como: recursos económicos ou sociais, literacia em saúde, o próprio estilo de vida, crenças, expectativas, nível da motivação e de confiança do utente na gestão da doença e no sistema de saúde (OMS, 2003, p. 27-30).

Estas implicações influenciam e comprometem a adesão e a gestão do regime terapêutico, uma vez que, geralmente, ocorre a suspensão prematura ou alteração do regime terapêutico, dificultando os ganhos em saúde esperados.

A OMS (2003) menciona que a adesão ao regime terapêutico é comprometida por mais do que uma barreira em simultâneo, reforçando a importância da monitorização e avaliação contínua de todas as barreiras potenciais por parte dos profissionais de saúde, com o objetivo de desenvolver estratégias para as ultrapassar. A organização destaca que existe a tendência de focar em fatores unidimensionais, particularmente aqueles relacionados com o utente, no entanto, todas as dimensões devem ser consideradas na avaliação sistemática dos fatores que afetam a adesão, uma vez que interagem entre si e potencializam a influência uns dos outros. Quanto à sua abordagem, a organização defende as intervenções que visam mais do que um fator, demonstram ser mais eficazes em relação aquelas que apenas se centram num único fator.

A identificação e compreensão dos fatores que influenciam positiva ou negativamente a adesão ao regime terapêutico, devem ser realizadas precocemente, com o intuito de definir estratégias no planeamento de intervenção, de acordo com a realidade, no sentido de garantir bons níveis de adesão.

Especificamente nas pessoas idosas, esta é a população que mais medicamentos consome e que recorre, com frequência, a vários prescritores, associando-se as alterações fisiológicas da idade, o declínio cognitivo e a diminuição dos estímulos neuro-sensoriais. Os fatores indicados, interligando-se, tornam mais complexa a adesão, bem como a gestão adequada do regime terapêutico.

1.4.3. Papel do cuidador informal na gestão do regime terapêutico

Um cuidador informal, neste contexto, é definido “como alguém que providencia cuidados não pagos a um idoso que requer ajuda nas suas atividades de vida diárias e necessidades pessoais” Stanhope & Lancaster (2011, p. 703). As autoras salientam que, frequentemente, os cuidadores informais negligenciam as suas vontades e necessidades em prol das necessidades da pessoa cuidada.

Sequeira (2010), organizou o papel do cuidador em três áreas distintas, mas complementares: apoio no fornecimento de informação e orientação – o cuidador ajuda a pessoa a obter conhecimentos e na procura de estratégias de *coping*; apoio emocional – através de uma relação afetiva, incentivando a partilha de emoções, mostrando-se essencial para a autoestima da pessoa dependente; apoio instrumental – englobando todo o tipo de cuidados prestados quando a pessoa não tem capacidade para cuidar de si. O mesmo autor defende que desempenho do papel do cuidador, depende do tipo e frequência dos cuidados, do contexto em que está a pessoa, contexto do cuidador, disponibilidade e relação afetiva. Menciona, ainda, que os cuidadores com conhecimento sobre a doença e com capacidade de resposta, além de contribuírem para o bem-estar da pessoa dependente, apresentam-se menos expostos ao risco de sobrecarga, reforçando a importância da promoção da literacia em saúde dos cuidadores informais.

O enfermeiro desempenha vários papéis, nomeadamente como “(...) clínicos, educadores, investigadores, administradores e consultores”, conforme descrevem Stanhope & Lancaster (2011, p.1025). No âmbito dos cuidados domiciliários, assumem-se como prestadores de cuidados ao utente e famílias, ensinando-lhes o “como” e o “porquê” do autocuidado. Em cuidados de saúde primários, considera-se a visita domiciliária uma mais-valia para o apoio aos utentes dependentes e respetivos cuidadores informais. Neste contexto, o enfermeiro deve realizar um diagnóstico e estabelecer objetivos, envolvendo os utentes e cuidadores, avaliando as suas capacidades e desempenho, ajustando os objetivos quando se observarem alterações do seu estado de saúde ou das suas necessidades. Esta monitorização contínua permitirá desenvolver um plano de ação adequado, em conjunto com o utente e família e promover a sua autonomia, contribuindo para a sua capacitação na continuidade dos cuidados, encaminhando, sempre que necessário, para redes de apoio disponíveis na comunidade.

Os utentes que tenham capacidade de gerir o seu regime terapêutico com segurança devem ser encorajados a fazê-lo, no entanto, quando estes deixam de ter capacidade para o fazer, deve existir esse diagnóstico prévio e deve ser desenvolvida uma preparação adequada dos cuidadores informais, contribuindo para a sua capacitação, na tentativa de facilitar o desempenho do seu complexo e exigente papel nesta área do cuidar em específico.

1.5. LITERACIA EM SAÚDE E SEGURANÇA DO DOENTE

A OMS apresenta o primeiro conceito de literacia em saúde em 1998, definindo-o como o conjunto de competências e a capacidade das pessoas para aceder a informação, para a compreender e usar, com o objetivo a promover e manter a saúde (OMS, 1998).

Numa outra definição consensual e muito utilizada na bibliografia consultada, descrita por Sorensen et al. (2012), é relacionada a literacia em saúde com a capacidade das pessoas em compreender quais os fatores que influenciam a sua saúde e como os gerir. Segundo os autores, pessoas com um adequado nível de literacia em saúde encontram-se mais capacitadas para se responsabilizar pela sua saúde, bem como pela da sua família e comunidade. Esta definição de Sorensen et al. (2012) destaca a necessidade da motivação pessoal, além das competências adquiridas ao longo da vida.

Para Ávila et al. (2015), literacia em saúde é entendida como um conjunto de competências sociais que permitem às pessoas aceder, compreender e usar informação num contexto ambiental e tomar decisões para melhorar a sua saúde. A literacia em saúde é considerada como um determinante da saúde, com influência direta no processo de mudança. Segundo Almeida & Veiga (2020), considera-se essencial capacitar, envolver e empoderar a população para que esta possa participar nas atividades de forma consciente, promovendo escolhas saudáveis na sua rotina.

Os enfermeiros lidam muitas vezes com pessoas com baixos níveis de literacia em saúde, que nem sempre o admitem perante os prestadores de cuidados. Stanhope & Lancaster (2011, p.322) referem que pessoas com baixos níveis de literacia em saúde “podem não colocar questões para clarificar a informação e podem ter problemas na compreensão dos materiais de educação para a saúde, o que pode conduzir a resultados de saúde mais limitados.”. Essas dificuldades podem dificultar a compreensão sobre “(...) as instruções nos medicamentos prescritos, interpretar os cartões de marcação de consulta, preencher formulários dos seguros de saúde e compreender as instruções de alta hospitalar e do autocuidado.”. Neste sentido, as autoras recomendam algumas estratégias a adotar nos programas educativos para a população com baixa literacia em saúde, como o uso de imagens, dispositivos e apresentações em vídeo. No entanto, o enfermeiro deve avaliar os conhecimentos e crenças da população e construir os programas educativos à medida das suas necessidades.

A literacia em saúde na gestão do regime terapêutico encontra-se diretamente ligada à segurança do doente. Segundo o enunciado no pela Agency for Healthcare Research and Quality

(2015), uma pessoa com nível elevado de literacia em saúde possui a capacidade de usar a leitura, a escrita e competências numéricas e verbais no contexto da saúde. Alguns estudos comprovam que quaisquer indivíduos com limitações na literacia em saúde, têm experiências negativas, uma vez que possuem menos conhecimento sobre os seus problemas de saúde e cometem mais erros ao tomar medicamentos, recorrem mais às urgências, recebem menos serviços preventivos, o que se reflete num pior estado de saúde e em custos de saúde mais elevados (Agency for Healthcare Research and Quality, 2015).

Reconhecendo a importância de uma cultura de segurança em saúde, esta constitui o primeiro pilar do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD21-26) (DGS, 2021a). No objetivo Estratégico 1.3. desse mesmo pilar, o PNSD21-26, propõe: “Aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados.” (DGS, 2021a, p. 25). Estas diretrizes reforçam a necessidade de desenvolvimento de estratégias para o aumento do nível de literacia da população, com vista a diminuir o risco escolhas prejudiciais, erros e acidentes, fomentando maior segurança nos seus comportamentos e tomadas de decisão.

O conhecimento sobre o regime terapêutico medicamentoso, nomeadamente quanto à hora da toma, dose, duração, indicação terapêutica, efeitos secundários e modo de conservação, é essencial para o uso correto do mesmo, aumentando a segurança e diminuindo a probabilidade de reações adversas ou acidentes. A evidência científica revela que a complexidade dos esquemas e o número de medicamentos prescritos dificultam na adesão à terapêutica. Um estudo, realizado em Portugal, cujo propósito era avaliar a gestão do regime terapêutico medicamentoso, confirmou que, numa amostra de 37 pessoas com idades superior a 65 anos, estes tomavam, em média, 7,3 medicamentos por dia. Desta amostra, apenas 9 pessoas tiveram capacidade para reconhecer a indicação dos fármacos na sua totalidade. As tomas incorretas deveram-se a esquecimento e à troca dos medicamentos, relacionada com a complexidade dos esquemas terapêuticos (Costa et al., 2014).

Um estudo desenvolvido na região da Beira Interior sobre a adesão e gestão do regime terapêutico em idosos polimedicados, revelou que 72,8% da amostra afirmou distinguir os seus medicamentos pela embalagem original, 11,3% pela cor e 9,4% pela forma do medicamento (Mó et al., 2020). Também o estudo de Festa (2017), sobre gestão do regime medicamentoso em agregados familiares de pessoas com 80 ou mais anos de idade, revelou resultados idênticos, uma vez que a grande maioria dos participantes (71,7%) identificava os medicamentos pela embalagem ou por ler o que estava escrito na embalagem original. Este comportamento pode

tornar-se dificultador na gestão do regime terapêutico, dado que, apesar de existir uma associação entre o medicamento e a embalagem original, a sua indicação terapêutica não é apreendida.

“Os diferentes contextos influenciam as decisões que as pessoas tomam diariamente relacionadas com a sua saúde, sejam elas conscientes ou não, é importante disponibilizar informações de saúde ajustadas a estes contextos, incentivando e apoiando decisões e comportamentos que a promovam” (Almeida et al., 2019, p. 42).

Um estudo sobre as fontes de informação em saúde num grupo de pessoas idosas, desenvolvido em Portugal por Serrão & Veiga (2020), revela que mais de metade da sua amostra acede à informação em saúde/ doença em consultas médicas ou de enfermagem ou através de contacto telefónico entre utentes e profissionais de saúde. As autoras acrescentam ainda que o facto de os profissionais de saúde acompanharem todo o agregado familiar, a sua proximidade e a relação de confiança que estabelecem, parece facilitar o acesso à informação e o esclarecimento de eventuais dúvidas em saúde. Por outro lado, os utentes com doença crónica, que frequentam consultas hospitalares e de especialidade revelam sentir maior disponibilidade em aceder a informações sobre a saúde em contexto hospitalar (Serrão & Veiga, 2020).

Apesar de ser privilegiado o contacto com os profissionais de saúde, é considerável a procura de respostas sobre a saúde através de fontes como a internet. O aumento da utilização destes meios pode dever-se à conveniência e disponibilidade, no entanto, a informação disponibilizada na internet pode ser mal interpretada e pouco filtrada, uma vez que nem toda a informação sobre a saúde disponível na internet assenta em evidência científica ou advém de fontes de informação especializada.

A literacia em saúde deve ser promovida, de preferência, nos diferentes contextos das pessoas, disponibilizando ferramentas facilitadoras para a interpretação da informação que é transmitida, com o propósito de tomadas de decisão e escolhas conscientes.

No âmbito do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019/2021 (DGS, 2018), a DGS lançou o “Manual de boas práticas - literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde” (Almeida et al., 2019, p.43-44), que emana algumas orientações para a promoção da literacia em saúde, entre elas, incluem-se as seguintes recomendações:

- Utilizar boas práticas na comunicação verbal, escrita e visual, através de linguagem simples e legível, facultando informações claras e objetivas, envolvendo as pessoas e validando se a sua compreensão;
- Tornar a informação em saúde acessível, utilizando diferentes meios para divulgação de recursos de informação, garantindo a acessibilidade por toda a população;

- Investir em recursos variados e adaptados às características da população, promovendo a interação com a mesma;
- Favorecer oportunidades de aprendizagem a todos os níveis, promovendo ações sobre literacia em saúde em diferentes contextos;
- Favorecer o acesso aos diferentes recursos disponíveis a nível presencial, telefónico ou online, com vista ao aumento da sua utilização diversificada pela população, como por exemplo, a Biblioteca (online) de Literacia em Saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou a linha de apoio do SNS24;
- Aumentar o acesso à informação, disponibilizando informação sobre os meios mais credíveis para obtenção de informação;
- Utilizar métodos de comunicação em saúde como o *teach back*, garantindo a compreensão da mensagem;
- Fazer uso das tecnologias digitais e utilizar diferentes métodos de comunicação, incluindo imagens para apoiar a comunicação verbal e escrita;
- Sensibilizar a população e os próprios profissionais para a literacia em saúde, através de campanhas apelativas;
- Envolver a população e motivar a sua participação, tornando significativa para si a mensagem a transmitir.

Mais direcionado ao tema em questão, salientam-se algumas estratégias significativas para o planeamento de intervenções na área, como: revisão da medicação; envolvimento da pessoa na tomada de decisão sobre o seu regime medicamentoso; utilização de instrumentos que facilitem a adesão e gestão (Almeida et al., 2019).

No sentido de facilitar a compreensão da informação e melhorar a gestão do regime terapêutico, estudos sugerem, além do uso de linguagem simples, o recurso a pictogramas (Nunes, 2020; Valério, 2021). Os autores destes estudos defendem que o uso de imagens e pictogramas poderá ser uma estratégia de promoção de literacia, uma vez que a sua aplicação, associada à indicação terapêutica e à posologia de cada medicamento, poderá apoiar as pessoas idosas e cuidadores informais.

Níveis de literacia em saúde adequados são fundamentais para a autogestão e tomadas de decisão conscientes, considerando-se uma mais-valia para a obtenção de ganhos em saúde nas pessoas idosas, com doença crónica e polimedicada. Como agente facilitador, o enfermeiro deverá disponibilizar informação credível e relevante, fazendo uso de alguns métodos acima descritos.

1.6. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM

No planeamento de intervenções de enfermagem, é essencial que as tomadas de decisão sejam fundamentadas em modelos teóricos para a prática de enfermagem, enquanto uma ciência humana e técnica. O uso de modelos teóricos valoriza a prática e sustenta os cuidados prestados, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Mediante os objetivos delineados para o desenvolvimento do presente projeto de intervenção, optou-se pela TDAE de Dorothea Orem.

Este modelo descreve o autocuidado de um individuo como a sua capacidade para cuidar de si mesmo. Desta forma, se as exigências no cuidado a si próprio forem superiores às suas capacidades, pode estar perante o risco de comprometimento do seu autocuidado, conduzindo a um *deficit*, de acordo com Orem (Orem, 2001).

O autocuidado é o conceito central na teoria de Dorothea Orem. Para a autora, o autocuidado consiste na prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e maturidade das pessoas, respeitando tempos específicos, tendo como objetivos a preservação da vida e o bem-estar (Orem, 2001). Segundo esta teoria, todas as pessoas são capazes de cuidar de si mesmo, constituindo-se dotadas de conhecimentos, capacidades e experiências próprias.

Quando a pessoa necessita de ajuda para o autocuidado, designa-se como dependente de cuidados. Neste sentido, o enfermeiro, em conjunto com o utente e cuidador, promove métodos para compensar as suas limitações, desenvolvendo estratégias para a promoção do autocuidado (Orem, 2001).

Orem baseia a sua teoria geral em três teorias relacionadas entre si: a Teoria do Autocuidado, que descreve a razão e a forma como as pessoas cuidam de si próprias, constituindo-se a base para compreender as capacidades e limitações das pessoas, que podem beneficiar da enfermagem; a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e elucida como as pessoas podem ser apoiadas pela enfermagem devido às suas limitações que podem deixa-las completa ou parcialmente incapazes de cuidar de si próprias ou dos seus dependentes; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, descreve e explica as relações que devem estabelecidas e mantidas para que se pratique enfermagem com pessoas que apresentam limitações de autocuidado (Orem, 2001).

Na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, Orem identificou três tipos de prática de enfermagem: o sistema totalmente compensatório, no qual os cuidados de enfermagem desempenham o papel da própria pessoa no seu autocuidado, substituindo a pessoa no autocuidado; o sistema parcialmente compensatório, no qual a pessoa necessita dos cuidados de enfermagem para o ajudar nas tarefas que não tem capacidade para realizar sozinha; e o apoio educativo, no qual a pessoa tem capacidade de realizar o autocuidado, embora careça dos ensinamentos e supervisão do enfermeiro para a sua realização (Tomey & Alligood, 2004). Neste sentido, Orem identificou metodologias para a prestação dos cuidados de enfermagem: executar ou agir, no sentido de substituir a pessoa nas tarefas que a própria não conseguir realizar; orientar e encaminhar; apoiar física ou psicologicamente; estabelecer e manter um ambiente favorável ao seu desenvolvimento; e ensinar (Tomey & Alligood, 2004).

No contexto do presente projeto, considerando a TDAE, a pessoa idosa e o seu cuidador informal constituem-se como os sujeitos passíveis de serem cuidados, detentores da capacidade de apreender determinadas estratégias, com o intuito de otimizar o autocuidado e, consequentemente, melhorar o seu estado de saúde. Neste sentido, o enfermeiro é considerado o prestador de cuidados que desenvolve determinadas estratégias facilitadoras para o autocuidado, promovendo a capacitação da pessoa idosa e do seu cuidador informal e envolvendo-os nesse processo de forma dinâmica.

2. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS

Neste capítulo é descrita a metodologia do Planeamento em Saúde que fundamenta as etapas do projeto de intervenção comunitária e é apresentada a metodologia utilizada para o diagnóstico de situação de saúde, a identificação da população alvo e método de colheita de dados utilizado e descritos os procedimentos éticos inerentes ao desenvolvimento do projeto.

2.1. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

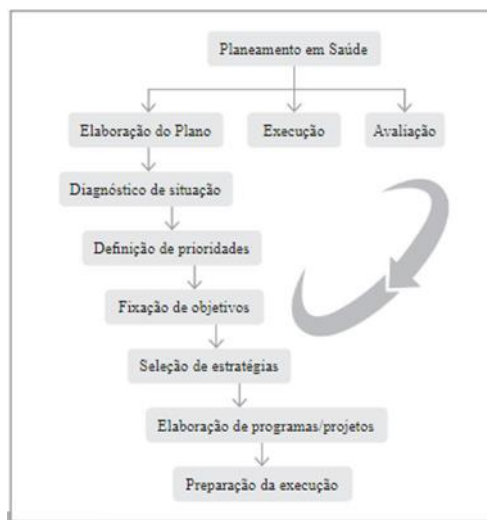
Segundo Imperatori & Giraldes (1993, p.23) “(...) os recursos são escassos e é preciso utilizá-los da forma mais eficaz e eficiente, por forma a resolver o maior número de problemas de saúde ao mínimo custo e com uma eficiência máxima em termos de população abrangida.”. Partindo do próprio conceito, facilmente se compreende a necessidade de planear, uma vez que permite otimizar e alocar os recursos de forma equitativa (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990), assegurando uma resposta mais eficiente dos serviços de saúde, uma vez que cada comunidade apresenta necessidades e interesses específicos, de acordo com os seus determinantes de saúde.

O planeamento em saúde engloba três etapas: elaboração do projeto, execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993), conforme figura nº2.

Segundo os mesmos autores, a elaboração do plano apresenta diferentes fases, nomeadamente: diagnóstico da situação; definição de prioridades dos problemas identificados na fase anterior, com a intenção de os reduzir; fixação de objetivos; seleção de estratégias, de forma a atingir os objetivos delineados; elaboração de programas e projetos e preparação da execução, delimitando um período, e definindo quais os recursos necessários à concretização do plano.

Figura nº2

Etapas do processo de Planeamento em Saúde



Fonte: Melo, 2020, p.3 (adaptado de Imperatori & Giraldes, 1993).

Apesar de se constituir como um processo, Imperatori & Giraldes (1993) e Tavares (1990), consideram que este não é estanque e que as suas etapas não devem constituir-se como totalmente concluídas, uma vez que este é um processo contínuo e dinâmico, direcionado para o futuro. Tavares (1990) considera-o como um processo interativo e em espiral, permitindo uma recolha de informações e atualização permanente, possibilitando voltar atrás e alterar a etapa anterior (Imperatori & Giraldes, 1993).

No contexto deste projeto, considera-se que a adequada aplicação da metodologia mencionada, facilitou o desenvolvimento de uma intervenção dirigida aos problemas e necessidades levantadas visando a obtenção de ganhos em saúde da população.

2.2. METODOLOGIA UTILIZADA NO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

Identificação da população alvo e amostra

A população, segundo Fortin (1999, p. 373) “... é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em conta uma ou várias características semelhantes, sobre o qual assenta a investigação.”. Segundo o mesmo autor, a maioria das vezes o investigador não tem acesso a toda a população alvo, o que exige o estabelecimento de uma amostra que deve ter menor dimensão e ser representativa da nossa população alvo.

A população alvo do projeto incluiu as pessoas idosas e os seus cuidadores informais, integrados na ECCI entre maio de 2022 e janeiro de 2023. Durante o período de estágio, encontravam-se integrados 24 utentes.

Para seleção da amostra, foi realizada uma reunião informal com a UCC, de forma a apurar quais os utentes e cuidadores informais elegíveis à participação no projeto e que respondiam aos critérios de inclusão e critérios de exclusão estabelecidos (tabela nº 1)

Tabela nº1

Critérios de Inclusão e Exclusão da população alvo

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
● Utesntes com 65 anos de idade ou mais, com doença crónica, polimedicados e integrados na ECCI. ● Cuidadores informais de utentes integrados na ECCI. ● Ter capacidade cognitiva mantida. ● Participação livre, consentida e esclarecida por parte dos utentes e/ou dos cuidadores informais.	● Utesntes com menos de 65 anos de idade, não polimedicados. ● Não ter capacidade cognitiva mantida. ● Utesntes e/ou cuidadores informais que não aceitem participar no projeto.

Fonte: Elaboração própria.

Após estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, foi obtida uma amostra por conveniência de 15 utentes e cuidadores informais.

Instrumentos de colheita de dados

O diagnóstico de situação foi elaborado em diferentes momentos, através da aplicação de dois instrumentos de colheita de dados, com o intuito de levantamento das áreas problemáticas e suscetíveis de intervenção.

Inicialmente foi auscultada a equipa de enfermagem da UCC, peritos da área, através da aplicação de um questionário de resposta aberta, via *google forms* (apêndice I). A adesão de resposta ao questionário por parte da equipa de enfermagem da UCC foi de 100%, apontando para a existência de lacunas ao nível da área da gestão do regime terapêutico em pessoas idosas e cuidadores informais integrados na ECCI. Esta fase contribuiu para o levantamento das áreas problemáticas/ necessidades de intervenção, bem como para a escolha da população alvo, procurando igualmente ir ao encontro das áreas de interesse da equipa e da organização.

A partir do levantamento das áreas problemáticas/necessidades de intervenção junto da equipa da UCC, decidimos aplicar um instrumento de colheita de dados através de questionário (apêndice II), direcionado à população alvo, com o intuito de identificar as maiores dificuldades sentidas pelos utentes idosos e pelos seus cuidadores informais no âmbito da gestão do regime terapêutico, tendo em vista o adequado planeamento das intervenções a desenvolver junto da população.

De acordo com Fortin (1999), os questionários e entrevistas são ferramentas utilizadas para o levantamento de informações factuais, no entanto, consideram-se igualmente úteis para os investigadores interessados em estudar as opiniões, perceções e atitudes. O instrumento de colheita de dados, por meio de questionário da nossa autoria, foi submetido a pré teste, tendo sido aplicado a um cuidador informal idoso, que respondeu às questões de forma clara, não mencionando dúvidas em relação ao que lhe estava a ser questionado, viabilizando a aplicação do instrumento de colheita de dados.

A nível de estrutural, o questionário, em suporte de papel aplicado aos utentes e cuidadores informais integra três partes e tem a duração de preenchimento de cerca de 10 minutos. Na primeira página são explicados os objetivos, finalidades e as instruções para o preenchimento do questionário e são esclarecidos os participantes acerca da sua participação livre e voluntária, de cariz anónimo e confidencial. A primeira parte é constituída por quatro questões referentes a dados sociodemográficos; a segunda parte integra uma questão alusiva à literacia no acesso à informação em saúde e a terceira é constituída maioritariamente por questões de escolha múltipla, relacionadas o comportamento dos participantes na gestão da medicação habitual, comunicação com os profissionais de saúde e adoção de medidas de segurança.

A abordagem foi realizada de forma individual, por conveniência e disponibilidade dos intervenientes, durante as visitas domiciliárias da ECCI. A visita foi combinada antecipadamente com cada participante, através de contacto telefónico e realizada após autorização e confirmação de disponibilidade dos utentes e cuidadores. Antes da aplicação do questionário, procurámos estabelecer uma relação empática entre utente, cuidador (quando aplicável) e mestranda através da participação nas visitas domiciliárias com a ECCI. Desta forma, na primeira visita domiciliária, procedemos à apresentação da mestranda bem como do projeto de intervenção, tendo sido solicitada a participação dos intervenientes e entregue o Consentimento informado, livre e esclarecido (apêndice III), esclarecendo a necessidade de preenchimento do mesmo para a participação no projeto.

2.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para o desenvolvimento deste projeto foram respeitados os princípios éticos, deontológicos e legais inerentes ao exercício da profissão de enfermagem, presentes, nomeadamente, no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Foi solicitada autorização à Exm^a Sr^a Enfermeira Coordenadora da UCC para implementação do projeto e obtidas as declarações da Exm^a Sr^a Orientadora Clínica e da Exm^a Sr^a Orientadora Pedagógica (anexo I). O projeto obteve o parecer do Exm^o Sr. Presidente do Conselho Clínico do ACES (anexo II) que, por se tratar de um projeto de intervenção comunitária, autorizou a consulta de dados, com a garantia da confidencialidade e anonimato dos participantes.

No desenrolar deste projeto com finalidades académicas, foram salvaguardados a proteção dos direitos e liberdade dos participantes dispostos a colaborar, não tendo sido utilizados os dados recolhidos para outras finalidades.

Foi solicitado aos participantes o seu consentimento informado, livre e esclarecido (apêndice III) para participação no projeto, garantindo o seu anonimato e a confidencialidade dos dados fornecido. Os participantes foram ainda informados sobre a possibilidade de recusa ou interrupção da sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para os próprios.

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido não teve qualquer compensação monetária ou custo para os participantes. Foram utilizados os recursos disponíveis em contexto de ensino clínico e os restantes custos foram assumidos pela mestranda.

Relativamente ao instrumento de colheita de dados por meio de questionário (apêndice II), por ser de autoria própria, não foram necessários pedidos de autorização a outros autores.

O instrumento de colheita de dados por meio de questionário teve carácter anónimo e confidencial, não sendo possível a associação ao participante que o preencheu.

3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

O diagnóstico da situação é a primeira etapa no processo de Planeamento em Saúde. De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), esta etapa deverá corresponder à identificação dos problemas e necessidades de saúde de uma população. Para tal, é fundamental conhecer a realidade onde determinada comunidade está inserida, analisando os determinantes que condicionam o seu estado de saúde.

O diagnóstico sobre as necessidades de saúde de uma população vem justificar a pertinência do planeado e permite determinar um padrão de comparação para o momento de avaliação (Tavares, 1990). Além do conhecimento sobre a população e o seu estado de saúde através de instrumentos de colheita de dados, é igualmente relevante conhecer os recursos que a comunidade dispõe, de forma a serem mobilizados de acordo com o objetivo que se define.

3.1. CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

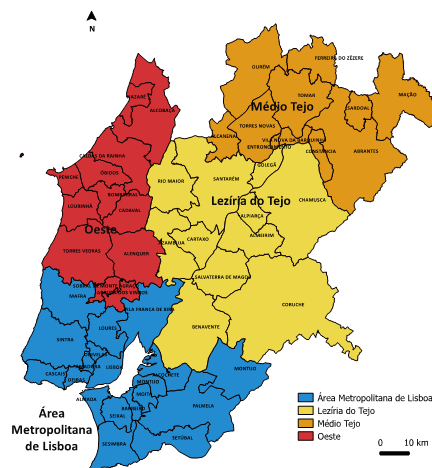
Para uma intervenção dirigida realizámos uma contextualização física do local onde foi desenvolvido o projeto de intervenção. Desta forma, é realizada uma breve caracterização da ARSLVT, do ACES e da UCC onde se desenvolveu o projeto

3.1.1. Caracterização da ARSLVT, ACES e UCC

A Região de Lisboa e Vale do Tejo abrange 12 216Km² e inclui a Área Metropolitana de Lisboa, Lezíria do Tejo, Médio Tejo e Oeste, composta por 52 concelhos e 355 freguesia (figura nº3) (Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo, 2022).

Figura nº3

Área geográfica da Região de Lisboa e Vale do Tejo



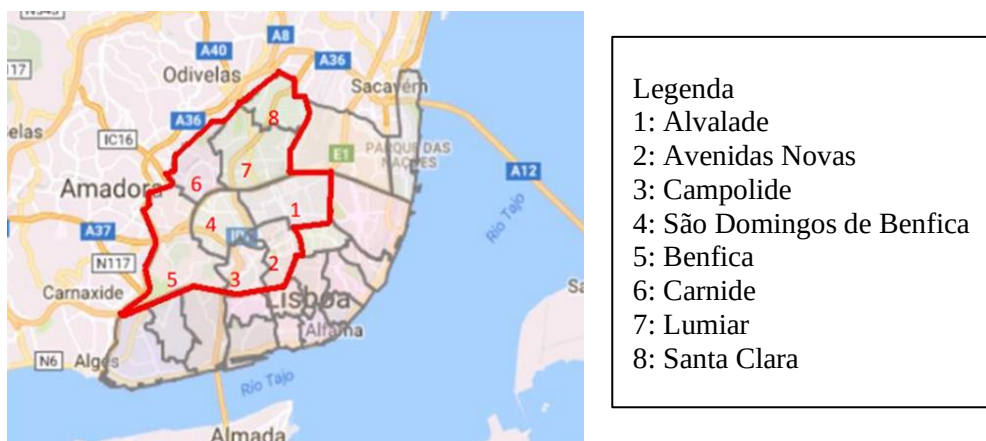
Fonte: Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo, 2022.

De acordo com a fonte acima mencionada e segundo os dados dos últimos Censos, em 2021, estima-se que residiam na região 3 699 605 pessoas, verificando-se um aumento face ao ano de 2011 (0,07%), correspondendo a 36% da população portuguesa.

No que diz respeito à organização interna da ARSLVT, esta é composta por áreas funcionais e incorpora 15 ACES. Conforme consta no Plano Local de Saúde Lisboa Norte 2018-2021 (ARSLVT, 2018), o ACES localiza-se na Área Metropolitana de Lisboa e abrange as freguesias de Alvalade, Avenidas Novas, Benfica, Campolide, Carnide, Lumiar, Santa Clara e São Domingos de Benfica (figura nº4).

Figura nº4

Freguesias do Agrupamento de Centros de Saúde



Fonte: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2018.

Tal como descrito no Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BICSP, 2022), este ACES tem como missão “prestar cuidados de saúde equitativos, em proximidade, com elevada eficiência, qualidade e segurança.”. A organização visa ser uma referência ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), na qual os cidadãos possam ter acesso a cuidados de saúde diferenciados e adequados ao longo do seu ciclo de vida, prestados atempadamente por profissionais qualificados e motivados. O Centro Hospitalar de Lisboa Norte, nomeadamente o Hospital de Santa Maria e o Hospital Pulido Valente, apresentam-se como os hospitais de referência deste ACES. O ACES é composto por diversas Unidades de Saúde.

A UCC é uma das unidades funcionais do ACES. De acordo com o disposto no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, compete a esta unidade a prestação de cuidados de saúde, bem como o apoio social e psicológico às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou situação de dependência física ou funcional, em âmbito comunitário e domiciliário, orientando a sua ação para a educação para a saúde, criação de redes de apoio à população e implementação de unidades móveis de intervenção.

A UCC abrange duas freguesias da Área Metropolitana de Lisboa e dá resposta aos programas contratualizados com uma equipa multidisciplinar ajustada às necessidades da população.

Esta unidade funcional encontra-se sediada num edifício integrado num bairro de habitação social. De forma a garantir uma resposta eficiente às necessidades de saúde da população, a UCC articula-se com todas as Unidades Funcionais do ACES, numa perspetiva de continuidade de cuidados e complementaridade de funções.

Dada a sua ação interventiva e de maior proximidade com as pessoas, famílias, grupos e comunidade, a UCC fornece à Unidade de Saúde Pública a informação necessária para um conhecimento integral da situação de saúde da comunidade. De forma anual, é discutido e contratualizado com esta unidade funcional, todas as atividades inerentes aos programas em cumprimento.

3.1.2. Instituições sociais de apoio aos idosos

Na área de abrangência da UCC existem algumas instituições e associações que prestam apoio social aos idosos. Através do contacto com a equipa e parceiros comunitários, destacam-se algumas instituições com influência na qualidade de vida dos idosos da área de influência desta unidade, particularmente: Universidades Sénior, onde os grupos de alunos participam em aulas sobre diferentes matérias e praticam outras atividades como passeios culturais, dentro e

fora de Lisboa, promovendo um envelhecimento ativo; Centros Paroquiais, que incluem o apoio domiciliário; um Centro de Bem Estar que presta serviços de apoio domiciliário; Centros Sociais, que prestam apoio comunitário, social e domiciliário à população dos bairros onde se inserem e incluem espaços próprios para o desenvolvimento de diversas dinâmicas como formações, inclusão digital e prática de exercício físico; Associações de Reformados e Idosos que prestam serviços de apoio domiciliário e centro de dia; Associações de Bairro e Instituições de solidariedade social, dirigida a grupos vulneráveis, incluindo os idosos; Grupos de Ação direcionados a diferentes áreas, como: saúde mental, apoio a artistas, promovendo atividades relacionadas com a área cultural;

Estas associações e instituições, além de fornecerem apoio aos residentes dos bairros das freguesias da área de abrangência da UCC, desempenham um papel fundamental na comunidade, uma vez que estabelecem parceria com a UCC, disponibilizando-se para colaborar nos projetos dirigidos à população residente e fortalecendo a relação entre comunidade e a equipa de saúde dos cuidados primários.

Na área digital existem também algumas ferramentas de apoio, dirigidas a pessoas idosas e, principalmente, aos seus cuidadores informais, disponibilizadas a toda população, tais como: a Associação Nacional de Cuidadores Informais, propondo-se à defesa dos interesses dos cuidadores informais, desenvolvimento de atividades promotoras da saúde dos cuidadores e divulgação de serviços de apoio ao cuidador e pessoa cuidada (Associação Nacional de Cuidadores Informais, 2022); o Guia dos Cuidadores – Cuidador Informal (SNS, 2019), um documento que divulga informação útil sobre o cuidador e a pessoa cuidada, evidenciando os direitos, medidas de apoio e serviços; o Guia Prático sobre o Estatuto do Cuidador Informal principal e Cuidador Informal não principal (Instituto da Segurança Social, 2020), compreendendo as normas que regulam os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada e fornecendo informação sobre as medidas de apoio disponíveis.

3.2. CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Considera-se fundamental conhecer o estado de saúde de uma determinada população, a fim de estabelecer uma intervenção mais dirigida, com vista à obtenção de ganhos em saúde. Neste subcapítulo procurámos os dados mais recentes no que diz respeito à vigilância do estado de saúde da população, nomeadamente as principais doenças e causas de morte, bem como os

determinantes que afetam o seu estado de saúde, incluindo fatores biológicos, físicos, sociais, económicos e comportamentais.

Os dados abaixo apresentados evidenciam, respetivamente, uma breve caracterização sociodemográfica do país, da região de Lisboa e Vale do Tejo, do município de Lisboa e das freguesias abrangidas pela UCC, evidenciando as principais problemáticas e necessidades em saúde da população, recorrendo à informação disponível nas Estatísticas da Saúde de 2020 e de acordo com os resultados dos Censos de 2021.

Na última parte deste subcapítulo são incluídos dados sobre a literacia em saúde da população, recorrendo a estudos que evidenciam a necessidade de intervenção de enfermagem nesta área em específico.

3.2.1. Dados sociodemográficos

Em Portugal

Segundo os resultados do último Censos de 2021 (PORDATA, 2022a), em Portugal residiam 10 343 066 pessoas, com uma diminuição, face aos resultados de 2011, de 2,1%.

Em relação às faixas etárias, a grande parte da população tem idade compreendida entre os 15 e os 64 anos, no entanto, a percentagem de pessoas com 65 ou mais anos tem vindo a aumentar ao longo do tempo em todas as regiões, com maior ou menor percentagem de variação, desde 2011 até ao ano de 2021, com aumento a nível nacional de 20,6%. Pelo contrário, o número de jovens, com idades entre os 0 e os 14 anos, tem vindo a diminuir, com uma variação percentual de 15,3%, a nível nacional, face ao ano de 2011 (PORDATA, 2022b).

Segundo a mesma fonte, no que diz respeito a escolaridade e emprego, em 2021, face a 2011, diminuiu o número de pessoas analfabetas (- 41,4%), ainda assim, 292 809 pessoas, em Portugal, não tinham qualquer grau de escolaridade (PORDATA, 2022c)

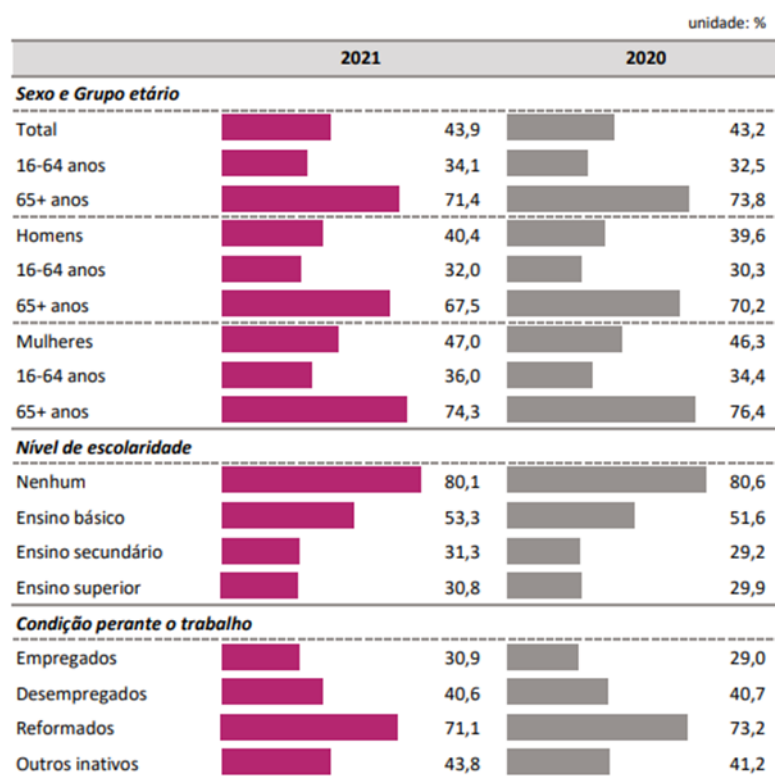
Fatores como a idade, sexo, nível de escolaridade e a empregabilidade influenciam diretamente a perceção e o estado de saúde da população. Segundo dados das Estatísticas da Saúde de 2020 (INE, 2022a), à semelhança dos anos anteriores, Portugal continuava a ser um dos países da União Europeia, em que a perceção boa ou muito boa do estado de saúde era mais baixa (51,3%). A percentagem de pessoas que avaliavam o seu estado de saúde como bom ou muito bom, em 2021, era maior para níveis de escolaridade mais elevados. Uma grande proporção da população empregada referia uma avaliação positiva do estado de saúde (65,2%), em

relação à população desempregada (50,5%). Apenas 17,2% da população reformada avaliava o seu estado de saúde como sendo bom ou muito bom.

O número de doenças crónicas e problemas de saúde prolongados tem vindo a aumentar ao longo do tempo (figura nº5). Em 2021, 43,9% da população portuguesa com 16 ou mais anos, referia ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, verificando-se um aumento desde 2019 de 2.7%. Também face a este indicador, o número de pessoas com escolaridade mais elevada era a que referia menos doenças crónicas (31%) em comparação à população com ensino básico (53,3%) ou sem qualquer nível de escolaridade completo (80,1%). Os reformados são aqueles que apresentam maior prevalência de morbilidade crónica (71,1%), em comparação com a população empregada (30,9%) e desempregada (40,6%). Os resultados relativos ao ano de 2020, ao nível dos países da União Europeia, indicam que Portugal era um dos cinco países com a proporção mais elevada de pessoas com doença crónica, com proporções acima de 40% (INE, 2022a).

Figura nº5

Proporção da população que referiu ter doença crónica ou problema de saúde prolongado por categorias sociodemográficas em Portugal, 2020-2021



Fonte: INE, 2022a.

As doenças prolongadas conduzem a estados de dependência mais elevados. Segundo dados da mesma fonte, em 2021, mais de um terço da população com 16 ou mais anos, referia sentir-se limitado na realização das atividades de vida diárias devido a problemas de saúde, dos quais 25,3% indicavam limitação ligeira, enquanto 9,6% referiam limitação severa. Em relação à população que referiu mais frequentemente limitações nas atividades de vida constituiu-se, predominantemente, por mulheres (39,0%, em relação a 30,2% no caso dos homens) e população idosa (60,8%, em relação a pessoas com idade inferior a 65 anos). A nível das limitações severas, a diferença etária tornou-se ainda mais evidente, constatando-se presente em 20,8% nos idosos e em 5,6% nas pessoas com menos de 65 anos (INE, 2022a).

Tal como nos indicadores anteriores, nomeadamente autoapreciação do estado de saúde e doenças crónicas, também ao nível das limitações, a proporção era mais elevada nas pessoas com menor nível de escolaridade, em relação à população com maior nível de escolaridade.

Na Região de Lisboa e Vale do Tejo

De acordo com o Plano Local de Saúde do ACES Lisboa Norte (ARSLVT, 2018), as doenças mais prevalentes na população inscrita no ACES são as doenças cardiovasculares como a HTA e as doenças relacionadas com a alteração do metabolismo dos lípidos, seguidas de perturbações depressivas, diabetes e obesidade, conforme se encontra apresentado na figura nº6. À exceção da obesidade, a maioria das doenças prevalentes nesta população, carece de toma de medicação para controlo dos riscos associados, em alguma fase da doença.

Figura nº6

Morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários na área de abrangência da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Hipertensão (K66 e K87)	HM	2016	%	22,2	21,1
Alteração no metabolismo dos lípidos (T93)	HM	2016	%	21,3	17,8
Perturbações depressivas (P76)	HM	2016	%	10,4	9,1
Diabetes (T89 e T90)	HM	2016	%	7,8	7,1
Obesidade (T82)	HM	2016	%	8,0	7,1
Taxa de incidência de sida	HM	2016	/100000 hab	2,6	4,2
Taxa de incidência da infeção VIH	HM	2016	/100000 hab	10,1	16,0
Taxa de incidência de tuberculose	HM	2016	/100000 hab	17,7	20,6

HM - Homens e Mulheres | H - Homens | M - Mulheres

Fonte: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2018.

No Município de Lisboa

Segundo dados dos Censos de 2021, referentes ao Município de Lisboa, disponíveis na PORDATA (PORDATA, 2022d), em 2021, residiam em Lisboa de 545 796 pessoas, uma diminuição de 0,4% face a 2011. Em 2021, registou-se um saldo populacional natural de menos 1651 pessoas, uma vez que houve maior número de mortes do que nascimentos. Em contrapartida, o saldo migratório foi positivo, Lisboa recebeu cerca de 1750 imigrantes.

No que diz respeito ao envelhecimento populacional, os resultados dos últimos Censos revelam que o Município de Lisboa segue a mesma tendência de Portugal. Em Lisboa, por cada 100 residentes, havia 13 jovens com menos de 15 anos, 64 adultos e 23 idosos. Este aumento da população idosa tende a manter-se nos próximos anos, uma vez que, em 2021, nasceram em Lisboa menos 229 pessoas do que em 2019.

A percentagem de famílias unipessoais em Lisboa é elevada, encontrando-se nos 35% em 2021, registando um aumento face a 2011. A percentagem de alojamentos próprios em 2021 diminuiu, o que poderá estar relacionado com o elevado valor médio de compra de propriedades no município, sendo que, em 2019, uma habitação em Lisboa custava, em média, 462 062€, um valor muito superior à média de Portugal (112 470€). Ainda assim, o ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem, no município, em 2019, era de 1 669€, enquanto a média nacional se encontrava nos 1 206€. De igual forma, o poder de compra *per capita* nesse mesmo ano, encontrava-se 106% acima da média nacional (PORDATA, 2022d).

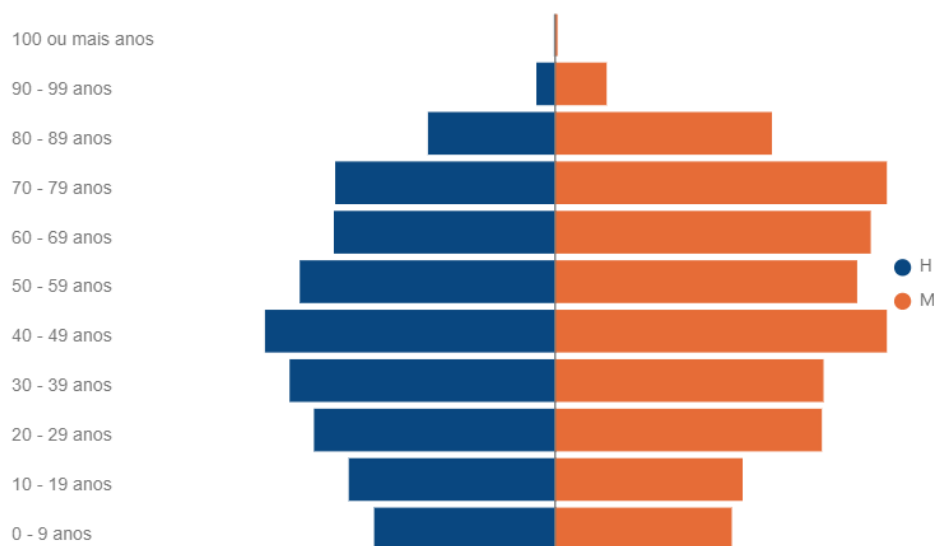
Nas freguesias abrangidas pela UCC

De acordo com os dados dos Censos (INE, 2022b), a população residente na área geográfica de abrangência da UCC é, aproximadamente, 53 400 habitantes. Relativamente ao ano de 2011, evidenciou-se uma diminuição do número de residentes de menos 5,0% nas duas freguesias.

Em relação à população residente por grupo etário, houve um decréscimo da população até aos 64 anos e, por outro lado, aumentou a população com 65 anos e mais (figura nº7).

Figura nº7

População residente por sexo e grupo etário nas freguesias abrangidas pela UCC



Fonte: INE, 2022b.

Apesar de existirem dados sociodemográficos desta população, não foi elaborado, até ao momento, nenhum estudo recente sobre as suas necessidades e problemas de saúde, desta forma, assumiram-se os dados acima descritos para uma melhor compreensão sobre o estado de saúde da população abrangida pela UCC.

3.2.2. Literacia em saúde

O Inquérito sobre Literacia em Saúde foi aplicado em Portugal com o objetivo de conhecer o nível de literacia da população, identificando as principais dificuldades e fatores desfavoráveis à literacia em saúde nos portugueses (Espanha et al., 2016). Este inquérito surgiu após ter sido aplicado o Questionário Europeu de Literacia em Saúde, em oito países europeus, reforçando que a literacia em saúde se constitui como um desafio internacional.

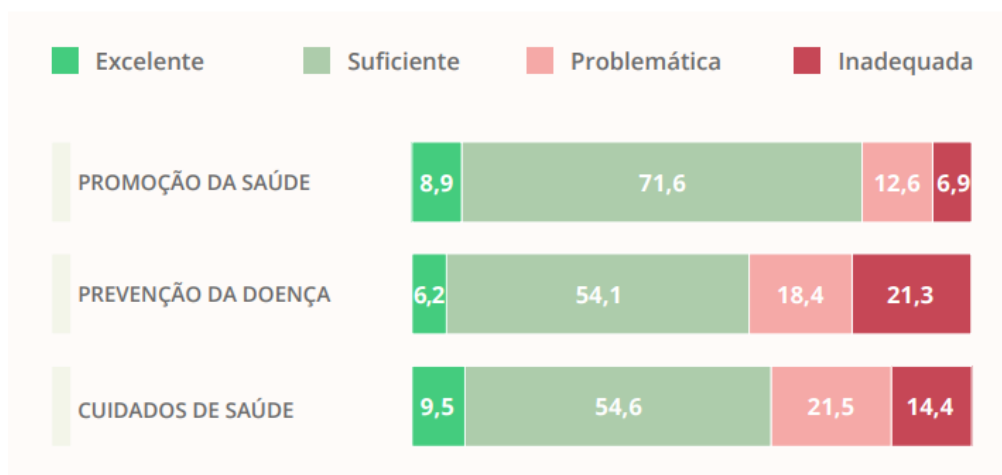
Segundo o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 (DGS, 2018), 5 em cada 10 pessoas da população portuguesa têm níveis reduzidos de Literacia em Saúde.

Entre 2020 e 2021, a DGS elaborou uma nova avaliação sobre a literacia em saúde dos portugueses (DGS, 2021b). Os resultados do estudo apresentaram um aumento da proporção de níveis inadequados de literacia nas pessoas com faixa etária elevada e em pessoas com menores níveis de escolaridade, revelando que os valores de literacia estão diretamente relacionados com a idade e escolaridade.

De acordo com os resultados, entre as dimensões promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados de saúde, os portugueses revelaram níveis mais elevados de literacia na dimensão promoção da saúde (figura nº8).

Figura nº8

Dimensões da literacia em saúde, em percentagem (%)



Fonte: DGS, 2021b.

O estudo avaliou a capacidade da população portuguesa em: aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação, apresentando percentagens mais elevadas ao nível da compreensão da informação. Relativamente aos módulos sobre Literacia em Saúde Digital, Literacia em Navegação no Sistema de Saúde e Literacia em Vacinação, os portugueses mostraram maior conhecimento sobre a vacinação e mais dificuldades sobre como navegar no sistema de saúde.

Os dados do estudo indicaram que os determinantes sociais, como sexo, idade, capacidade financeira, escolaridade e situação profissional, influenciam significativamente a Literacia em Saúde, divulgando níveis superiores de literacia no sexo masculino, nas faixas etárias mais jovens, em pessoas com maior capacidade financeira, em pessoas com maior grau de escolaridade e em situação de emprego ativo (DGS, 2021b).

Os resultados do estudo da DGS (2021b) encontram-se em conformidade com o Inquérito de Literacia sobre a Saúde em Portugal (Espanha et al., 2016), que permitiu identificar grupos muito vulneráveis na população portuguesa, no que diz respeito à literacia em saúde, nomeadamente: pessoas com 65 ou mais anos; baixos níveis de escolaridade; com rendimentos até 500€ mensais; com doenças crónicas; com auto perceção de saúde “má”; que frequentaram, no ano

anterior, seis ou mais vezes, os cuidados de saúde primários; que se sentem limitados por sofrerem de alguma doença crónica.

Estes dados reforçam a necessidade de intervenção na área da Literacia em Saúde, particularmente na população vulnerável: idosos, pessoas com doenças crónicas, baixos níveis de escolaridade, desempregados e/ou reformados.

Os meios para a procura de informação sobre a saúde têm influência sobre a literacia em saúde. Conforme aumenta o nível de literacia, aumenta também a intensidade de utilização de todos os meios. O Inquérito de Literacia sobre a Saúde em Portugal (Espanha et al., 2016) permitiu identificar a forma como os portugueses acedem à informação sobre a saúde. Desta forma, os resultados revelaram que predomina o contato direto e interpessoal com os profissionais de saúde, principalmente com especialistas, privilegiando-se este meio para a obtenção de informação sobre a saúde. O grupo de pares, família e amigos surgem também como um meio para obter informação, seguidos de meios como a televisão, folhetos ou bula de medicamentos. A pesquisa de informação pela internet é o meio que mostrou estar mais relacionado com a idade e escolaridade.

O inquérito concluiu ainda, que a população, no geral, deposita elevados níveis de confiança nos profissionais de saúde, no que diz respeito ao fornecimento de informação sobre a saúde e que pessoas com maior nível de literacia em saúde tendem a ter mais frequentemente atitudes reflexivas e críticas, diminuindo a confiança acrítica em fontes não especializadas. Os resultados chamam a atenção para a possibilidade da ambiguidade de atitudes face ao modo de lidar com a informação consultada por parte de pessoas com níveis de literacia em saúde elevados. Uma vez que esta população consulta diversas e variadas fontes, devem estar prevenidas para questionar a fonte, validando a sua credibilidade (Espanha et al., 2016).

Estes dados remetem para a necessidade de reflexão sobre a possibilidade de grande parte da população não estar capacitada para interpretar e descodificar a informação sobre saúde que é disponibilizada em múltiplos meios e reproduzidas por diversas fontes.

3.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados foram tratados com recurso a estatística descritiva, com base no programa Excel 2016. Na apresentação dos dados foi indicada a frequência absoluta ou relativa para cada variável e recorreremos a tabelas e gráficos.

A amostra foi constituída por 15 participantes, 40% utentes e 60% cuidadores informais, maioritariamente do sexo feminino (73%). Mais de metade com idade superior a 65 anos (60%), sendo que 33% encontrava-se na faixa etária dos 65 aos 74 anos e 27% tinha mais do que 75 anos. Quanto ao grau de escolaridade, 13% obtinha o ensino básico, 34% dos participantes, concluíram o ensino secundário e 33% frequentou o ensino superior (tabela nº2).

Tabela nº2

Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Categoria	Frequência absoluta	Frequência relativa
Composição da amostra	Utentes	6	40%
	Cuidadores Informais	9	60%
Sexo	Feminino	11	73%
	Masculino	4	27%
Intervalo de idades	25-34 anos	1	7%
	35-44 anos	1	7%
	45-54 anos	2	13%
	55-64 anos	2	13%
	65-74 anos	5	33%
	75-84 anos	4	27%
Grau de escolaridade	1º ciclo do ensino básico	2	13%
	2º ciclo do ensino básico	1	7%
	3º ciclo do ensino básico	2	13%
	Ensino secundário	5	34%
	Ensino superior	5	33%

Fonte: elaboração própria com base nos resultados da aplicação do questionário.

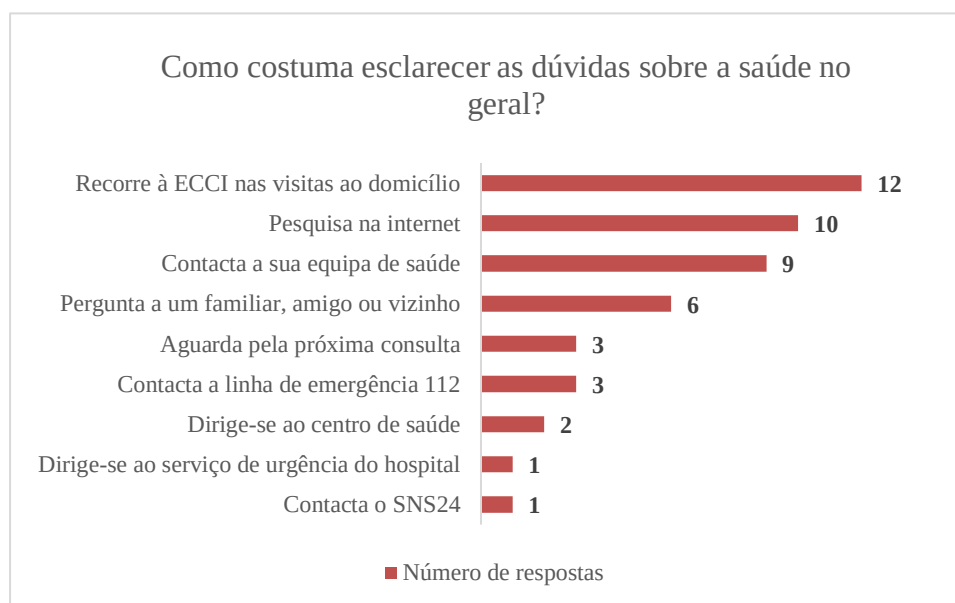
Verificou-se nesta amostra, a predominância do género feminino (73%), o que poderá estar relacionado com a maior esperança média de vida nas mulheres em comparação com os homens, verificando-se o mesmo noutros estudos semelhantes (Monterroso et al., 2017; Mó et al., 2020). Contrariamente a alguma literatura encontrada, onde se revela uma amostra com baixo grau de escolaridade (Nunes, 2020; Mó et al., 2020), verificou-se que mais de metade dos participantes neste projeto concluiu o ensino secundário, sendo que, 33% frequentou o ensino superior.

Na segunda parte do questionário é explorada a Literacia em Saúde dos participantes no que diz respeito ao acesso e à procura de informação em saúde. Dado o carácter de escolha múltipla de algumas questões e a obtenção de uma ou mais respostas por cada participante, optou-se por indicar a frequência absoluta na apresentação dos resultados, facilitando a sua leitura.

À questão “Como costuma esclarecer as dúvidas sobre a saúde no geral?": 12 participantes consideraram as visitas ao domicílio realizadas pela ECCI uma oportunidade para a obtenção de informação sobre saúde e nove referiram o contacto com a equipa de saúde quando surgem dúvidas. Por outro lado, 10 participantes referiram procurar respostas para as suas dúvidas na internet; seis recorrem a familiares, amigos ou vizinhos; três optam por aguardar pela próxima consulta; três contactam a linha de emergência 112 para esclarecimento de dúvidas; dois dirigem-se ao centro de saúde; um dirige-se ao serviço de urgência do hospital e um contacta a linha de apoio do SNS24 (gráfico nº1).

Gráfico nº1

Respostas à questão: "Como costuma esclarecer as dúvidas sobre a saúde no geral?"



Fonte: elaboração própria com base nos resultados da aplicação do questionário.

Quanto ao acesso à informação em saúde, os nossos resultados revelam que a maioria dos participantes privilegia o esclarecimento de dúvidas diretamente com a equipa de saúde, em particular com a ECCI que se desloca ao seu domicílio ou através do contacto com a equipa de saúde.

Um estudo sobre as fontes de informação em saúde num grupo de pessoas idosas, desenvolvido em Portugal, revela que mais de metade da sua amostra acede à informação em saúde através de consultas médicas ou de enfermagem ou através de contacto telefónico entre utentes e profissionais de saúde. As autoras acrescentam ainda que o facto de os profissionais de saúde acompanharem todo o agregado familiar e a sua relação de confiança e proximidade, parece facilitar o acesso à informação e o esclarecimento de eventuais dúvidas em saúde. Por outro lado, os utentes com doença crónica, que frequentam consultas hospitalares e de especialidade revelam sentir maior disponibilidade em aceder a informações sobre a saúde em contexto hospitalar (Serrão & Veiga, 2020).

No que diz respeito a outras fontes como jornais, revistas, folhetos, estes não foram mencionados, à semelhança do estudo de Serrão & Veiga (2020). Apesar de ser privilegiado o contacto com os profissionais de saúde, grande parte dos participantes revelaram que procuram respostas sobre a saúde através de fontes como a internet e por meio de pessoas próximas. O aumento da utilização destes meios pode dever-se à conveniência e disponibilidade. No entanto, como já foi referido no enquadramento teórico, a informação retirada da internet ou proveniente de pessoas amigas ou familiares sem competências na área da saúde, pode ser mal interpretada e pouco credível, uma vez que nem toda a informação disponível é filtrada e assente em evidência científica.

Garcia e Eiró-Gomes (2022), realizaram uma análise à presença de informação online dos Agrupamentos de Centros de Saúde em sites e páginas da internet, a propósito dos cuidados de saúde primários e revelaram que a sua presença, em relação aos hospitais, é claramente reduzida. Referem, ainda, que a ausência de *websites* oficiais e de fontes credíveis, desvia os utilizadores para outras fontes que podem não oferecer a mesma segurança, recomendando um papel mais ativo nos meios digitais para as instituições dos cuidados de saúde primários.

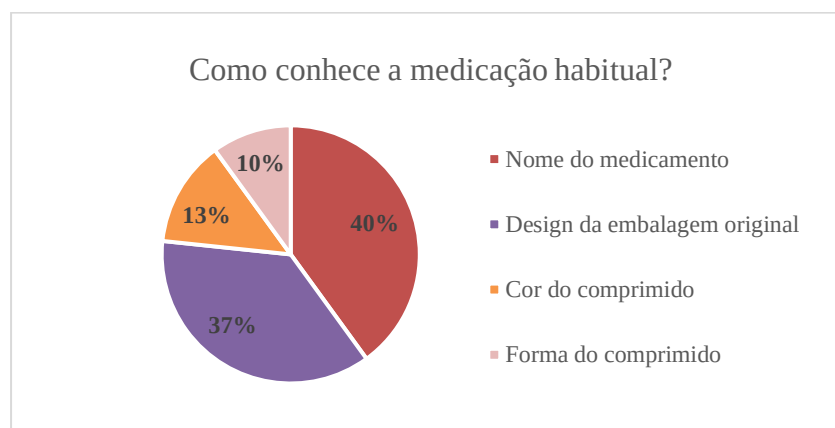
Os nossos resultados revelaram um dado preocupante no que diz respeito ao uso inadequado dos serviços de saúde, associado à baixa literacia no acesso à informação em saúde, uma vez que alguns participantes referiram contactar a linha de emergência 112 ou dirigir-se ao serviço de urgência do hospital para esclarecimento de dúvidas, sendo que, apenas uma pessoa contacta o SNS24. Importa futuramente estudar os motivos deste comportamento de procura de informação desajustado e o investimento na educação para a saúde da população sobre o acesso à informação e aos cuidados de saúde.

Na terceira parte do questionário, procurou-se estudar o comportamento e a literacia na gestão diária da medicação, bem como a comunicação com a equipa de saúde e as maiores dificuldade sentidas pelos participantes.

À questão “Como conhece a medicação habitual?” (gráfico nº2), 40% dos participantes afirmaram conhecer a medicação habitual pelo nome do medicamento, no entanto, quando questionados sobre a medicação habitual, a maioria não referia o nome da totalidade dos medicamentos e demonstravam confusão entre o nome da substância ativa e o nome genérico. Mais de metade dos participantes indicou conhecer a medicação habitual através do *design* da embalagem original (37%), pela cor (13%) ou pela forma (10%) do comprimido.

Gráfico nº2

Respostas à questão: “Como conhece a medicação habitual?”



Fonte: elaboração própria com base nos resultados da aplicação do questionário.

Relativamente à indicação farmacológica da medicação habitual, 47% da amostra referiu ter dúvidas às vezes e 13% ter dúvidas sempre. À semelhança da questão anterior, apesar de 40% referir conhecer a indicação farmacológica, tal não se verificou quando lhes foi solicitado para a indicarem, demonstrando pouco conhecimento sobre a indicação farmacológica da medicação habitual.

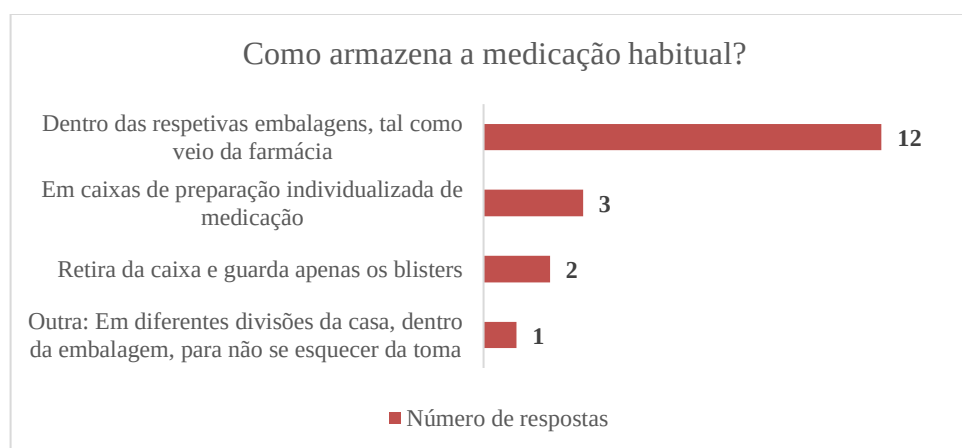
Os resultados apresentados encontram-se em concordância com o estudo de Mó et al. (2020), uma vez que um total de 72,8% afirmou distinguir os seus medicamentos pela embalagem original, 11,3% pela cor e 9,4% pela forma do medicamento. Também Festa (2017) revelou resultados idênticos, uma vez que, no seu estudo sobre gestão do regime medicamentoso em agregados familiares de pessoas com 80 ou mais anos de idade, a grande maioria dos participantes (71,7%) identificava os medicamentos pela embalagem ou por ler o que estava escrito

na embalagem original. A mudança de laboratório ou a alteração no *design* da embalagem original do medicamento, por qualquer motivo, poderá dificultar o reconhecimento do medicamento e conduzir a erros no seu uso, com consequências irreversíveis, particularmente neste grupo populacional. Cabe ao profissional de saúde despistar estes comportamentos e implementar estratégias para os contornar em colaboração com o utente e cuidador.

Quanto ao armazenamento da medicação habitual (gráfico nº3), alguns participantes utilizam estratégias combinadas, uma vez que 13 referiram que mantêm a medicação habitual dentro das próprias embalagens, sendo que um participante referiu que armazena a medicação em diferentes divisões da casa para não se esquecer da sua toma; três utilizam um sistema de preparação individualizada de medicação e dois participantes indicaram que retiram o medicamento das respetivas embalagens e guardam apenas os blisters.

Gráfico nº3

Respostas à questão: "Como armazena a medicação habitual?"



Fonte: elaboração própria com base nos resultados da aplicação do questionário.

O local de armazenamento dos medicamentos é importante, uma vez que estes devem ser guardados em determinadas condições, que garantam sua conservação e estabilidade.

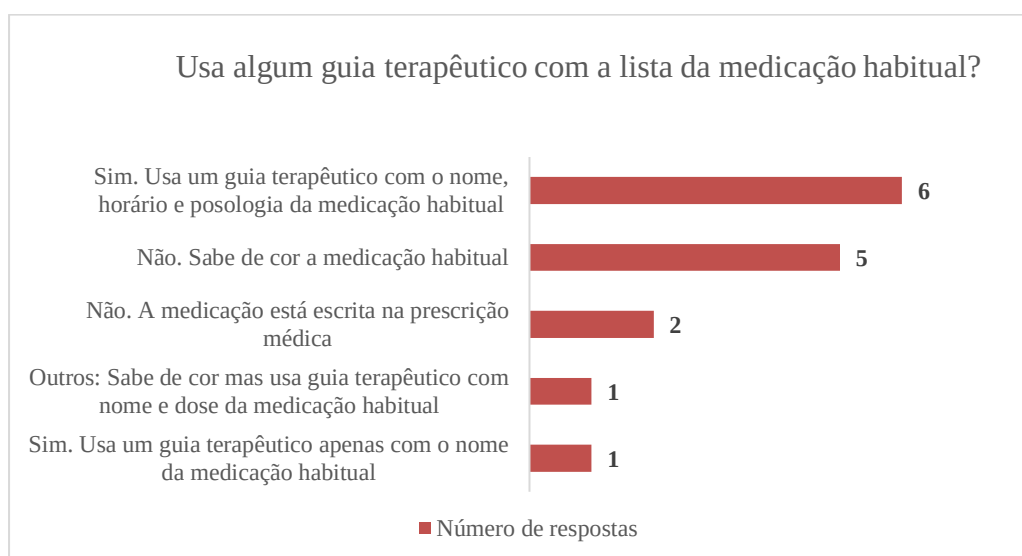
No que diz respeito ao armazenamento da medicação habitual os participantes revelaram estratégias mistas. Estes resultados mostram-se em concordância com os de Marques (2017), num estudo sobre as dificuldades na gestão da medicação em utentes idosos, alertando para a possibilidade de ocorrência de toma duplicada de medicação, uma vez que o mesmo medicamento pode estar armazenado em várias divisões da casa, e chamando a atenção para as reações adversas, caso a sua conservação esteja comprometida, devido a temperatura ou humidade de-

sadequadas. No estudo de Mó et al. (2020), a maioria dos idosos referiu usar uma caixa dispensadora de medicamentos ou guardar os medicamentos em diferentes sacos e locais, de acordo com o horário da sua toma, uma vez que 15% referiu dificuldades para o cumprimento dos horários da medicação, dificuldade que também foi referida por participantes do nosso projeto.

Quanto à utilização de guia terapêutico (gráfico nº4), oito participantes mencionaram o uso de guia terapêutico, sendo que, dois deles se encontravam incompletos, uma vez que não compreendiam a dose e posologia. Sete participantes referiram que não recorrem a guia terapêutico, desses, dois referiram que não usam qualquer guia, uma vez que a medicação habitual se encontra escrita na prescrição médica.

Gráfico nº4

Respostas à questão: " Usa algum guia terapêutico com a lista da medicação habitual?"



Fonte: elaboração própria com base nos resultados da aplicação do questionário.

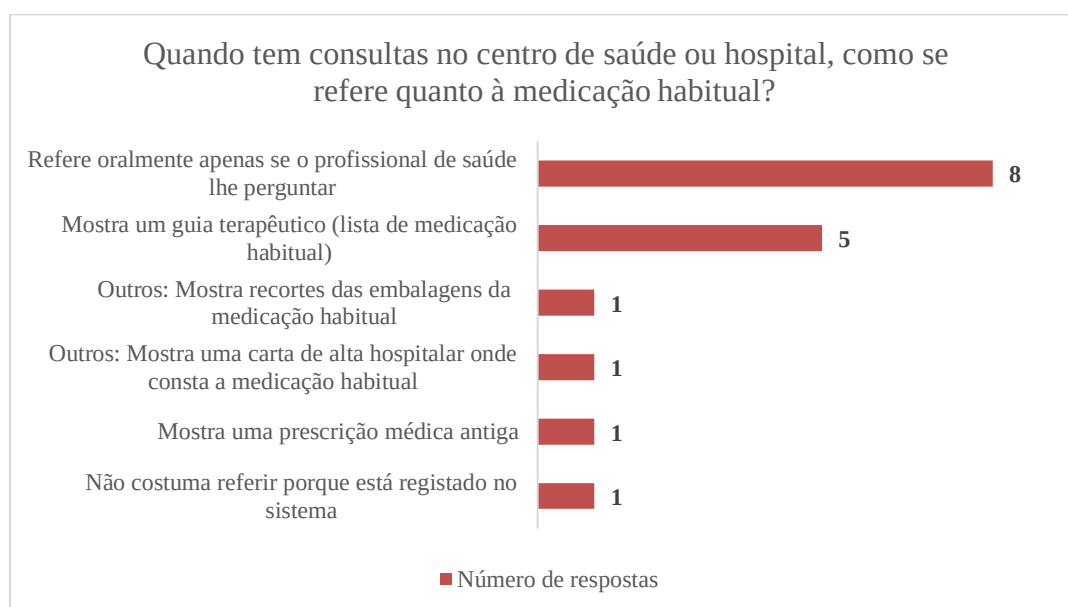
O guia terapêutico é considerado uma ferramenta de apoio à gestão do regime terapêutico medicamentoso, na medida em que orienta o utente ou cuidador quanto à dose e posologia de cada medicamento. Apesar de alguns participantes referirem dificuldades no cumprimento de horário, dificuldades em perceber a dose ou em se lembrarem da toma, apenas cerca de metade referiu a utilização de guia terapêutico ou outro apoio, sendo que a maior parte não continha a informação essencial para a toma segura da medicação habitual. Nos resultados de Marques (2017), os participantes revelaram a utilização de outras estratégias na organização da medicação, nomeadamente o recurso a caixas de organização diária (33%), semanal, quinzenal ou

mensal (34%), o alarme de telemóvel (11%), a ajuda de familiares (11%), e o recurso a folha para registo de toma da medicação (11%).

A partir das duas seguintes questões procurou-se conhecer a forma como os participantes comunicam com a equipa de saúde no que diz respeito à medicação habitual, alergias e intolerâncias. Desta forma, oito participantes indicaram que referem oralmente a medicação apenas se o profissional de saúde lhe perguntar; cinco mostram o guia terapêutico com o nome da medicação habitual; um dos participantes referiu apresentar os recortes das embalagens, onde consta o nome da medicação habitual; um participante referiu levar uma prescrição médica antiga; um participante mencionou que não costuma referir a medicação habitual, uma vez que se encontra registada no sistema (gráfico nº5).

Gráfico nº5

Respostas à questão: "Quando tem consultas no centro de saúde ou hospital, como se refere quanto à medicação habitual?"



Fonte: elaboração própria com base nos resultados da aplicação do questionário.

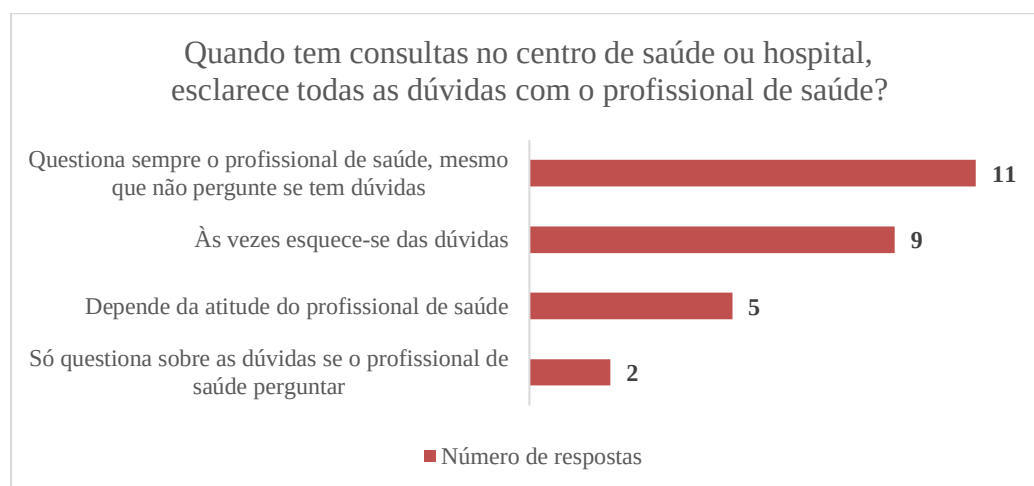
Quanto a alergias e intolerâncias, em nove casos não se aplicou, uma vez que se desconhecem alergias e intolerâncias. Três participantes referiram mencionar sempre, mesmo que o profissional de saúde não questione; dois referiram que não indicam alergias ou intolerâncias, uma vez que se encontram registadas no processo clínico; um participante declarou que apenas menciona alergias ou intolerâncias se o profissional de saúde lhe perguntar.

Na seguinte questão, procurou-se compreender a comunicação dos participantes com a equipa de saúde no que diz respeito ao esclarecimento de dúvidas (gráfico nº6). Assim, onze

participantes mencionaram que questionam sempre o profissional de saúde, ainda que este não pergunte se tem dúvidas, no entanto, nove assumiram que às vezes se esquecem das dúvidas a colocar; cinco referiram que o esclarecimento das suas dúvidas depende da atitude do profissional e dois questionam sobre as dúvidas apenas se o profissional perguntar.

Gráfico nº6

Respostas à questão: "Quando tem consultas no centro de saúde ou hospital, esclarece todas as dúvidas com o profissional de saúde?"



Fonte: elaboração própria com base nos resultados da aplicação do questionário.

Em relação à comunicação com a equipa de saúde, parece nem sempre ser a mais adequada. Podemos considerar a existência de uma falsa segurança no que diz respeito à transmissão de informação em saúde, como a referência a alergias ou à medicação habitual, uma vez que uma parte da amostra referiu que, por se encontrar registada no seu processo, esta informação não necessita de ser mencionada. Um outro dado relevante é o facto de a amostra referir que a sua comunicação depende da atitude do profissional e que as informações fornecidas pelos diferentes profissionais que os acompanham nem sempre são consensuais.

De facto, a comunicação é uma das competências do enfermeiro de cuidados gerais e, pela sua importância no contacto com o outro, deve ser vista como uma ferramenta comum a todos os profissionais da saúde. No entanto, esta deve ser uma competência em constante desenvolvimento, de forma a estabelecer uma comunicação eficaz, ajustada ao grau de compreensão do utente e tendo em vista a correta interpretação do que está a ser transmitido. Neste sentido, Almeida et al. (2019), reforçam que a comunicação com o utente contribui para a adesão ao regime terapêutico e, consequentemente, influencia na mudança de comportamento, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

Um estudo sobre a caracterização de potenciais riscos da polimedicação do idoso (Sanches, 2020), revelou que os erros de comunicação entre profissionais, podem conduzir a consequências para a segurança do doente. Exemplo disso é a duplicação não intencional da medicação ou interações medicamentosas que podem ocorrer devido a fatores como prescrições de diferentes especialistas, no caso de utentes com doenças crónicas, com multimorbilidades e necessidade de acompanhamento por várias especialidades. Também os resultados de Festa (2017) estão de concordância com estes dados, revelando que a multiplicidade de prescritores é uma realidade e que existe falta de conhecimento entre os profissionais sobre a medicação que os idosos estão a utilizar, apesar da existência de sistemas de informação e plataformas de dados como o Portal do Sistema Nacional de Saúde 24, que permitem aceder a dados sobre a medicação prescrita. O estudo salienta ainda que, apesar da sua existência, essas plataformas nem sempre são utilizadas ou é desconhecida a sua utilidade por utentes e profissionais de saúde.

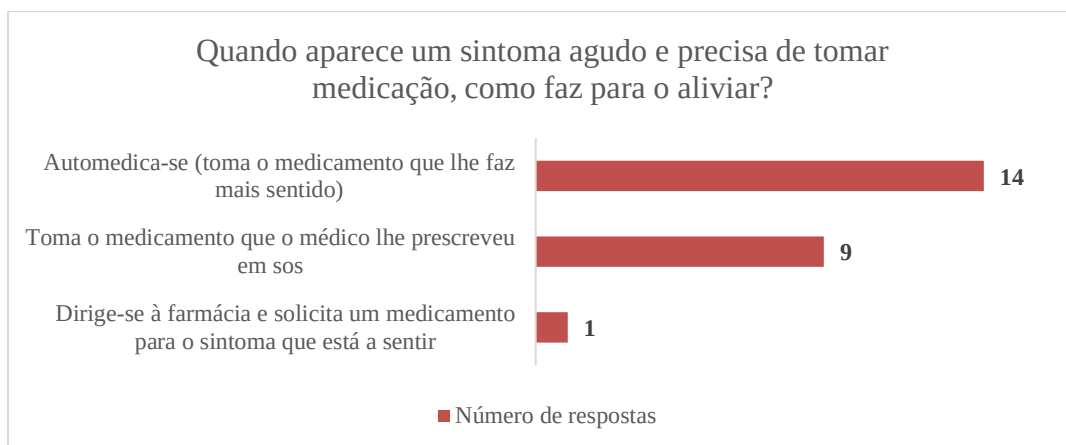
Conscientes de que se trata de uma responsabilidade partilhada, também o utente se constitui como um elemento fundamental no processo da reconciliação da medicação. Desta forma, considera-se imprescindível a otimização da comunicação dos profissionais de saúde, entre si e com o utente, envolvendo-o e capacitando-o, promovendo a reconciliação terapêutica e o desenvolvimento de estratégias que minimizem os erros de prescrição.

Desta forma, considera-se imprescindível a otimização da comunicação dos profissionais de saúde, entre si e com o utente, envolvendo-o e capacitando-o, promovendo a reconciliação terapêutica e o desenvolvimento de estratégias que minimizem os erros de prescrição.

Na seguinte questão, procurou-se compreender qual o comportamento que os participantes adotam perante o aparecimento de um sintoma agudo (gráfico nº7). Foram apresentados como exemplos: o aparecimento de sintomas gripais ou dores localizadas. A maioria dos participantes referiu que se automedicam, optando por escolher tomar ou administrar “o medicamento que lhe faz mais sentido”. Nove participantes mencionaram recorrem a medicamentos prescritos em SOS e um participante referiu que se dirige à farmácia e solicita medicação para o sintoma em causa.

Gráfico nº7

Respostas à questão: " Quando aparece um sintoma agudo e precisa de tomar medicação, como faz para o aliviar?"



Fonte: elaboração própria com base nos resultados da aplicação do questionário.

Estes resultados encontram-se estreitamente ligados com a problemática da comunicação, anteriormente verificada e relacionam-se com o comportamento de toma de medicamentos sem prescrição médica de forma inadequada. Quase todos os participantes (14 de um total de 15) deste estudo referem que se automedicam e tomam o comprimido que lhe faz mais sentido perante o aparecimento de um sintoma agudo. Em estudos semelhantes, os participantes revelam a toma de medicamentos por iniciativa própria após agravamento dos sintomas da sua doença (Mó et al., 2020). Os comportamentos de automedicação podem impactar de forma significativa na saúde de uma pessoa polimedicada, principalmente quando associados ao baixo conhecimento sobre os possíveis efeitos secundários e interações medicamentosas.

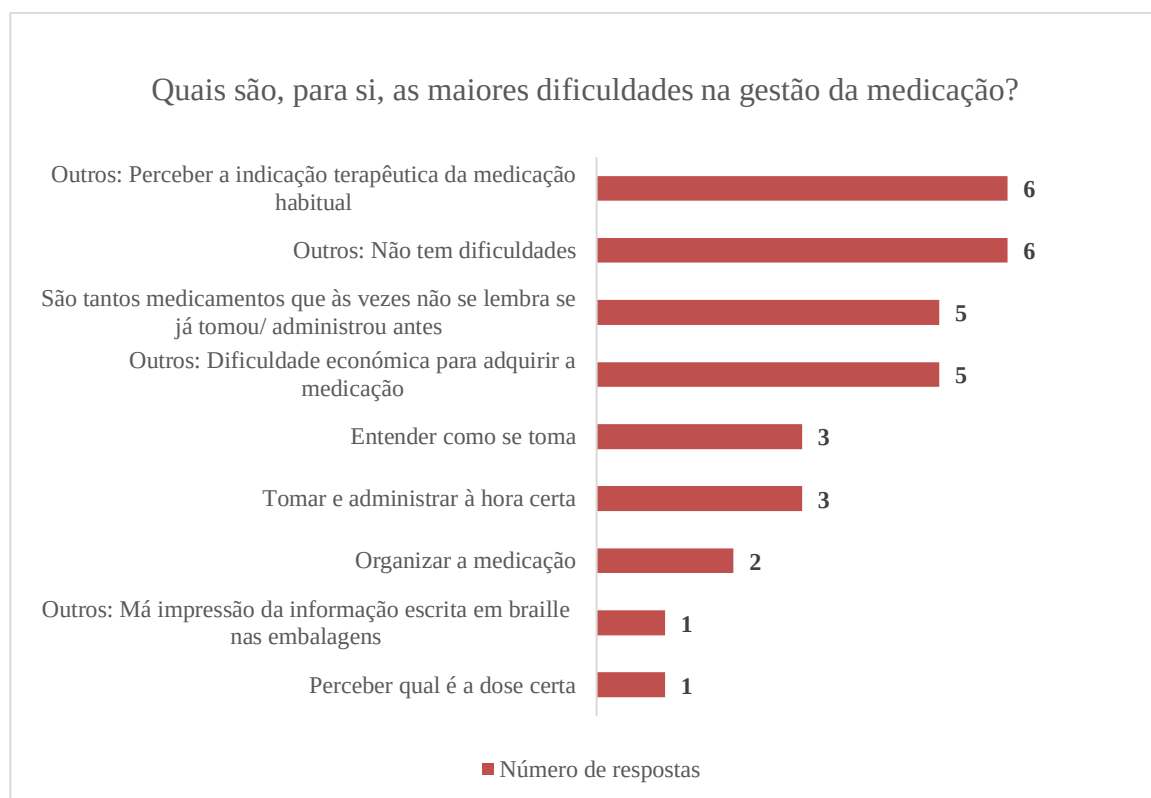
É frequente encontrar informação escrita ou impressa, fornecida pela farmácia, nas embalagens de medicação. À questão “Considera que a informação escrita nas embalagens da medicação é clara e suficiente?”, 60% dos participantes indicaram que a informação é “incompleta”, uma vez que a informação apenas contempla o nome, dose e hora da toma da medicação e não refere a sua indicação terapêutica ou a informação que consta na bula é demasiado complexa. A maioria dos participantes referiu que seria importante contemplar a indicação terapêutica na informação fornecida, apontando para a dificuldade em ler e compreender a bula de cada medicamento habitual.

A última questão, de resposta aberta, teve como intuito o levantamento das maiores dificuldades sentidas pela amostra na gestão do regime medicamentoso (gráfico nº 8). Neste sentido, evidenciaram-se algumas dificuldades sentidas em comum pelos participantes, entre elas:

a compreensão da indicação terapêutica da medicação habitual; o elevado número de medicamentos, contribuindo para o esquecimento da toma; dificuldade económica para adquirir a medicação; entender como se toma e administra a medicação; respeitar o horário da medicação e organizar a medicação. Seis participantes negaram qualquer dificuldade e um referiu a má impressão da informação escrita em *braille* nas embalagens de medicação.

Gráfico nº8

Respostas à questão: "Quais são, para si, as maiores dificuldades na gestão da medicação?"



Fonte: elaboração própria com base nos resultados da aplicação do questionário.

Vários estudos revelam dificuldades semelhantes aquelas sentidas pela amostra deste projeto, tais como: esquemas terapêuticos complexos, dificuldade em cumprir o horário da toma ou em se lembrar de tomar a medicação; dificuldade gerir a medicação em casa (Marques, 2017; Festa, 2017; Mó et al., 2020); dificuldade em comprar a medicação por baixos rendimentos; dificuldade em entender as instruções do medicamento e em entender as receitas eletrónicas (Fernandes, 2017).

Almeida et al. (2019), salientam algumas estratégias que devem ser tomadas em conta no planeamento de intervenções nesta área, tais como: revisão da medicação; envolvimento da

pessoa na tomada de decisão sobre a sua medicação; comunicação adequada e a utilização de instrumentos que facilitem a adesão e gestão.

No sentido de facilitar a compreensão da informação e melhorar a gestão do regime terapêutico, estudos sugerem, além do uso de linguagem simples, o recurso a pictogramas (Nunes, 2020; Valério, 2021). Os autores destes estudos defendem que o uso de imagens e pictogramas poderá ser uma estratégia de promoção de literacia em saúde, uma vez que a sua aplicação, associada à indicação terapêutica e à posologia de cada medicamento, poderá apoiar das pessoas idosas e cuidadores informais.

Os resultados da aplicação do questionário evidenciam que o conhecimento, os comportamentos e as decisões dos utentes idosos e dos cuidadores informais têm influência na adesão e gestão do regime terapêutico. Um estudo desenvolvido na região da Beira Interior sobre a adesão e gestão do regime terapêutico em idosos polimedicados vem corroborar esta teoria, sugerindo que as atitudes podem afetar a eficácia do tratamento, comprometendo a segurança e conduzindo a ocorrência de problemas relacionados com medicamentos (Mó et.al, 2020). A adoção de estratégias facilitadoras relacionadas com a gestão de medicamentos, bem como a capacitação e empoderamento da população, poderá contribuir para melhorar a adesão e gestão do regime terapêutico e desta forma, obter ganhos em saúde.

3.4. IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS

Ao concluir a elaboração do diagnóstico de situação devem ficar evidenciados os principais problemas de saúde identificados, sobre os quais irá recair a escolha de qual ou quais se pretende minimizar ou solucionar (Tavares, 1990).

O levantamento dos problemas e necessidades foi realizado primeiramente com base nos resultados do questionário aplicado à equipa da UCC, apontando, na sua maioria, para a necessidade de intervenção no âmbito da literacia em saúde na gestão do regime terapêutico, particularmente na população idosa e respetivos cuidadores informais; posteriormente, com base no problema identificado, aplicámos um questionário aos utentes idosos e cuidadores informais que permitiu o levantamento das suas dificuldades na gestão do regime terapêutico.

Após a análise e tratamento dos dados recolhidos através do questionário e face aos problemas identificados, foram formulados os diagnósticos de enfermagem, inseridos em tabela

(apêndice IV), utilizando a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® versão 2019/2020), nomeadamente: comportamento de procura de saúde comprometido; capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida; falta de conhecimento sobre regime medicamentoso; regime medicamentoso complexo; rendimento inadequado; crença de saúde dificultadora; falta de conhecimento sobre medidas de segurança e comunicação com equipa de saúde comprometida.

4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades é a segunda etapa da execução do projeto, segundo a Metodologia do Planeamento em Saúde. Esta é uma etapa condicionada pelo diagnóstico da situação, constituindo-se como determinante para a etapa seguinte, a definição de objetivos. Nesta fase é realizado um processo de tomada de decisão, hierarquizando prioridades com vista à resolução dos problemas mais relevantes, que deverão ser resolvidos primeiro (Tavares, 1990).

Imperatori & Giraldes (1993, p.64) consideram que as prioridades devem ser determinadas tendo “em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação”, que consistem, respetivamente “no tempo ou momento limite para que estamos a prever a nossa intervenção” e na necessidade de “pensar em prioridades nacionais, regionais, distritais, concelhias, etc.”.

O processo de priorização dos problemas depende da experiência e preferência do investigador, envolvendo alguma subjetividade. No entanto, esta etapa deve ser tão objetiva quanto possível, motivo pelo qual, devem ser definidos critérios. Segundo Tavares (1990, p.86) “todos os processos de decisão englobam sempre, de forma mais ou menos explicita, a adoção de critérios ponderados, com base nos quais se opta entre as alternativas possíveis”, uma vez que o contexto determina a aplicação dos diferentes critérios e estes apresentam vantagens e desvantagens (Imperatori & Giraldes, 1993).

A priorização dos problemas foi realizada através do método de grelha de análise (Tavares, 1990). Este método permite priorizar os problemas a partir de quatro critérios: importância do problema; relação entre o problema e os fatores de risco; capacidade técnica para resolver o problema e exequibilidade do projeto ou da intervenção (Tavares, 1990, p.88). O preenchimento da grelha realiza-se com a classificação de “+” (mais) ou “-” (menos), conforme os critérios anteriormente mencionados. A prioridade obtém-se através dos valores inseridos na grelha, sendo que, o problema de prioridade máxima corresponde ao resultado “1” (tabela nº3).

Tabela nº3

Classificação dos problemas

		Problemas								Problemas mais importantes:
		A	B	C	D	E	F	G	H	
Critérios	Importância do problema	+	+	+	+	+	+	+	+	A, B, C, D, E, F, G, H
	Relação entre o problema e o fator de risco	+	+	+	-	-	-	+	-	A, B, C, G
	Capacidade técnica para resolver o problema	-	+	+	+	-	-	-	+	B, C, D, H
	Exequibilidade do projeto	+	+	+	-	-	-	-	-	A, B, C

Legenda:

A - Comportamento de procura de saúde comprometido;

B - Capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida;

C - Falta de conhecimento sobre regime medicamentoso;

D - Regime medicamentoso complexo;

E - Rendimento inadequado;

F - Crença de saúde dificultadora;

G - Falta de conhecimento sobre medidas de segurança;

H - Comunicação com equipa de saúde comprometida.

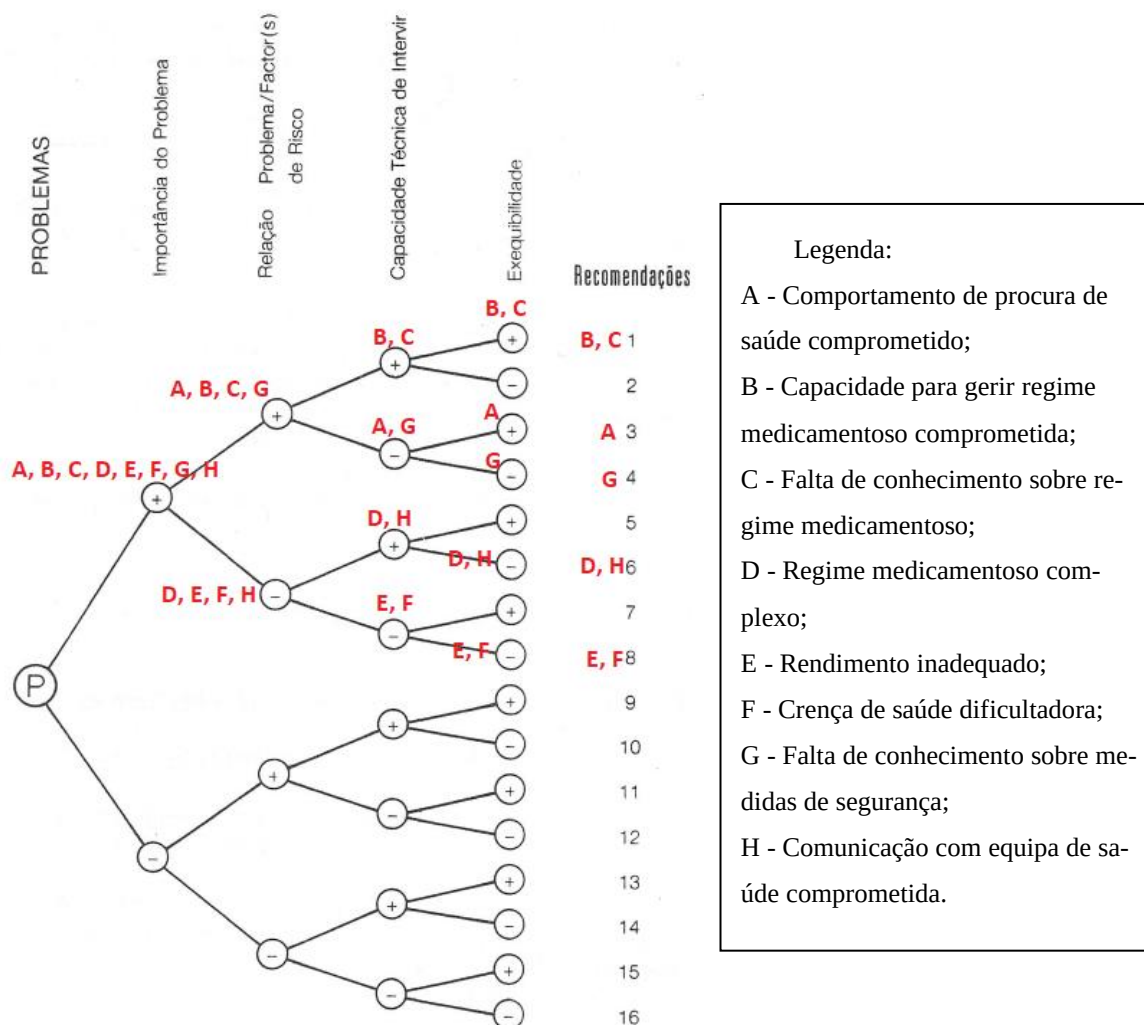
Fonte: Elaboração própria.

Na tabela nº3, encontra-se explanada a classificação dos problemas efetuada. Os resultados encontram-se em conformidade com o critério anteriormente utilizado, destacando-se dois problemas como mais importantes: problemas B e C, pontuados com 1; A, pontuado com 3; G pontuado com 4; H e D pontuados com 6; E e F pontuados com 8.

A figura nº9 demonstra a ordem da prioridade atribuída a cada problema, através da grelha de análise.

Figura nº9

Grelha de Análise para determinação de prioridades segundo Pineault e Daveluy, 1986, citados por Tavares 1990.



Fonte: Adaptado de Tavares (1990).

Desta forma, após aplicação do método de estabelecimento de prioridades selecionado, obtivemos a priorização dos problemas/necessidades identificados anteriormente. Priorizar os problemas de saúde possibilitou o desenvolvimento de uma resposta eficaz a um maior número de necessidades, permitindo a articulação entre as estratégias para implementação e rentabilizando os recursos disponíveis. Assim, foram identificados, como problemas prioritários, suscetíveis de intervenção, os seguintes:

- Capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida (problema B);
- Falta de conhecimento sobre regime medicamentoso (problema C).

No entanto, por se complementarem e pela sua pertinência, considerámos ainda os seguintes problemas:

- Comportamento de procura de saúde comprometido (problema A), pois consideramos que o conhecimento sobre o acesso à informação em saúde e a procura de cuidados de saúde relacionam-se diretamente com a gestão do regime terapêutico;

- Regime medicamentoso complexo (problema D), por se revelar um fator contribuinte para a inadequada gestão do regime terapêutico e pelo facto de o enfermeiro se constituir um elemento facilitador para a adesão e compreensão dos esquemas terapêuticos, procurando estratégias que os simplifiquem;

- Falta de conhecimento sobre medidas de segurança (problema G), visto que, tal como é mencionado na evidencia científica, a segurança encontra-se diretamente relacionada com a literacia em saúde, particularmente no âmbito da gestão do regime terapêutico medicamentoso;

- Comunicação com equipa de saúde comprometida (problema H), uma vez que a comunicação é uma competência transversal a todos os profissionais de saúde e estes constituem a primeira linha na busca de informação sobre a saúde, conforme nos mostram os resultados do questionário aplicado e a evidência científica.

Foram excluídos os problemas: rendimento inadequado (problema E) e crença de saúde dificultadora (problema F), considerando a inexequibilidade da nossa intervenção para a sua modificação no curto espaço temporal disponível.

5. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Após o diagnóstico de situação e estabelecimento de prioridades, é fundamental definir os objetivos a alcançar relativamente à intervenção sobre os problemas identificados, uma vez que “(...) apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.77).

Segundo Tavares (1990), os objetivos devem ser estruturados baseando-se em critérios de pertinência, precisão, realização e mensuração.

Esta etapa é essencial, uma vez que se anuncia quais os resultados esperados tendo em conta os problemas identificados com o objetivo de alterar a evolução e tendência dos mesmos de forma exequível e tendo em consideração as políticas de saúde e os planos nacionais e locais e as restantes orientações na área. Imperatori & Giraldes (1993) referem que a definição de objetivos específicos e metas possibilita o desenvolvimento de indicadores operacionais e de impacto que permitem avaliar os resultados obtidos.

Definiu-se como objetivo geral: promover a literacia em saúde para a gestão do regime terapêutico dos utentes idosos da ECCI e seus cuidadores informais. Foram delineados objetivos específicos, uma vez que estes contribuem para atingir o objetivo geral, segundo Tavares (1990, p.119), “este é detalhado nas suas diversas componentes, como forma de ser mais facilmente atingido”. Desta forma, com vista a alcançar o objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Aplicar instrumentos facilitadores para a gestão do regime terapêutico medicamentoso (tabela nº4);
- Criar ferramentas audiovisuais pedagógicas que promovam o acesso aos recursos de informação em saúde (tabela nº5);
- Realizar ações de educação para a saúde para idosos e cuidadores informais sobre o autocuidado na gestão do regime terapêutico (tabela nº6);
- Disponibilizar à UCC instrumentos para aplicação de estratégias facilitadoras na gestão do regime terapêutico medicamentoso e de acesso aos recursos de informação em saúde (tabela nº7).

Para cada objetivo específico foram delineadas as metas, os indicadores e a fórmulas de cálculo, permitindo a avaliação dos resultados numa fase posterior.

Tabela nº4

Objetivo específico 1: Meta, indicador e forma de cálculo do indicador

Objetivo específico 1	Aplicar instrumentos facilitadores para a gestão do regime terapêutico medicamentoso.	
Meta / Objetivo operacional	Que sejam aplicados pelo menos três instrumentos facilitadores para a gestão do regime terapêutico, até janeiro de 2023	
Indicador	Número de instrumentos aplicados	
Fórmula de cálculo	Nº de instrumentos aplicados	X 100
	Nº total de instrumentos previstos	

Fonte: Elaboração própria.

Tabela nº5

Objetivo específico 2: Metas, indicadores e formas de cálculo dos indicadores

Objetivo específico 2	Criar ferramentas audiovisuais pedagógicas que promovam o acesso aos recursos de informação em saúde de dezembro de 2022 a janeiro de 2023	
Meta / Objetivo operacional	Que pelo menos 80% dos participantes avaliem as ferramentas audiovisuais pedagógicas como “úteis” no acesso aos recursos de informação em saúde	
Indicador	Percentagem de participantes que classificaram as ferramentas audiovisuais desenvolvidas como “úteis”	
Fórmula de cálculo	Nº de participantes que avaliaram as ferramentas audiovisuais como “úteis”	X 100
	Nº de participantes que avaliaram as ferramentas	

Fonte: Elaboração própria.

Tabela nº6

Objetivo específico 3: Metas, indicadores e formas de cálculo dos indicadores

Objetivo específico 3	Realizar ações de educação para a saúde para idosos e cuidadores informais sobre o autocuidado na gestão do regime terapêutico.	
Metas/ Objetivos operacionais	Que pelo menos 80% da amostra participe nas sessões educativas planeadas, até janeiro de 2023.	
	Que pelo menos 80% dos participantes nas sessões educativas tenham adquirido conhecimento sobre estratégias para o autocuidado na gestão do regime terapêutico, até janeiro de 2023	
Indicadores	Percentagem participantes nas sessões educativas planeadas	
	Percentagem de participantes que adquiriram conhecimentos sobre estratégias de gestão do regime terapêutico medicamentoso	
Fórmulas de cálculo	Nº de participantes nas sessões	X 100
	Nº de total de utentes e cuidadores da amostra	
	N.º de participantes que adquiriram conhecimentos sobre o tema abordado nas sessões	X 100
	N.º total de participantes nas sessões	

Fonte: Elaboração própria.

Tabela nº7

Objetivo específico 4: Metas, indicadores e formas de cálculo dos indicadores

Objetivo específico 4	Disponibilizar à UCC instrumentos para aplicação de estratégias facilitadoras na gestão do regime terapêutico medicamentoso e de acesso aos recursos de informação em saúde, em janeiro de 2023.	
Meta / Objetivo operacional	Que 80% dos profissionais da UCC classifiquem os instrumentos disponibilizados como “pertinentes” à sua aplicabilidade na continuidade do projeto	
Indicador	Percentagem de profissionais da UCC que classificaram os instrumentos disponibilizados como “pertinentes” após apresentação do projeto	
Fórmula de cálculo	Nº de profissionais da UCC que classificaram os instrumentos como “pertinentes”	X 100
	Nº de profissionais da UCC que avaliaram os instrumentos	

Fonte: Elaboração própria.

6. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Seguindo a metodologia do planeamento em saúde, na etapa da seleção de estratégias é apurado o processo mais adequado para responder aos diagnósticos levantados, com vista a atingir os objetivos delineados.

Imperatori & Giraldes (1993, p.87), definem esta etapa como “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”. Tavares (1990) acrescenta que o processo de seleção de estratégias implica criatividade por parte dos intervenientes na construção do projeto e deve integrar diversos aspetos para a sua elaboração, sobretudo custos, obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes associados a cada uma das estratégias escolhidas.

Com vista a atingir os objetivos definidos do presente projeto de intervenção comunitária, foram delineadas as seguintes estratégias:

Educação para a saúde

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

A educação para a saúde pode realizar-se de diferentes formas, utilizando diversas ferramentas e diferentes métodos pedagógicos. Melo (2020, p.73) refere o desenvolvimento de “materiais de informação, educação e comunicação” como folhetos, cartazes, vídeos e pequenos manuais, como meios de partilha de informação e “(...) recursos para educar e promover a comunicação”. Qualquer que seja a estratégia utilizada, esta deverá ser apelativa e significativa para a população. Melo (2020, p.75-76) sugere etapas-chave para que a implementação métodos pedagógicos seja bem-sucedida, nomeadamente:

- Seleção adequada dos materiais, tendo em conta as características da população;
- Desenvolvimento de *briefing* criativo entre a equipa de gestão do projeto, passando por diversas fases: análise das características da população alvo; discussão sobre os objetivos do que se pretende comunicar; identificação dos obstáculos para a utilização do material previsto; reflexão sobre as mensagens chave, que devem ser destacadas; escolha de frases e imagens que

sustentem a mensagem principal; determinar a forma como se pretende transmitir a mensagem; trabalhar as questões criativas como a escolha de cores, tipos de letra e *design* do material;

- Preparação do esboço do material;
- Submissão dos materiais a pré teste, de preferência junto de uma população com as mesmas características da população alvo;
- Reformulação dos materiais, se existir essa necessidade, após o seu pré teste;
- Aplicação dos materiais e monitorização do seu impacto.

Seguindo as orientações e recomendações da literatura consultada e tendo em conta as características da população alvo, no âmbito da estratégia educação para a saúde, foram realizadas sessões de educação para a saúde, fazendo uso de meios digitais e materiais pedagógicos, que no capítulo seguinte desenvolvemos, com recurso a imagens e pictogramas com o intuito de facilitar a compreensão por parte da população.

Marketing: comunicação e divulgação

O *marketing*, neste contexto não se encontra diretamente associado à promoção de um produto ou serviço em específico, mas sim à disseminação de informação e ideias que promovam comportamentos saudáveis. Melo (2020, p.68) defende que “a mobilização de estratégias de *marketing* social permite consolidar o alcance de ganhos em saúde comunitários de uma forma mais efetiva”, relembrando que “ (...) o enfermeiro deve ter em consideração que qualquer ser humano utiliza nos processos de tomada de decisão os seus sistemas cognitivos automático e reflexivo”, sendo que o primeiro encontra-se orientado para as emoções, enquanto o sistema reflexivo exige um processo de pensamento e reflexão após obtenção de informação. Todos os dias utilizamos os dois processos, no entanto, as campanhas de publicidade, associadas ao *marketing*, apelam à ativação do sistema cognitivo automático de forma a proporcionar emoções positivas às pessoas, o que facilita na pré-disposição para a aquisição de determinado produto ou serviço.

Especificamente neste projeto, tivemos em conta algumas estratégias baseadas no *marketing*, nomeadamente, na elaboração dos instrumentos, tornando-os apelativos, bem como na divulgação através de cartazes e publicação de materiais no site da UCC. A estratégia de *marketing* desenvolveu-se, igualmente, através do contacto direto com os participantes e parceiros (associações e junta de freguesia).

Aliada ao *marketing*, também a comunicação é um fator primordial para a eficácia da intervenção. Sequeira (2016) caracteriza a comunicação em vários estilos, determinando que o

estilo assertivo é aquele que mais se adequa às necessidades e contexto durante uma interação, considerado, por isso, o estilo ideal em saúde. Segundo o autor, a este estilo de comunicação estão associados benefícios como o aumento da autoestima, o desenvolvimento e manutenção de relações com base na verdade e o maior alcance de resultados.

Parcerias: estabelecimento e envolvimento

A saúde não é uma realidade estática, sendo por isso formada através de novos e cada vez mais meios de colaboração entre membros da comunidade e os profissionais (Stanhope & Lancaster, 2011). As autoras referem as três características principais numa parceria de sucesso: estar informado, a flexibilidade entre os intervenientes e a negociação.

As parcerias são fundamentais no desenvolvimento de programas na comunidade, em larga escala, abrangendo as áreas da ciência, da tecnologia e da saúde (Carvalho et al., 2019). Devem ser estabelecidas numa ação bilateral, com o intuito de promover e colaborar na concretização de projetos de interesse de ambas as partes, promovendo a mudança e contribuindo para o desenvolvimento individual e coletivo.

Neste sentido, considerámos essencial o envolvimento com os parceiros comunitários da UCC para o sucesso da implementação do projeto.

Reuniões

Para o desenvolvimento do projeto, foi imprescindível a realização de reuniões entre a equipa de gestão do projeto (mestranda e orientadora clínica) e a equipa da UCC, bem como com os responsáveis das parcerias estabelecidas, com o intuito de apresentação do projeto e discussão sobre os objetivos do mesmo. Estas reuniões permitiram a adequação das intervenções às características da população alvo, ajustando-as sempre que necessário através da monitorização contínua e avaliação de resultados.

De forma a analisar a pertinência, as vantagens e os inconvenientes de cada estratégia, foi elaborada a tabela nº8.

Tabela nº8

Pertinência, vantagens e inconvenientes das estratégias

Estratégias	Pertinência	Vantagens	Inconvenientes
Educação para a saúde	Adoção de estratégias facilitadoras nos autocuidados Mudança de hábitos nos autocuidados Promoção do autocuidado	Aumento de conhecimentos Aumento de confiança na equipa de enfermagem Aumento da segurança	Dependente da adesão e motivação da população alvo Renitência à mudança e crenças dificultadoras Incompatibilidade horária dos participantes
Marketing: comunicação e divulgação	Divulgação do projeto de intervenção e das atividades previstas Aumento da adesão por parte da população alvo	Imagem apelativa do projeto Aumento da motivação e da participação da população alvo	Custo dos recursos materiais Disponibilidade para divulgação Nível de literacia da população alvo
Parcerias: estabelecimento e envolvimento	Maior envolvimento e apoio dos intervenientes na implementação do projeto; Desenvolvimento de parcerias futuras	Divulgação mais ampla do projeto Maior visibilidade do trabalho dos parceiros Adaptação do projeto às características específicas da população	Limitado à capacidade de articulação entre os envolvidos Conflito de interesses entre os envolvidos Défice de recursos humanos ou materiais
Reuniões	Maior envolvimento da equipa multidisciplinar e parceiros Estabelecimento de objetivos em comum	Intervenções mais adequadas às necessidades da população Aumento da satisfação dos envolvidos Estímulo para o trabalho em equipa	Incompatibilidade horária dos envolvidos Pouca adesão ao projeto

Fonte: Elaboração própria.

7. PREPARAÇÃO OPERACIONAL

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), esta fase inclui o estudo das atividades fundamentais para corresponder à execução das estratégias definidas anteriormente. Deverá ser definido o local onde se realizam as atividades que fazem parte do projeto e a forma como estas devem ser desenvolvidas, bem como a identificação dos responsáveis na sua coordenação e execução.

7.1. INTERVENÇÕES/ ATIVIDADES, COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO E RESULTADOS ESPERADOS

As atividades devem ser detalhadamente descritas e aprofundadas, com o intuito de definir minuciosamente a obtenção de resultados com a elaboração do projeto. Imperatori & Giraldes (1993) defendem a importância de descrever pormenorizadamente as atividades desenvolvidas durante o projeto, evidenciando a forma como estas foram realizadas, os recursos utilizados e a respetiva calendarização.

Tendo em conta o enunciado, desenvolvemos seis atividades: três direcionadas à amostra de utentes idosos e cuidadores informais integrados em ECCI, sendo que a abordagem foi de carácter individual e personalizado, uma vez que as atividades decorreram durante as visitas domiciliárias e de acordo com as necessidades individuais de cada participante; uma atividade para a criação de logótipo do projeto; duas atividades dirigidas à comunidade, colaborando com parceiros comunitários, com o intuito de envolver a comunidade e para divulgação do projeto de intervenção.

As atividades foram desenvolvidas desde o mês de outubro de 2022 a janeiro de 2023.

Atividade 1: Criação de logótipo

À luz do *marketing*, foi criado um logótipo, no sentido de facilitar a divulgação e imagem do projeto de intervenção (figura nº10). O logótipo é constituído por um ícone que representa a

pessoa a quem prestamos cuidados, sendo o alvo da nossa atenção e um símbolo de “+”, incluindo o título e slogan do projeto de intervenção. Através destes elementos, pretendemos transmitir que a aquisição de mais conhecimento facilita a obtenção de ganhos em saúde, constituindo-se como o nosso principal propósito.

A cor azul foi usada no logótipo, bem como nos restantes materiais, uma vez que, além de transmitir segurança e tranquilidade, encontra-se associada a percepções de saúde mais positivas por parte de quem observa. O estudo de Freitas (2014), que analisou a influência das cores vermelho e azul na performance motora e na percepção de saúde de jovens adultos e idosos, permitiu concluir que os participantes em contacto com a cor azul, avaliaram a sua saúde de forma mais positiva.

Figura nº10

Logótipo do projeto



Fonte: elaboração própria.

Na tabela nº9 agrupámos a informação sobre a atividade, delineada com base nas estratégias pré-definidas.

Tabela nº9

Atividade 1: Criação de logótipo

Atividade / Intervenção	Criação de logótipo do projeto de intervenção comunitária, com aplicação desde outubro de 2023.
Métodos	- Reunião informal da equipa de gestão do projeto na qual se definiram os objetivos da atividade e as suas vantagens na divulgação do projeto, tendo sido selecionados os itens, tipos de letra e cor que compõem o logótipo; - Realizada a edição do logótipo pela equipa de gestão do projeto, recorrendo a site disponível na internet; - Implementação do logótipo em todos os materiais elaborados e documentos relativos ao projeto de intervenção comunitária.

Comunicação e Divulgação	- Divulgação do logótipo à equipa da UCC; - Comunicação e divulgação através dos materiais elaborados.
Recursos materiais	Computador com acesso a internet.
Recursos humanos	Equipa de gestão de projeto.
Resultados esperados	Espera-se a divulgação eficiente do projeto de intervenção comunitária.

Fonte: elaboração própria.

Atividade 2: Webinar

Na segunda atividade participámos num *webinar*, organizado pela UCC no âmbito do Dia Mundial do Cuidador, dirigido a cuidadores informais, em colaboração a equipa de serviço social da UCC e uma mestranda de outra instituição de ensino, em parceria com a Junta de Freguesia de uma das freguesias da área de abrangência da UCC. O *webinar* integrou três apresentações, elaboradas pelos elementos envolvidos, sendo que a nossa intervenção integrou uma apresentação em *power point* sobre o acesso e as funcionalidades do Portal do SNS24 e da Aplicação Móvel SNS24. A participação nesta atividade permitiu o estabelecimento e envolvimento de parcerias, bem como a divulgação do projeto de intervenção desenvolvido. A avaliação ficou a cargo da equipa da UCC e foi realizada através da aplicação de um questionário em formato *google forms*, tendo sido partilhado o *link* para resposta ao mesmo durante a transmissão do *webinar*.

Na tabela nº10 agrupámos a informação sobre a atividade, delineada com base nas estratégias pré-definidas.

Tabela nº10

Atividade 2: Webinar

Atividade / Intervenção	Organização e realização de <i>Webinar</i> dirigido a cuidadores informais, no dia 10 de novembro de 2022.
Métodos	- Reunião informal com a equipa da UCC na presença dos enfermeiros e da equipa de serviço social da UCC e da mestranda de outra instituição de ensino, onde foram delineados os objetivos e as vantagens da atividade; - Estabelecido o contacto com a Junta de Freguesia, nomeadamente com o responsável pela secção de eventos e logística, que colaborou na atividade,

	tendo sido programados o dia e hora da atividade, conforme disponibilidade dos envolvidos; - Reunião informal dos intervenientes para elaboração do <i>layout</i> das apresentações e planeamento da moderação e organização das apresentações; - Elaboração da apresentação em <i>power point</i> em <i>layout</i> previamente elaborado e partilha com os restantes intervenientes; - Participação no <i>webinar</i> no dia e horas previstos.
Comunicação e Divulgação	- Divulgada a atividade à comunidade através de cartaz elaborado pela equipa da UCC, tendo sido disponibilizado à Junta de Freguesia para proceder igualmente à sua divulgação; - Divulgação através do contacto direto com os cuidadores informais durante as visitas domiciliárias com a ECCL.
Recursos materiais	- Telemóvel; - Viatura e combustível para deslocações; - Computadores com acesso a internet; - Microfones ligados ao computador; - Impressão de cartaz a cores; - Impressora.
Recursos humanos	- Equipa de gestão de projeto; - Equipa de enfermagem da UCC; - Elementos do serviço social da UCC - Mestranda de outra instituição de ensino - Responsável pela secção de eventos e logística da Junta de Freguesia parceira.
Resultados esperados	Espera-se a envolvência de todos os intervenientes na organização da atividade e a participação ativa de cuidadores informais da área de abrangência da UCC.

Fonte: elaboração própria.

Atividade 3 - Aplicação de um instrumento facilitador à adesão do medicamento

Nesta atividade aplicámos um instrumento facilitador à adesão do medicamento, que integra um guia terapêutico personalizado e etiquetas de medicamento orientadoras, constituindo-se suportes pedagógicos em formato físico, que contêm pictogramas e ícones informativos, personalizáveis e subjacentes à prescrição terapêutica do utente.

Ambos os instrumentos facilitadores à adesão do medicamento (guias e etiquetas) contemplam a indicação terapêutica e a posologia da medicação habitual do utente, através de palavras simples e diretas, associadas a pictogramas ou ícones, também facilmente identificáveis.

O objetivo desta atividade consistiu em contribuir para o aumento do conhecimento dos utentes idosos e cuidadores informais relativamente à indicação terapêutica da medicação habitual e contribuir para o aumento da segurança na gestão do regime terapêutico medicamentoso, através da associação das imagens sobre a indicação terapêutica e posologia à respetiva medicação.

Esta atividade foi planeada de acordo com as necessidades sentidas por grande parte dos utentes idosos e cuidadores informais que mencionaram escassez de informação clara e simples sobre a indicação terapêutica dos medicamentos nas suas embalagens originais, mostrando, igualmente, dificuldade na leitura e compreensão das etiquetas disponibilizados pela farmácia e das bulas disponibilizadas pelos laboratórios.

Na figura nº11 é apresentado um modelo de etiqueta orientadora do medicamento que se divide em três parcelas. Na primeira parcela é colocada uma imagem associada à indicação terapêutica, indicando “para que serve” o medicamento (por exemplo: a imagem de um estômago, no caso de se tratar de um protetor gástrico); na segunda parcela é colocada uma imagem associada ao horário da toma, indicando “quando deve tomar” o medicamento (por exemplo: a imagem de um sol a nascer, no caso de toma em jejum); na terceira e última parcela é colocada, em numeração, a quantidade do medicamento que deve tomar.

Este modelo é personalizado, de acordo com as capacidades de compreensão dos participantes e baseado na prescrição clínica. As etiquetas foram impressas em formato de autocolante, de modo a serem coladas nas embalagens originais da medicação dos utentes.

Figura nº11

Modelo de etiqueta orientadora do medicamento

Imagem associada à indicação terapêutica (PARA QUE SERVE O MEDICAMENTO?)	Imagem associada ao horário da toma (QUANDO DEVE TOMAR?)	Quantidade (EM QUE QUANTIDADE DEVE TOMAR?)
--	--	--

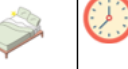
Fonte: elaboração própria.

Os guias terapêuticos foram igualmente personalizados, utilizando as imagens aplicadas nas etiquetas orientadoras do medicamento, seguindo a estrutura que se apresenta na figura nº12. O guia terapêutico personalizado contempla a identificação do utente e o dia em que foi preenchido.

Antes da sua aplicação, os instrumentos foram submetidos a pré teste, tendo sido aplicados a um cuidador informal idoso que sugeriu alterações, tendo sido modificados conforme as suas sugestões e necessidades identificadas.

Figura nº12

Modelo de guia terapêutico personalizado

NOME DO UTENTE:		DATA:						
NOME E DOSE DO MEDICAMENTO	PARA QUE SERVE? INDICAÇÃO TERAPÊUTICA	QUANDO DEVE TOMAR O MEDICAMENTO? POSOLOGIA						
		 JEJUM	 PEQUENO-ALMOÇO	 ALMOÇO	 LANCHE	 JANTAR	 DEITAR	 X EM X HORAS
	IMAGEM ASSOCIADA À INDICAÇÃO TERAPÊUTICA	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO
	IMAGEM ASSOCIADA À INDICAÇÃO TERAPÊUTICA	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO
	IMAGEM ASSOCIADA À INDICAÇÃO TERAPÊUTICA	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO
	IMAGEM ASSOCIADA À INDICAÇÃO TERAPÊUTICA	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO	QUANTIDADE DO MEDICAMENTO
ALERGIAS:								
OBSERVAÇÕES:								

Fonte: elaboração própria.

Os instrumentos foram disponibilizados à ECCI, em documento *word*, e em formato editável, de forma a mantê-los atualizados, modificando-o sempre que existam alterações do plano terapêutico ou sempre que se verifique essa necessidade. Foi criado banco de imagens identificadoras de medicamento, em formato de pasta, com o intuito de facilitar a edição dos guias terapêuticos personalizados e etiquetas orientadoras do medicamento.

Na tabela nº11 agrupámos a informação sobre a atividade, delineada com base nas estratégias pré-definidas, incluímos a identificação da atividade, o espaço temporal no qual se desenvolveu, os métodos e etapas a sua execução, quais os métodos de comunicação e divulgação, os recursos materiais e humanos utilizados e os resultados esperados.

Para melhor perceção desta atividade, expomos, em apêndice, um exemplo de um guia terapêutico personalizado (apêndice V) e das etiquetas orientadoras do medicamento (apêndice VI), relativas ao esquema do guia apresentado.

Tabela nº11

Atividade 3: Aplicação de um instrumento facilitador à adesão do medicamento

Atividade / Intervenção	Aplicação de um instrumento facilitador à adesão do medicamento, através de um guia terapêutico personalizado e etiquetas do medicamento orientadoras, em janeiro de 2023.
Métodos	- Reunião informal com a equipa de enfermagem da UCC, onde foram clarificados os objetivos da atividade e as vantagens para a população idosa e seus cuidadores informais, tendo sido solicitada a colaboração da ECCI no seu desenvolvimento; - Levantamento de informação sobre o regime medicamentoso atualizado dos participantes, através de visita domiciliária com a ECCI; - Elaboração dos instrumentos facilitadores à adesão do medicamento, de acordo com a prescrição terapêutica dos utentes; - Realizado o pré teste dos instrumentos, através da sua apresentação a um cuidador informal idoso, tendo sido submetido a alterações após sugestões do próprio; - Aplicação dos instrumentos durante as visitas domiciliárias com a ECCI, explicando o seu significado e garantindo a adesão e a compreensão por parte dos participantes; - Disponibilizados os instrumentos à UCC.
Comunicação e Divulgação	Comunicação e divulgação através de contacto direto com a ECCI durante as visitas domiciliárias prévias à realização da intervenção.
Recursos materiais	- Viatura e combustível para deslocações; - Computador com acesso a internet; - Papel para impressão a cores dos guias; - Impressora; - Papel autocolante; - Impressora de etiquetas autocolantes.
Recursos humanos	- Equipa de gestão de projeto; - Enfermeiros da ECCI.

Resultados esperados	Espera-se a adesão por parte da população alvo e o envolvimento da ECCEI no levantamento dos esquemas terapêuticos dos utentes e divulgação da atividade.
-----------------------------	---

Fonte: Elaboração própria.

Atividade 4 - Criação do Boletim Individual de Saúde do Utente (BISU)

A quarta atividade teve o objetivo de reunir informação sobre a saúde dos participantes, visando facilitar o autocuidado e contribuir para a melhoria da comunicação entre utentes e os profissionais de saúde que os acompanham. Desta forma, criámos um livreto em formato A6, denominado Boletim Individual de Saúde do Utente (BISU) (apêndice VII), que contém informação sobre a saúde do utente e algumas recomendações dirigidas à população alvo.

O instrumento visa responder aos problemas identificados no âmbito da comunicação com a equipa de saúde, falta de conhecimento sobre medidas de segurança e complexidade do regime medicamentoso.

O BISU é constituído por várias áreas que podem ser preenchidas pelo utente e cuidador informal e também pela equipa de saúde, encontram-se divididas por: informações pessoais e dados sobre a saúde do utente; registo de sinais vitais; registo da medicação habitual, associada à respetiva posologia, data e prescritor; data das consultas; data dos exames; informação sobre os cuidados gerais a ter com a medicação, incluindo o seu armazenamento, estratégias para a toma segura de medicação e estratégias para evitar o esquecimento da toma da medicação; informações para o autocuidado higiene pessoal e oral, alimentação, atividade física e socialização; cuidados a adotar no tempo frio e quente; contactos úteis; área para preenchimento com dúvidas a colocar aos profissionais de saúde e área para preenchimento com conselhos do profissional de saúde.

Na tabela nº12 agrupámos a informação sobre a atividade, delineada com base nas estratégias pré-definidas.

Tabela nº12

Atividade 4: Criação do Boletim Individual de Saúde do Utente (BISU)

Atividade / Intervenção	Criação de um livreto em formato A6, denominado Boletim Individual de Saúde do Utente (BISU), com aplicação em janeiro de 2023.
--------------------------------	---

Métodos	- Reunião informal com a equipa de enfermagem da UCC, onde foram clarificados os objetivos da atividade e as vantagens para a população idosa e seus cuidadores informais; - Efetuada a edição do livreto em formato A6; - Reunião informal com a equipa da UCC para apresentação do instrumento e do seu conteúdo; - Apresentação do instrumento a um cuidador informal idoso que sugeriu alterações; - Realizadas as alterações tendo em conta as sugestões da equipa da UCC e do cuidador informal, após pré teste; - Impressão do instrumento em formato A6 e a cores; - Apresentação e disponibilização do instrumento aos utentes idosos e cuidadores informais; - Disponibilizado o instrumento à equipa da UCC, impressos e em formato editável.
Comunicação e Divulgação	- Comunicação e divulgação aos utentes idosos e cuidadores informais através de contacto direto, durante as visitas domiciliárias;
Recursos materiais	- Viatura e combustível para deslocações; - Computador com acesso a internet; - Papel para impressão do BISU; - Impressora.
Recursos humanos	- Equipa de gestão de projeto; - Equipa de enfermagem da UCC.
Resultados esperados	Espera-se adesão por parte da população alvo e que o instrumento facilite a gestão do regime terapêutico.

Fonte: elaboração própria.

Atividade 5 - Elaboração de vídeos sobre o acesso e as funcionalidades do Portal e Aplicação Móvel do SNS24

A quinta atividade teve como objetivo fomentar o uso de estratégias no acesso aos serviços de saúde e na procura de informação segura e fidedigna, promovendo o acesso e o aumento de conhecimento sobre as funcionalidades do Portal do SNS24 e Aplicação Móvel SNS24. Foram elaborados quatro vídeos (apêndice VIII), integrando vídeos de captura de ecrã e voz, permitindo ao espectador seguir cada passo à medida que lhe são demonstrados: o primeiro vídeo explica como aceder ao Portal SNS24; o segundo vídeo demonstra como marcar consultas

no Portal SNS24; o terceiro vídeo descreve como se realiza um pedido de medicação no Portal SNS24 e quais as condições para beneficiar dessa funcionalidade e o quarto vídeo explica como instalar, aceder e utilizar a Aplicação Móvel SNS24.

Os vídeos elaborados foram apresentados durante as visitas domiciliárias aos utentes idosos e cuidadores informais, tendo sido disponibilizados no site da UCC, encontrando-se disponíveis para consulta online. De forma a garantir que a informação foi compreendida, foi elaborado um guia (apêndice IX) que contém os passos para aceder aos vídeos no site da UCC, tendo sido entregue à população alvo.

Na tabela nº13 agrupámos a informação sobre a atividade, delineada com base nas estratégias pré-definidas.

Tabela nº13

Atividade 5: Elaboração de vídeos sobre o acesso e as funcionalidades do Portal e Aplicação Móvel do SNS24

Atividade / Intervenção	Elaboração e apresentação de vídeos sobre o acesso e as funcionalidades do Portal e Aplicação Móvel do SNS24, em janeiro de 2023.
Métodos	- Reunião informal com a equipa de enfermagem da UCC, tendo sido clarificados os objetivos da atividade e as vantagens para a população idosa e seus cuidadores informais; - Efetuada a edição dos vídeos, integrando as capturas de ecrã e gravação de áudios explicativos; - Carregamento dos vídeos no site da UCC; - Elaboração do guia com os passos para aceder ao site da UCC e aos vídeos disponibilizados; - Demonstração dos vídeos durante as visitas domiciliárias através do computador da equipa de gestão do projeto; - Fornecido o guia elaborado; - Disponibilizados os vídeos à equipa da UCC.
Comunicação e Divulgação	- Comunicação e divulgação aos utentes idosos e cuidadores informais através de contacto direto, durante as visitas domiciliárias; - Publicação dos vídeos no site da UCC.
Recursos materiais	- Viatura e combustível para deslocações; - Computador com acesso a internet; - Papel para impressão a cores dos guias; - Impressora.

Recursos humanos	- Equipa de gestão de projeto; - Equipa de enfermagem da UCC.
Resultados esperados	Espera-se adesão por parte da população alvo e da equipa da UCC para divulgação da atividade e que a população alvo adquira ferramentas que facilitem o acesso aos cuidados de saúde e a informação de fontes fidedignas.

Fonte: elaboração própria.

Atividade 6 - Sessão de educação dirigida à comunidade de um ginásio de bairro

Na sexta atividade foi realizada uma sessão de educação dirigida à comunidade que teve lugar num ginásio comunitário de um bairro de uma freguesia da área de abrangência da UCC. Nesta sessão de educação foram apresentados os vídeos elaborados sobre o acesso e as funcionalidades do Portal do SNS24 e da Aplicação Móvel do SNS24, tendo sido entregue o guia para acesso posterior aos vídeos disponibilizados no site da UCC; e foi igualmente elaborado e disponibilizado um folheto sobre o autocuidado gestão do regime terapêutico, que contém informação no âmbito da gestão segura da medicação (apêndice X).

Esta atividade teve como objetivos: fomentar o uso de estratégias no acesso aos serviços de saúde e na procura de informação segura e fidedigna; promover hábitos seguros na gestão da medicação e divulgar o projeto na comunidade.

Na tabela nº14 agrupámos a informação sobre a atividade, delineada com base nas estratégias pré-definidas.

Tabela nº14

Atividade 6: Sessão de educação dirigida à comunidade de um ginásio de bairro

Atividade / Intervenção	Sessão de educação dirigida à comunidade de um ginásio comunitário de um bairro de uma freguesia da área de abrangência da UCC, em janeiro de 2023.
Métodos	- Reunião informal com a equipa de enfermagem da UCC, onde foram clarificados os objetivos da atividade e as suas vantagens para a comunidade, tendo sido selecionado o parceiro comunitário de acordo com as sugestões da equipa. - Estabelecimento de contacto telefónico entre a equipa de gestão do projeto e o parceiro comunitário, nomeadamente com o responsável pelo ginásio comunitário do bairro, que demonstrou interesse e disponibilidade em par-

	participar na atividade após tomada de conhecimento dos seus objetivos; programado o dia e a hora da realização da atividade, tendo em conta a disponibilidade das partes; - Elaborado o cartaz de divulgação e enviado ao parceiro no sentido de proceder à sua divulgação; - Elaborado o folheto sobre a gestão segura da medicação; - Realização da atividade no dia e hora programados, tendo em conta a seguinte organização: - o apresentação da equipa de gestão do projeto e do contexto em que se realizou a atividade; - o apresentação dos vídeos sobre o acesso e funcionalidades do Portal do SNS24 e da Aplicação Móvel do SNS24; - o distribuição do guia de acesso aos vídeos no site da UCC; - o apresentação e distribuição do folheto sobre o autocuidado gestão do regime terapêutico; - o discussão de ideias, esclarecimento de dúvidas e debate sobre os problemas e necessidades sentidas pela comunidade no âmbito do acesso aos cuidados de saúde, comunicação com a equipa de saúde e gestão do regime terapêutico.
Comunicação e Divulgação	- Elaboração de cartaz de divulgação; - Divulgação realizada pelo parceiro comunitário em vários pontos estratégicos do bairro; - Divulgação realizada pela equipa de enfermagem da UCC em contacto direto com a comunidade, durante a prática de outras atividades.
Recursos materiais	- Telemóvel; - Viatura e combustível para deslocações; - Computador com acesso a internet; - Papel para impressão a cores dos cartazes de divulgação/ folhetos e guias; - Impressora; - Tela de projeção; - Projetor.
Recursos humanos	- Equipa de gestão de projeto; - Responsável pelo ginásio comunitário do bairro.
Resultados esperados	Espera-se adesão por parte do parceiro comunitário e a participação ativa por parte da comunidade que frequenta o ginásio comunitário.

Fonte: elaboração própria.

7.2. PREVISÃO DE RECURSOS

Para Tavares (1990), a escolha de estratégias deve centrar-se não só nos seus obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes, como também nos custos inerentes. Também Imperatori & Giraldes (1993) salientam a importância da determinação de custos das atividades, definindo-se como a totalidade de despesas dos recursos utilizados no desenvolvimento do projeto.

Desta forma, construímos a tabela nº 15 com os custos associados às estratégias descritas anteriormente.

Tabela nº15

Custos das atividades enunciadas

	Recurso	Custo Unitário	Quantidade	Custo Total	Entidade responsável
Recursos humanos	Enfermeiros	7,90€/h	200 horas	1580€	UCC
	Equipa de serviço social da UCC	7€/h	12 horas	84€	
	Responsável pela secção de eventos e logística da Junta de Freguesia parceira	7€/h	8 horas	56€	Junta de Freguesia
	Responsável pelo parceiro comunitário ginásio do bairro	5€/h	4 horas	20€	
Recursos materiais	Computador com acesso a internet	1000€	1 unidade	1000€	Mestranda
	Telemóvel	200€	1 unidade	200€	UCC
	Microfones	15€	4 unidades	60€	Junta de Freguesia
	Impressão a cores (cartazes/folhetos/guias)	0,15€	150 unidades (30+50+70)	22,50€	Mestranda
	Impressão do BISU	3,50€	50 unidades	175€	Mestranda
	Impressora	50€	1 unidade	50€	Mestranda
	Papel autocolante	0,25€	120 unidades	30€	Mestranda

	Impressora de etiquetas autocolantes	40€	1 unidade	40€	Mestranda
	Projektor	70€	1 unidade	70€	Ginásio de bairro
	Tela de projeção	45€	1 unidade	45€	Ginásio de bairro
Deslocações	Viatura para deslocação	0,80€/km	250km	200€	UCC
Custo total estimado				3632,5€	

Fonte: elaboração própria.

Foram utilizados, na sua maioria, os recursos existentes e disponíveis, ficando a cargo da mestranda os gastos adicionais. Quanto aos recursos materiais, optámos por contabilizar as unidades necessárias para a implementação do projeto, por não ser quantificável o seu custo por utilização, por exemplo no caso de materiais como o computador portátil.

7.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

O cronograma entende-se como uma exposição gráfica que permite identificar o tempo e as atividades que integram o projeto (Imperator & Giraldes, 1993).

“o contributo dos cronogramas é a possibilidade de visualizar conjuntamente as diferentes tarefas ou atividades que integram o projeto, informando-nos, na fase preparatória, da acumulação ou distribuição de tarefas em determinados períodos e, durante a execução, do atraso e do avanço existente na realização.” (Imperator & Giraldes, 1993, p.155)

Neste seguimento, para o desenvolvimento do presente projeto, foi elaborado o cronograma representado em apêndice XI.

8. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

O termo monitorização é frequentemente utilizado com o mesmo sentido de avaliação, no entanto, este termo deve ser utilizado em situações nas quais ocorre o acompanhamento sistemático da evolução de certos problemas (Imperator & Giraldes, 1993).

A última etapa do Planeamento em Saúde é a avaliação, na qual se pretende “comparar algo com um padrão ou modelo implicando uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar” (Imperator & Giraldes, 1993, p.173). Os mesmos autores afirmam que esta etapa se encontra ligada à fase do diagnóstico de situação, uma vez que a avaliação pretende orientar a distribuição dos recursos, partindo das informações fornecidas através da experiência.

8.1.MONITORIZAÇÃO DO PROJETO

Consideramos que o diálogo entre os envolvidos é de elevada importância, permitindo o planeamento, otimização de recursos disponíveis e discussão de ideias, essenciais para atingir os objetivos delimitados e obter os resultados esperados. Desta forma, durante o desenvolvimento do projeto foram realizadas reuniões informais periódicas entre os elementos envolvidos, facilitando a sua monitorização contínua. Esta monitorização permitiu redirecionar a nossa atuação, ajustando os materiais elaborados de forma a adaptá-los às necessidades identificadas na população alvo.

É fundamental que, para além dos membros da equipa de gestão do projeto, todos os envolvidos na sua implementação se encontrem informados sobre as suas responsabilidades e as relações estabelecidas (Imperator & Giraldes, 1993). Assim, a tabela nº16 explicita as responsabilidades assumidas bem como as relações estabelecidas pelos vários profissionais envolvidos no projeto.

Tabela nº16

Monitorização do projeto de intervenção comunitária – Compromissos assumidos pelos intervenientes

Quem	O quê
Equipa multidisciplinar da UCC	Assumiu o projeto como uma mais-valia para a UCC e para a comunidade, pretendendo colaborar na realização das atividades
Coordenador da UCC	Assumiu o projeto como uma mais-valia para a UCC e para a comunidade
Equipa da ECCI	Assumiu o projeto como uma mais-valia para a população alvo, referindo disponibilidade para divulgar e colaborar nas atividades
Parceiro comunitário: ginásio do bairro	Assumiu o compromisso de participar no projeto, garantindo a divulgação e o espaço físico para decorrer a sessão de educação para a saúde
Parceiro comunitário: Junta de Freguesia	Assumiu o compromisso de colaborar, garantindo os meios para divulgação, projeção e espaço físico para decorrer o <i>webinar</i>

Fonte: elaboração própria.

A monitorização deste projeto de intervenção comunitária encontra-se descrita na tabela nº17 que contempla as atividades planeadas, o espaço temporal em que ocorreram, os recursos humanos envolvidos, os seus objetivos e os resultados esperados.

Tabela nº17

Monitorização do projeto de intervenção comunitária – Atividades desenvolvidas

Anos 2022/2023				
Atividade	Data	Recursos humanos envolvidos	Objetivo	Monitorização / resultado
Reuniões entre os elementos da equipa de gestão do projeto	Desde maio de 2022 todos os meses e com ajuste da sua periodicidade conforme necessidade	Equipa de gestão do projeto	Selecionar as estratégias de operacionalização do projeto	Encontro de estratégias de operacionalização do projeto para responder aos objetivos delineados
Reuniões informais com a equipa de enfermagem da UCC	Desde maio de 2022 a janeiro de 2023, periodicamente,	Equipa de gestão do projeto; equipa de enfermagem da UCC	Validação da pertinência da implementação do projeto de intervenção	Reconhecimento da importância e vantagens da imple-

	conforme necessidade e antes da realização de cada atividade		comunitária e distribuição de tarefas	mentação do projeto de intervenção comunitária
Reuniões informais com a equipa da ECCI	Desde junho de 2022 a janeiro de 2023, com ajuste da sua periodicidade conforme necessidade	Equipa de gestão do projeto; equipa da ECCI	Validação da disponibilidade da equipa da ECCI na colaboração das atividades e divulgação do projeto de intervenção comunitária	Garantir o interesse e disponibilidade da equipa da ECCI em colaborar na implementação do projeto de intervenção comunitária
Reuniões informais com os parceiros comunitários	Desde novembro de 2022, com ajuste da sua periodicidade conforme necessidade	Equipa de gestão do projeto; elementos da ECCI; responsáveis pelos parceiros comunitários	Validação da pertinência da implementação do projeto de intervenção comunitária para os envolvidos e distribuição de tarefas	Assegurar os compromissos assumidos pelos envolvidos para a implementação do projeto de intervenção comunitária
Realização da 1ª atividade: Criação de logótipo do projeto de intervenção comunitária	Aplicação desde outubro de 2023 nos instrumentos elaborados e meios de divulgação	Equipa de gestão de projeto	Melhorar a imagem do projeto de intervenção comunitária e facilitar a sua divulgação	Divulgação eficiente do projeto de intervenção comunitária
Realização da 2ª atividade: Participação em Webinar dirigido a cuidadores informais,	Dia 10 de novembro de 2022	Equipa de gestão de projeto; equipa de enfermagem da UCC; elementos do serviço social da UCC; mestrandas de outra instituição de ensino; responsável pela secção de eventos e logística da Junta de Freguesia parceira	Estabelecimento e envolvimento de parcerias, e divulgação do projeto de intervenção desenvolvido	Envolvência de todos os intervenientes na organização da atividade e participação ativa de cuidadores informais da área de abrangência da UCC
Realização da 3ª atividade: Aplicação de um instrumento facilitador à adesão do medicamento	Aplicação desde janeiro de 2023	Equipa de gestão de projeto; enfermeiros da ECCI	Contribuir para o aumento do conhecimento dos utentes idosos e cuidadores informais relativamente à indicação terapêutica da medicação habitual e contribuir para o aumento da segurança na gestão do regime terapêutico medicamentoso	Adesão por parte da população alvo e o envolvimento da ECCI no levantamento dos esquemas terapêuticos dos utentes e divulgação da atividade

Realização da 4ª atividade: Criação do Boletim Individual de Saúde do Utente	Aplicação em janeiro de 2023	Equipa de gestão de projeto; equipa de enfermagem da UCC	Facilitar o autocuidado e contribuir para a melhoria da comunicação entre utentes e os profissionais de saúde que os acompanham	Adesão por parte da população alvo e que o instrumento facilite a gestão do regime terapêutico
Realização da 5ª atividade: Elaboração e apresentação de vídeos sobre o acesso e as funcionalidades do Portal e Aplicação Móvel do SNS24	Desde janeiro de 2023.	Equipa de gestão de projeto; equipa de enfermagem da UCC	Fomentar o uso de estratégias no acesso aos serviços de saúde e na procura de informação segura e fidedigna	Adesão por parte da população alvo e da equipa da UCC para divulgação da atividade e aquisição de ferramentas que facilitem o acesso aos cuidados de saúde e a fontes de informação de fidedignas
Realização da 6ª atividade: Sessão de educação dirigida à comunidade do ginásio comunitário de bairro	Janeiro de 2023	Equipa de gestão de projeto; responsável pelo ginásio comunitário do bairro	Fomentar o uso de estratégias no acesso aos serviços de saúde e na procura de informação segura e fidedigna; promover hábitos seguros na gestão da medicação e divulgar o projeto na comunidade	Adesão por parte do parceiro comunitário e participação ativa por parte da comunidade que frequenta o ginásio comunitário
Apresentação do projeto de intervenção comunitária à equipa de enfermagem da UCC	Janeiro de 2023	Equipa de gestão de projeto; equipa de enfermagem da UCC	Apresentar o trabalho desenvolvido ao longo da implementação do projeto de intervenção comunitária e proceder à sua avaliação	Reconhecimento da importância do trabalho desenvolvido e obter a avaliação dos instrumentos disponibilizados à UCC

Fonte: elaboração própria.

8.2. AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS DO PROJETO

De acordo com Tavares (1990), a etapa da avaliação permite o confronto entre os objetivos e as estratégias. O mesmo autor indica que a satisfação e a aceitabilidade da população-alvo submetida à intervenção constituem um meio para avaliar as intervenções realizadas.

Considerando as metas/objetivos operacionais estabelecidos, procedemos à avaliação e cálculo dos indicadores (sintetizados na tabela nº18). Detalhamos de seguida os métodos e os resultados da sua avaliação:

- O primeiro indicador foi avaliado através do número de instrumentos facilitadores para a gestão do regime terapêutico aplicados. Considerámos como instrumentos as etiquetas orientadoras do medicamento, os guias terapêuticos personalizados e o BISU. O número de instrumentos elaborados atingiu o previsto, desta forma assumimos que a meta delineada foi atingida.

- O segundo indicador diz respeito à percentagem de utentes e cuidadores informais que classificaram como “úteis” as ferramentas audiovisuais por parte da população alvo. A avaliação foi realizada através do preenchimento de um questionário de avaliação dos instrumentos aplicados (apêndice XII). Todos os participantes preencheram o questionário e classificaram as ferramentas audiovisuais como “úteis”, pelo que foi atingida a meta.

- O terceiro indicador diz respeito à percentagem de participantes nas sessões educativas planeadas. A adesão teve um balanço muito positivo, uma vez que a totalidade da amostra aderiu às sessões educativas, atingindo a meta delineada.

- O quarto indicador, relativo ao conhecimento adquirido pelos participantes, foi avaliado através de um questionário de avaliação sobre a aquisição de conhecimentos (apêndice XIII). Todos os participantes responderam ao questionário e a meta foi atingida uma vez que demonstraram, na totalidade, a aquisição de conhecimento acerca das estratégias para o autocuidado na gestão do regime terapêutico.

- O último indicador diz respeito à percentagem de profissionais da UCC que classificaram os instrumentos disponibilizados como “pertinentes” à sua aplicabilidade na continuidade do projeto de intervenção. Na última semana de estágio foram apresentados à UCC todas as atividades desenvolvidas e os resultados dos questionários aplicados aos participantes e da sua avaliação dos instrumentos, através de uma apresentação em *power point*, cujo plano de sessão se encontra em apêndice (apêndice XIV). Na apresentação estiveram presentes sete enfermeiros da UCC. Após apresentação foi solicitada a avaliação dos instrumentos elaborados, através do

preenchimento de um questionário de avaliação (apêndice XV), sendo que todos os enfermeiros presentes na apresentação classificaram os instrumentos como “pertinentes”, permitindo superar a meta.

Tabela nº18

Síntese da avaliação dos indicadores

Avaliação dos indicadores					
Meta/ Objetivo operacional	Indicador	Fórmula de cálculo		Resultado	Avaliação
Que sejam aplicados pelo menos três instrumentos facilitadores para a gestão do regime terapêutico, até janeiro de 2023	Número de instrumentos aplicados	Nº de instrumentos aplicados	X100	3/3x100 = 100%	Atingido
		Nº total de instrumentos previstos			
Que pelo menos 80% dos participantes avaliem as ferramentas audiovisuais pedagógicas como “úteis” no acesso aos recursos de informação em saúde	Percentagem participantes que classificaram as ferramentas audiovisuais desenvolvidas como “úteis”	Nº participantes que avaliaram as ferramentas audiovisuais como “úteis”	X100	15/15x100 = 100%	Atingido
		Nº de participantes que avaliaram as ferramentas			
Que pelo menos 80% da amostra participe nas sessões educativas planeadas, até janeiro de 2023	Percentagem de participantes nas sessões educativas planeadas	Nº de participantes nas sessões	X100	15/15x100 = 100%	Atingido
		Nº de total de utentes e cuidadores da amostra			
Que pelo menos 80% participantes tenham adquirido conhecimento sobre estratégias para o autocuidado na gestão do regime terapêutico, até janeiro de 2023	Percentagem participantes que adquiriram conhecimentos sobre estratégias de gestão do regime terapêutico medicamentoso	N.º de participantes que adquiriram conhecimentos sobre o tema abordado nas sessões	X100	15/15x100 = 100%	Atingido
		N.º total de participantes nas sessões			
Que 80% dos profissionais da UCC classifiquem os instrumentos disponibilizados como “pertinentes” à sua aplicabilidade na continuidade do projeto	Percentagem profissionais da UCC que classificaram os instrumentos disponibilizados como “pertinentes”	Nº de profissionais da UCC que classificaram os instrumentos como “pertinentes”	X 100	7/7x100 = 100%	Atingido
		Nº de profissionais da UCC que avaliaram os instrumentos			

Fonte: elaboração própria.

9. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DA ESPECIALIZAÇÃO

Neste capítulo é realizada uma análise e reflexão crítica sobre as etapas percorridas ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, especificamente na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

As componentes teóricas e práticas incluídas no curso, juntamente com o estágio I, realizado entre 16 de maio de 2022 a 24 de junho de 2022 e o estágio final que decorreu entre 16 de setembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023, contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

9.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

“A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (...)” (OE, 2019, p.4744). Conforme é referido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o enfermeiro especialista deve demonstrar um conjunto de competências transversais a todas as áreas de especialidade no que diz respeito à educação dos utentes e dos seus pares, orientação, liderança e investigação, promovendo a melhoria contínua da prática profissional.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista dividem-se em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019, p.4745). É a partir desses domínios que se desenvolve a reflexão sobre percurso ao longo do curso e a sua contribuição para o desenvolvimento das respetivas competências:

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio abrange as competências:

“a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (OE, 2019, p.4745)

Durante o estágio realizado foi desenvolvida uma prática que respeita os princípios éticos, deontológicos e legais inerentes ao exercício da profissão de enfermagem, presentes no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Foi levantado um diagnóstico de situação respeitando o anonimato e confidencialidade dos participantes, assim como da UCC onde decorreu o estágio, especificamente na aplicação dos instrumentos de colheita de dados, no seu tratamento e análise, tendo sido obtidas as declarações de autorização às entidades competentes e incluídas no presente Relatório, salvaguardando o anonimato e impossibilitando a sua identificação.

Foi igualmente respeitada a dignidade humana e a sua vontade, envolvendo o utente e o cuidador informal na busca das estratégias mais adequadas para responder às suas necessidades no autocuidado gestão do regime terapêutico. As decisões foram tomadas em concordância com a equipa e fundamentadas em evidência científica e conhecimentos adquiridos através da experiência profissional.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

Neste domínio, o enfermeiro:

“a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

c) Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (OE, 2019, p.4745)

Durante o estágio e concretamente no desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, foram mobilizados os conhecimentos adquiridos durante todo o curso de Mestrado em Associação, assentes na experiência e prática profissional no âmbito da gestão do risco e da segurança do doente, aplicando essa experiência na área específica da gestão do regime terapêutico, incorporando das recomendações dos Planos Nacionais, nomeadamente na área da segurança do doente.

Foi assumida uma atitude dinamizadora, uma vez foram elaborados materiais pedagógicos e instrumentos facilitadores para o autocuidado e aumento da literacia no âmbito da gestão do

regime terapêutico, tendo em conta as características pessoais da população alvo, adequando os materiais sempre que se detetou essa necessidade.

Foi realizada uma revisão de literatura recente, ao nível de estudos na temática em causa como forma de fundamentar as estratégias e as atividades a desenvolver na implementação do projeto de intervenção.

Foram envolvidos os utentes idosos e cuidadores informais em todas as fases do projeto, procurando estabelecer uma relação terapêutica e proporcionando um ambiente seguro, respeitando as suas características e crenças pessoais, sem emissão de juízos de valor, visando a sua satisfação.

Domínio da gestão dos cuidados

O enfermeiro especialista:

“a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019, p.4745)

Neste sentido, considera-se que a competência foi adquirida, uma vez que se procurou envolver a equipa da UCC nas tomadas de decisão, através de realização de reuniões periódicas e na apresentação e discussão de resultados, contribuindo ainda no planeamento da intervenção, implementação e divulgação das atividades.

Por outro lado, existiu a colaboração da mestranda com a equipa da UCC na resposta à vacinação da Covid-19, através da mobilização estratégica de recursos humanos para vacinação em centros de vacinação e vacinação ao domicílio; participação em reuniões de equipa multidisciplinar; participação em reuniões do Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco com a colaboração com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens; participação na consecução dos projetos da UCC em curso, no âmbito da saúde escolar e de saúde mental e nas diversas atividades inerentes aos mesmos, permitindo o desenvolvimento desta competência e facilitando a integração da mestranda nas atividades da equipa da UCC e no fortalecimento de espírito de equipa.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste âmbito, o enfermeiro:

“a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p.4745).

O estágio final constituiu uma etapa de crescimento e um desafio, devido à exigência horária própria desta etapa, obrigando ao desenvolvimento de estratégias, desenvolvidas com o apoio das orientadoras, clínica e pedagógica, que permitiram otimizar e gerir melhor as emoções e o tempo, de forma a facilitar a vida pessoal, profissional e na qualidade de mestrandas.

Durante os Estágios, grande parte da atividade da UCC encontrava-se relacionada com a vacinação da Covid-19, envolvendo a equipa quase na totalidade, pelo que foi necessário o ajuste das intervenções do projeto e da própria dinâmica da UCC a esta realidade.

Ambicionámos, desde o início do projeto, desenvolver conhecimentos na área da temática em causa, através de revisão integrativa da literatura, contribuindo para a transmissão de informação em saúde à população alvo assente em evidência científica recente, adaptando a linguagem e os materiais elaborados ao nível de literacia dos utentes idosos e cuidadores informais, bem como às suas necessidades individuais.

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

A atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública aos enfermeiros, está dependente de um conjunto de competências na área de especialização, nomeadamente:

- “a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.” (OE, 2018, p. 19354)

Desta forma, direcionada à **competência a)**, o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária seguindo a metodologia do Planeamento em Saúde permitiu numa fase inicial desenvolver o conhecimento sobre os determinantes de saúde da comunidade, bem como os fatores os influenciam, com base em dados epidemiológicos e indicadores da área geográfica da UCC, de forma a identificar os problemas/ necessidades em saúde da população alvo, que foram apresentados à equipa da UCC. Após diagnóstico de situação de saúde, foram priorizados os problemas/ necessidades mais urgentes de intervenção, tendo sido definidos os objetivos e as estratégias selecionadas, etapas estas imprescindíveis para o desenvolvimento de um projeto de

intervenção comunitária. Procedeu-se a uma monitorização do projeto de forma contínua, tendo sido efetivada a avaliação das atividades implementadas no final do segundo estágio, com o intuito de responder aos objetivos operacionais delineados.

No que diz respeito à **competência b)**, consideramos que foi possível contribuir para o processo de capacitação de grupos, nomeadamente na promoção da literacia para a gestão do regime terapêutico dos utentes idosos e cuidadores informais integrados em ECCI, desenvolvendo e liderando atividades no âmbito de variadas temáticas. Paralelamente, participamos em atividades dirigidas à comunidade envolvendo a colaboração dos parceiros comunitários, nomeadamente à comunidade escolar, população vulnerável em situação de pobreza, residente no bairro de uma freguesia da área de abrangência da UCC.

Relativamente à **competência c)**, o desenvolvimento de projetos é fundamental para o alcance do sucesso dos Programas de Saúde de âmbito comunitário, correspondendo à consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde. O último período de estágio possibilitou a nossa participação em variadas atividades incluídas nos projetos da UCC. Permitiu ainda o contacto com a Unidade de Saúde Pública, nomeadamente durante a sua participação numa festa de Natal dirigida a pessoas em situação de sem-abrigo, promovida por uma comunidade que presta apoio a esta população em específico. A Unidade de Saúde Pública ficou encarregue da vacinação de pessoas em situação de sem abrigo, na qual tivemos oportunidade de participar. Considerámos este evento uma atividade impulsionadora na inclusão social desta população, contribuindo para momentos de partilha e convívio entre a população e voluntários, permitindo o acesso das pessoas em situação de sem abrigo a serviços de apoio social e de saúde e sobretudo constituindo-se como uma motivação para a reconstrução de um novo sentido para a vida.

Quanto à **competência d)** a vigilância e monitorização epidemiológica foi realizada na fase inicial do projeto de intervenção, durante a fase diagnóstica e ainda através da participação em inquéritos, nomeadamente no âmbito do plano nacional de vacinação, particularmente na vacinação covid-19 e contra a gripe, entre setembro de 2022 a dezembro de 2022.

9.3. COMPETÊNCIAS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Além das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, consideramos que foram desenvolvidas competências para a obtenção do grau de mestre. Para as adquirir, o

enfermeiro deverá:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo." (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, p.3174).

Desta forma, consideramos que os conhecimentos e habilidades desenvolvidos ao longo do curso de Mestrado em Associação foram aprofundados. Esta evolução aconteceu maioritariamente em contexto de Estágio, tendo sido articulados e desenvolvidos os conhecimentos em: Investigação em Enfermagem, durante a fase de revisão da literatura, que compreendeu grande parte dos Estágios; Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, fundamentais para na aplicação do instrumento de colheita de dados e tratamento dos mesmos; Formação e Supervisão em Enfermagem, essencial para elaboração do plano de formação e desenvolvimento da estratégia educação para a saúde; Gestão em Saúde e Governança Clínica no sentido de liderança do projeto de intervenção e Políticas e Modelos de Saúde, facilitando a priorização dos problemas, bem como a inclusão dos Programas Nacionais e Plano Nacional e Saúde no projeto desenvolvido.

O desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária permitiu responder às necessidades identificadas na população alvo, através de educação para a saúde, promovendo a literacia na gestão do regime terapêutico, com base em conhecimentos adquiridos na evidência científica reunida sobre o tema em apreço. Os resultados do projeto foram divulgados com a equipa da UCC.

Consideramos, ainda, que a elaboração do presente relatório e a sua discussão pública posterior se constituíram um importante contributo para o desenvolvimento destas competências. Desta forma, acreditamos que se encontram reunidas as competências para a obtenção do grau de mestre.

CONCLUSÃO

A realização do presente trabalho permitiu, além de aprofundar conhecimentos sobre a literacia em saúde, a gestão do regime terapêutico e o próprio processo de envelhecimento, numa esfera global e, particularmente, a nível nacional, concluir que é relevante a promoção da literacia para o autocuidado gestão do regime terapêutico em contexto comunitário, envolvendo as pessoas e estimulando a sua participação ativa, dotada de maior conhecimento e consciência, no próprio processo de saúde-doença e nas tomadas de decisão.

O aumento da longevidade e o envelhecimento dos mais velhos, traz consigo algumas consequências, sendo que, uma das mais estruturantes implicações dá-se a nível da saúde. Perante esta realidade, impõe-se um desafio que exige a políticos, investigadores e profissionais de saúde a procura de estratégias de intervenção na saúde, na prestação de cuidados e outras iniciativas, na medida em que respondam à participação, autonomia e satisfação da população.

O envelhecimento populacional, pelo que já foi referido, constitui um desafio para a sociedade, para o sistema de saúde e respetivos profissionais, carecendo, ainda, de respostas sociais e de segurança face à vulnerabilidade da população envelhecida. A população envelhecida apresenta algumas limitações funcionais, no entanto, não deve nem pode ser excluída socialmente, uma vez que, este tipo de discriminação, pode ter consequências físicas na saúde da pessoa, conduzindo a situações de isolamento social, solidão e estados de dependência física, psíquica e económica.

Esta evolução demográfica deve ser encarada como uma oportunidade, uma vez que o empoderamento da população idosa poderá ser decisivo na sua participação ativa na sociedade, realçando a sua importância como pessoas experientes e elos essenciais na transmissão de conhecimento, história e cultura. A sua vulnerabilidade não deve ser confundida com inutilidade, devendo ser alvo de cuidados por toda a comunidade onde se integra.

Neste sentido, a existência de projetos comunitários que promovam a literacia em saúde, bem como a capacitação para o autocuidado das pessoas idosas e seus cuidadores, deverá ter uma abordagem privilegiada, a nível dos Cuidados de Saúde Primários. Sobre esta temática, importa realçar a importância do EEEEC na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, no uso pleno das suas competências, constituindo-se como o principal agente

com capacidade para selecionar estratégias, tendo em conta o diagnóstico de saúde e os problemas/ necessidades levantados, direcionando a sua ação, com o intuito de contribuir para o aumento da literacia em saúde, promovendo a capacitação no autocuidado, particularmente na gestão do regime terapêutico, e nas tomadas de decisão mais conscientes.

Torna-se imperativo, a definição de uma estratégia planeada, envolvendo autarquias locais e entidades regionais, assim como as comunidades, promovendo a sua adesão, apoio e colaboração em projetos e programas dirigidos aos grupos vulneráveis, nomeadamente às pessoas idosas, com vista à obtenção de ganhos em saúde e melhoria das condições de vida desta população.

No que diz respeito ao projeto de intervenção comunitária, o objetivo geral e os objetivos específicos e respetivas metas foram atingidos. Neste sentido consideramos que a educação para a saúde facilitou no aumento da capacitação da população alvo no âmbito da gestão do regime terapêutico, contribuindo assim para o autocuidado.

Em relação às dificuldades durante a elaboração deste trabalho, destacam-se alguns constrangimentos, particularmente no que se refere à gestão do tempo e conciliação entre vida pessoal, profissional e enquanto estudante; o tamanho restrito da amostra que pode comprometer os dados obtidos, podendo estes resultados não ser os mesmos em todos locais, mesmo que se trate da mesma população alvo; recolha de informação baseada na declaração dos participantes sobre os seus comportamentos, conhecimentos e crenças, podendo verificar-se um afastamento entre o que declararam e a realidade. No entanto, apesar das dificuldades, considera-se um desafio superado, pois a realização dos Estágios e a elaboração do presente Relatório, impulsionaram o empenho, investimento e enriquecimento profissional e pessoal, permitindo o desenvolvimento de conhecimentos e competências.

Este trabalho permitiu obter resultados satisfatórios ao nível da melhoria na autogestão do regime terapêutico, realçando a importância do enfermeiro como um elemento facilitador na gestão do regime terapêutico, implementando estratégias e ferramentas que contribuem para a capacitação de utentes e cuidadores para o autocuidado. Consideramos de elevada pertinência a continuidade deste projeto de forma a alcançar ganhos em saúde no âmbito da temática em causa. Sugerimos que, futuramente, este projeto seja alargado à comunidade e que as ferramentas elaboradas sejam empregues pela Unidade e que sejam, igualmente, difundidas por outras unidades prestadoras de cuidados ao idoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2018). *PLSLN - Plano Local de Saúde - Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte 2018-2021*. Lisboa
- Agency for Healthcare Research and Quality (2015). *Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. Aurora: Agency for Healthcare Research and Quality. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/healthlittoolkit2_4.pdf
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style* (7th ed.). American Psychological Association.
- Allen, J. O. (2016). *Ageism as a risk factor for chronic disease*. *The Gerontologist*, 56(4), 610-614.
- Almeida, C. V., Silva, C. R., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., Mata, F., Maltez, H., Luís, H., Filipe, J., Moutão, J., Laranjeira, J., Cid, L., Menezes, M. B., Ferreira, M. C., Loureiro, M., Correia, M. L., Silva, N. C., Barbosa, P., Carvalho, P., ... Assunção, V. (2019). *Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Almeida, C.; Veiga, A. (2020). *Social Determinants and Health Literacy of the Elderly: Walk to Well-Being*. *Open Access Library Journal*, 7, 1-16. [10.4236/oalib.1106390](https://doi.org/10.4236/oalib.1106390)
- Associação Nacional de Cuidadores Informais (2022). *Sobre nós, Orgãos Sociais, Missão, Visão e Valores*. <https://www.ancuidadoresinformais.pt/sobre-nos/#visao>
- Ávila, P; Espanha, R; Mendes, R.V. (2015). *Literacia em Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. [PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf \(gulbenkian.pt\)](https://www.gulbenkian.pt/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf)
- Bastos, F (2013). *A pessoa com doença crónica - uma teoria explicativa sobre a problemática da doença e do regime terapêutico*. [Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa <http://hdl.handle.net/10400.14/11990>

- BICSP (2022). *BI-UF ARS Lisboa e Vale do Tejo. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários – ACES Lisboa Norte*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30028/Pages/default.aspx>.
- Bonita R., Beaglehole R., Kjellstrom T. (2010). *Epidemiologia Básica*. 2ª ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional
- Carvalho, A., Ferrinho, P., Craveiro, I. (2019). *Capacitação e parcerias norte/sul na área da saúde—o caso do projeto UDI-A*. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 17, 35-43. <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.272>
- Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo (2022). *A Região*. <https://www.ccdr-lvt.pt/regiao/apresentacao-da-rlvt/>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *CIPE: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Costa, T., Pinto, C., Diogo, A., Almeida, A., Silva, R., Coelho, P., Alves, P. (2014). *Idosos em contexto comunitário: gestão ineficaz do regime terapêutico e risco de queda*. [Conference Session] 2º Congresso Internacional de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria: Desafios e Inovação em Saúde, Leiria, Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.14/18217>
- Dahlgren G, Whitehead M. (1991). *Políticas e Estratégias para Promover a Equidade Social na Saúde*. Estocolmo, Suécia: Institute for Futures Studies
- Decreto-Lei 28/2008 (2008). *Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República, 1ª Serie, N.º38 – 22 de fevereiro de 2008). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Decreto-Lei n.º 63/2016 (2016). Diário da República, 1.ª série, N.º 176 — 13 de setembro de 2016. <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa. [idosos.ps, page 1-26 @ Normalize \(MIOLO_5Â P.qxd \) \(dgs.pt\)](https://idosos.ps/page/1-26/@Normalize(MIOLO_5Â.P.qxd)(dgs.pt))
- Direção Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020*. <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020-1.pdf-1.pdf>

- Direção Geral da Saúde (2016a). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde*. Direção Geral da Saúde - Plano Nacional de Saúde. Lisboa, Portugal. <https://co-mum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18009/1/i023300.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2016b). Norma de Orientação Clínica nº 018/2016 de 30/12/2016: *Reconciliação da medicação*. Lisboa, Portugal. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/reconciliacao-da-medicao.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa, Portugal. <https://www.anmp.pt/wp-content/uploads/2020/03/198a.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2018). *Plano de Ação para a literacia em saúde 2019-2021*. Lisboa, Portugal. <plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx> (dgs.pt)
- Direção Geral da Saúde (2021a). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Lisboa, Portugal. <plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx> (dgs.pt)
- Direção Geral da Saúde (2021b). *Níveis de Literacia em Saúde*. Lisboa, Portugal. <estudo-apresenta-nivel-de-literacia-em-saude-dos-portugueses-pdf.aspx> (dgs.pt)
- Direção Geral da Saúde (s.d.). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Lisboa, Portugal. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em saúde em Portugal: Relatório síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf (gulbenkian.pt)
- Fernandes, J. I. N. V. M. (2017). *Caracterização da utilização de medicamentos em doentes idosos medicados*. [Master's Thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/36140>
- Festa, A. J. D. R. (2017). *Gestão do regime medicamentoso em agregados familiares de pessoas com 80 ou mais anos de idade*. [Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa <http://hdl.handle.net/10400.14/27704>
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 1ª edição. Loures: Lusociência.
- Freitas, N. M. A. (2014). *Influência das cores, vermelho e azul na performance motora e na perceção de saúde*. [Doctoral dissertation, Universidade de Évora]. Repositório da

Universidade de Évora. https://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/10864/1/TESE%20NUNO_%20freitas.pdf

Garcia, E., & Eiró-Gomes, M. (2022). *Informação on-line dos ACES: uma análise a partir dos critérios HON*. A informação e a medicina em tempos de pandemia: impactos humanos e sociais, 629-644. <http://hdl.handle.net/10400.21/15107>

Imperatori, E.; Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso de serviços centrais, regionais e locais*. 3ª ed. Lisboa: Escola Nacional de saúde Pública.

Instituto da Segurança Social (2020). *Guia Prático - Estatuto do Cuidador Informal*: cuidador informal principal e cuidador informal não principal. <https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083135/8004-Estatuto+Cuidador+Informal+Principal+e+Cuidador+Informal+n%C3%A3o+Principal/2efee047-c9ba-49c8-95f2-6df862c4b2c5>

Instituto Nacional de Estatística (2022a). *Estatísticas da saúde 2020*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOES-pub_boui=436989156&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (2022b). *Censos 2021*. População. Freguesia. Variação – Grupo etário. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSOS21

International Council of Nurses. *International Classification for Nursing Practice (ICNP)* 2022. Geneva (CH): International Council of Nurses; 2022. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Marques, A. D. C. (2017). *Caracterização da utilização de medicamentos em doentes idosos: dificuldades na gestão da medicação*. [Master's Thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa <http://hdl.handle.net/10451/36101>

Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda

Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde 2018, Portugal*. Lisboa, Portugal. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Mó R., Plácido A.I., Herdeiro M.T., Martins C., Carlos R., Morgado M., Roque F. (2020). *Avaliação da gestão e da adesão ao regime terapêutico em idosos polimedicados numa região da Beira Interior, Portugal*. Acta Farmacêutica Portuguesa, 9(2), 3-15. <https://actafarmacêuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/218>

- Monterroso, L. E., Sá, L. O., & Joaquim, N. M. (2017). *Adesão ao regime terapêutico medicamentoso e aspetos biopsicossociais dos idosos integrados em cuidados continuados domiciliários*. Revista Gaúcha de Enfermagem, pp. 1-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.56234>
- Nunes, C. A. P. (2020). *Adesão à terapêutica na doença crónica: literacia em saúde, crenças sobre medicamentos e fontes de informação em saúde*. [Master's Thesis, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa <http://hdl.handle.net/10362/106689>
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento*. Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe). Lisboa, Portugal. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento 428/2018. *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República, 2ª Série, n.º 135/2018, 19354-19359. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento 140/2019. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª Série, n.º 26/2019, 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. Saint Louis, MO, United States of America: Mosby
- Organização Mundial da Saúde (1998). *Health promotion glossary*. Division of Health Promotion, Education, and Communication. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64546>
- Organização Mundial da Saúde (2001). *Adherence to long-term therapies: Policy for action*. http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherencerep.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Organização Mundial da Saúde (2012). *The determinants of health*. <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
- Organização Mundial da Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Suíça: Organização Mundial da Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6
- Organização Mundial da Saúde (2017). *Medication without harm* (No. WHO/HIS/SDS/2017.6). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (2020). *Década do Envelhecimento Saudável: relatório base (2021-2030)*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338677/9789240017900-eng.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (2022). *Guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1440452/retrieve>
- PORDATA (2022a) *Censos 2021*. Resultados. Em destaque - Portugal. <https://www.pordata.pt/censos/resultados/emdestaque-portugal-361>
- PORDATA (2022b) *Censos 2021*. Resultados. População - Portugal. <https://www.pordata.pt/censos/resultados/populacao-portugal-361>
- PORDATA (2022c) *Censos 2021*. Resultados. Escolaridade e emprego - Portugal. <https://www.pordata.pt/censos/resultados/escolaridadeeemprego-portugal-361>
- PORDATA (2022d). *Base de dados dos Municípios*. Conheça o seu município - Lisboa. <https://www.pordata.pt/Municipios>
- Porta, M. S., Greenland, S., Hernán, M., Silva, I. D. S., & Last, J. M. (2008). *A dictionary of epidemiology*. International Epidemiological Association. Oxford University Press.
- Poudel, A; Peel, N; Nissen, L.; Mitchell, C; Gray, L; Hubbard, R. (2014). *Potentially Inappropriate Prescribing in Older Patients Discharged From Acute Care Hospitals to Residential Aged*. *Ann Pharmacother*, 48(11), 1425–1433. <https://doi.org/10.1177/1060028014548568>
- Sanches, M. I. A. (2020). *Polimedicação no Idoso*. [Master's Thesis, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/131372>
- Sequeira, C. A. C. (2010). *Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit*. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(12), 9-16. <https://www.re-dalyc.org/pdf/3882/388239959003.pdf>

- Sequeira, C. A. C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel.
- Serrão, C., & Veiga, S. (2020). *Fontes de informação sobre saúde: Resultados obtidos junto de um grupo de pessoas idosas*. *Sensos-E*, 7(2), 134–142. <https://doi.org/10.34630/sensose.v7i2.3677>
- Serviço Nacional de Saúde (2019). *Guia dos Cuidadores – Cuidador Informal*. https://epor-tugal.gov.pt/documents/20142/18888649/Guia_dos_cuidadores.pdf/e186e9fb-6490-be93-e34f-8cc495748300?t=1570527106124
- Sorensen, K.; Broucke, S.V.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z. (2012) *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. *BMC Public Health*, 12, 80. [10.1186/1471-2458-12-80](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80)
- Souza, E. M. D., Silva, D. P. P., & Barros, A. S. D. (2021). *Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 1355-1368. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.09642019>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7th ed.). Lusodidata.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional do Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência
- Valério, F. I. M. B. (2021). *Pictogramas de apoio à gestão da medicação: avaliação da compreensão de pictogramas por idosos portugueses– estudo observacional transversal-Pict4Elder*. [Master's Thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/52701>

APÊNDICES

APÊNDICE I - *Questionário de resposta aberta, via google forms aplicado à equipa de enfermagem da UCC*



1º Questionário para definição da área prioritária

O presente questionário é dirigido à equipa de enfermagem e encontra-se inserido no âmbito da realização de um Projeto de Intervenção Comunitária do 6º Mestrado em Enfermagem em Associação do ano 2021/2022, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal. Este instrumento tem como objetivo a recolha de dados, com vista a complementar o diagnóstico de situação de saúde e áreas prioritárias de intervenção na população residente na respetiva área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade. O presente instrumento é de carácter confidencial e anónimo. O preenchimento deste questionário tem a duração de dois minutos.

Na sua perspetiva e de acordo com a sua experiência profissional, aponte três a quatro problemáticas/necessidades de intervenção junto da comunidade abrangida pela UCC.

A sua resposta

APÊNDICE II - *Instrumento de colheita de dados por meio de questionário, aplicado aos utentes idosos e cuidadores informais da ECCI*



Questionário

O presente questionário foi elaborado tendo por objetivo a recolha de dados, no âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária, a realizar por Mariana de Rito Ribeiro, enfermeira a frequentar o 6º Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, sob orientação pedagógica de Professora Ana Paula Gato e sob orientação clínica de Enfermeira

Este projeto tem como objetivo geral contribuir para o aumento da literacia em saúde na gestão do regime terapêutico dos utentes integrados em ECCI e seus cuidadores informais.

A sua colaboração é fundamental e voluntária.

Este questionário é anónimo e confidencial, pelo que não deverá escrever o seu nome em nenhum local.

Não existem respostas certas ou erradas. Deve responder de acordo com a sua realidade e tendo em conta as suas dificuldades para que possa ser ajudado na procura de estratégias e melhorar a sua saúde.

Por favor, tente responder a todas as questões.

O presente questionário tem a duração de preenchimento de cerca de 10 minutos.

Agradecemos a sua colaboração.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Assinale com um X a resposta correspondente.

Parte I – Caracterização sociodemográfica

1. Quem está a responder ao questionário?

Utente ☐

Cuidador informal ☐

2. Selecione o intervalo de idade onde se encontra.

15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95 ou mais
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Selecione o seu sexo.



Feminino ☐



Masculino ☐

4. Selecione o seu grau de escolaridade:

Não sabe ler e escrever ☐

3º ciclo do ensino básico

1º ciclo do ensino básico ☐

Ensino secundário ☐

2º ciclo do ensino básico ☐

Ensino superior ☐

Outro _____



Parte II – Literacia em Saúde - Acesso à informação em saúde

5. No geral, como costuma esclarecer as dúvidas sobre a saúde?

Pergunta a um familiar, amigo ou vizinho ☐

Recorre à Equipa de Cuidados Continuados Integrados nas visitas ao domicílio ☐

Contacta a sua equipa de saúde ☐

Contacta o SNS24 ☐

Contacta a linha de emergência 112 ☐

Pesquisa na internet ☐

Dirige-se ao serviço de urgência do hospital ☐

Dirige-se ao centro de saúde ☐

Aguarda pela próxima consulta ☐

Outro _____

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Assinale com um X a resposta correspondente.

Parte III - Gestão do regime terapêutico

6. Como conhece a medicação habitual?

Nome do medicamento ☐

Design da embalagem original ☐

Forma do comprimido ☐

Outro método ☐

Cor do comprimido ☐

Qual/quais? _____



7. Conhece a indicação farmacológica (para que serve) de toda a medicação habitual?

Desconhece	Tem dúvidas sempre	Tem dúvidas às vezes	Conhece
☐	☐	☐	☐

8. Como armazena a medicação habitual?

Dentro das respetivas embalagens, tal como veio da farmácia ☐

Em caixas de preparação individualizada de medicação ☐

Retira da caixa e guarda apenas os blisters (invólucro que envolve o medicamento) ☐

Outros _____

9. Usa algum guia terapêutico com a lista da medicação habitual?

Não. Sabe de cor a medicação habitual ☐

Não. A medicação está escrita na prescrição médica (receita) ☐

Sim. Usa um guia terapêutico com o nome, horário e posologia (como se toma) ☐

Sim. Usa um guia terapêutico apenas com o nome da medicação habitual ☐

Outros _____

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Assinale com um X a resposta correspondente.

10. Quando tem consultas no centro de saúde ou hospital (por qualquer motivo) ...

10.1. ...como se refere quanto à medicação habitual?

Refere oralmente se o profissional de saúde lhe perguntar ☐

Não costuma referir porque está registado no sistema ☐

Mostra um guia terapêutico (lista de medicação habitual) ☐

Mostra uma prescrição médica (receita) antiga ☐

Outros _____

10.2. ...refere as alergias/ intolerâncias a medicamentos, comida ou materiais?

Refere sempre, mesmo que os profissionais de saúde não perguntem ☐

Não costuma referir ☐

Está registado no sistema informático, por isso não precisa de referir ☐

Só refere se o profissional de saúde perguntar ☐

Outros _____

10.3. ... esclarece todas as dúvidas com o médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde?

Questiona sempre o profissional de saúde, mesmo que não pergunte se tem dúvidas ☐

Não costuma questionar ☐

Às vezes esquece-se das dúvidas ☐

Depende da atitude do profissional ☐

Só questiona sobre as dúvidas, se o profissional de saúde perguntar ☐

Outros _____

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Assinale com um X a resposta correspondente.

11. Quando sente um sintoma agudo, do momento (como sintomas gripais ou dores localizadas) e precisa de tomar medicação para o aliviar, como faz?

Dirige-se à farmácia e pede um medicamento para o sintoma que está a sentir ☐

Toma o medicamento que o médico lhe prescreveu em SOS ☐

Toma o medicamento que um familiar/amigo ou vizinho lhe recomendaram ☐

Automedica-se (toma o medicamento que lhe faz mais sentido) ☐

Dirige-se às urgências ☐

Outros _____

12. Para si, a informação escrita (pelo farmacêutico) na embalagem do medicamento é clara e suficiente para saber como e quando deve tomar o medicamento?

A informação é clara e suficiente ☐

A informação é incompleta ☐

Não aplicável ☐

Outros _____

13. Quais são, para si, as maiores dificuldades para gerir a medicação?

Tomar/administrar à hora certa ☐

Perceber qual é a dose certa ☐

Entender como se toma ☐

São tantos medicamentos que às vezes não se lembra se já tomou/administrou antes ☐

Organizar a medicação ☐

Outros _____

Agradecemos pela sua colaboração!



APÊNDICE III - *Consentimento informado, livre e esclarecido*

Declaração de Consentimento Informado para participação em Projeto de Intervenção Comunitária

Título do projeto:

Promoção da literacia para a gestão do regime terapêutico
Mais conhecimento, melhor saúde.

Caro/a utente e cuidador informal:

O projeto de intervenção acima mencionado insere-se no âmbito do 6º Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, sob orientação pedagógica da Professora Ana Paula Gato e sob orientação clínica da Enfermeira Tem como objetivo contribuir para o aumento da literacia em saúde na gestão do regime terapêutico dos utentes da ECCI e cuidadores informais.

A sua colaboração é fundamental para se atingir o objetivo proposto. Está a ser convidado a participar através do preenchimento de um questionário.

Após o tratamento de dados recolhidos pelo questionário, os participantes poderão ser intervenientes na sua capacitação, adquirindo mais conhecimentos em saúde e adotando estratégias para uma gestão do regime terapêutico eficaz.

Este projeto não lhe trará nenhuma despesa ou risco, nem qualquer compensação monetária. O questionário deverá ter a duração de preenchimento de cerca de 10 minutos.

Todas as informações recolhidas são confidenciais e de uso exclusivo para o presente projeto, sendo os questionários e os consentimentos informados destruídos após a recolha de dados efetuada para uma base de dados, com acesso através de *password*, apenas conhecida pela discente.

A sua participação neste estudo é voluntária e pode recusar participar ou retirar-se em qualquer altura, sem que tal facto tenha consequências para si. Se tal acontecer, os seus dados serão eliminados na totalidade e de imediato, não havendo nenhum aproveitamento das respostas efetuadas até ao momento.

O presente consentimento será preenchido em duplicado, sendo cedida uma via à discente e outra ao participante.

Depois de ler/ouvir as explicações acima referidas, declaro que compreendi tudo o que me foi explicado e aceito participar nesta investigação.

(Próprio / Cuidador Informal)

Data: _____

Assinatura: _____

Expliquei a natureza e o propósito do estudo

Data: _____

Assinatura: _____

(Mariana Ribeiro, 210531111@estudantes.ips.pt)

APÊNDICE IV – *Problemas identificados/ Diagnósticos de enfermagem segundo taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*

Principais resultados do questionário para a formulação dos diagnósticos de enfermagem	Problemas identificados	Diagnósticos de enfermagem
- 10 participantes esclarecem as dúvidas na internet; 6 recorrem a familiares amigos ou vizinhos; 3 contactam a linha de emergência 112; 3 aguardam pela próxima consulta; 2 dirigem-se em centro de saúde; 1 dirige-se ao serviço de urgência do hospital.	Acesso inadequado à informação em saúde	Comportamento de procura de saúde comprometido
- 60% dos participantes conhece a medicação através do <i>design</i> da embalagem original, cor ou forma do comprimido.	Identificação da medicação habitual comprometida	Capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida
- Quanto à indicação farmacológica da medicação habitual, 47% da amostra referiu ter dúvidas às vezes e 13% ter dúvidas sempre - 60% dos participantes referiu que a informação disponibilizada nas embalagens de medicação é incompleta - 6 participantes referiram como maior dificuldade perceber qual a indicação terapêutica da medicação habitual; 3 participantes referiram dificuldades em entender como se toma/ administra a medicação; 1 participante referiu como maior dificuldade a leitura da informação nas embalagens da medicação habitual, devido à má impressão em <i>braille</i> - 14 participantes referem que se automedicam no aparecimento de sintomas agudos (sendo que a maioria demonstrou desconhecimento sobre indicação farmacológica e utilização de fármacos de forma desajustada)	Falta de informação sobre indicação terapêutica da medicação habitual Automedicação de forma desajustada	Falta de conhecimento sobre regime medicamentoso
- 5 participantes referiram esquecimento da toma/ administração de medicação devido ao elevado número de medicamentos prescritos	Esquemas terapêuticos complexos	Regime medicamentoso complexo
- 5 participantes referiram dificuldade económica para adquirir medicação	Baixos rendimentos	Rendimento inadequado
- 2 participantes referiram não necessitar de guia terapêutico para medicação habitual, por se encontrar escrita na prescrição médica - 2 participantes referiram não mencionar alergias e intolerâncias, uma vez que se encontram registadas no sistema - 6 participantes negaram qualquer dificuldade na gestão do regime terapêutico	Crenças dificultadoras	Crença de saúde dificultadora
- 7 participantes referiram que não recorrem a nenhum guia terapêutico - 2 participantes armazenam a medicação habitual nos blisters, retirando-a da embalagem original; - 14 participantes referiram que se automedicam no aparecimento de sintomas agudos	Falta de guia terapêutico Armazenamento inadequado da medicação habitual Automedicação desajustada	Falta de conhecimento sobre medidas de segurança
- 9 participantes referiram que às vezes se esquecem das dúvidas a colocar; 5 referiram que expõem as dúvidas dependendo da atitude do profissional de saúde; 2 apenas expõem as dúvidas se o profissional questionar; a maioria refere informação conflituosa e não consensual entre os vários profissionais	Comunicação com equipa de saúde ineficaz	Comunicação com equipa de saúde comprometida

APÊNDICE V – *Exemplo de guia terapêutico personalizado*



GUIA TERAPÊUTICO

Nome do utente:		Data:					
NOME E DOSE DA MEDICAÇÃO	PARA QUE SERVE?	QUANDO DEVE TOMAR A MEDICAÇÃO?					
		 JEJUM	 PEQUENO-ALMOÇO	 ALMOÇO	 LANCHE	 JANTAR	 DEITAR
Pantoprazol 40mg	 Estômago	1				1	
Vigantol 0,5mg/ml	 Vitamina D			8  GOTAS			
Tansulosina 0,4mg	 Próstata					1	
Lorazepam 2,5mg	 Dormir						 MEIO
Duloxetina 30mg	 Depressão						1
Xoterna	 Brônquios	 1 vez por dia					
Alergias:							

APÊNDICE VI – *Exemplos de etiquetas orientadoras do medicamento*

 ESTÔMAGO	 JEJUM	 JANTAR	1
 VITAMINA D	 ALMOÇO	 8	
 PRÓSTATA	 JANTAR	1	
 DORMIR	 DEITAR	2	
 DEPRESSÃO	 DEITAR	1	
 BRÔNQUIOS	 1 VEZ POR DIA		

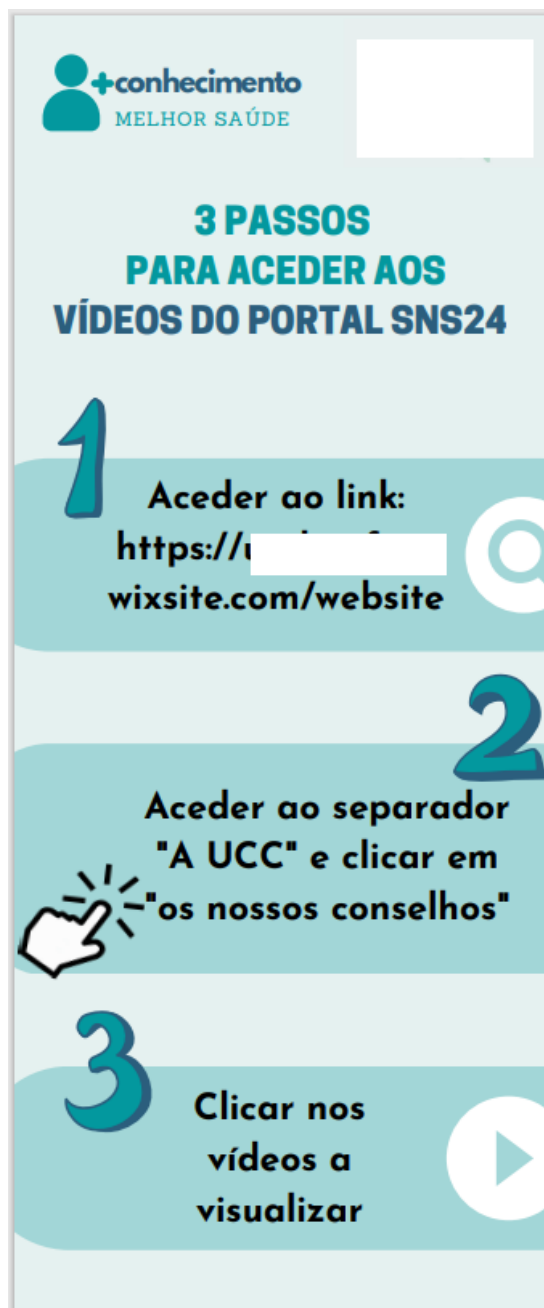
APÊNDICE VII – *Boletim Individual de Saúde do Utente (BISU)*

jun-23 | Página 135

APÊNDICE VIII – Vídeos sobre o acesso e funcionalidades do Portal do SNS24 e da Aplicação Móvel SNS24 (capas dos vídeos)



APÊNDICE IX – *Guia com os passos para aceder aos vídeos no site da UCC*



APÊNDICE X – *Sessão de educação dirigida à comunidade do ginásio do bairro*

(Cartaz de divulgação e folheto sobre cuidados a ter com a medicação)



Acesso ao Portal do SNS24

Venha conhecer algumas das funcionalidades do portal do SNS24

- como pedir uma consulta
- como pedir medicação

DIA 26/01/2023

14:30H

Ginásio comunitário do Bairro []

Contamos consigo!

Equipa de Intervenção Comunitária da UCC
Enfermeira []
Enfermeira Mariana Ribeiro



Armazenamento da sua medicação

- Procure um local fresco, com pouca luz e baixa humidade.
- Evite as casas de banho e cozinhas.
- Reserve-a longe do alcance de crianças e de pessoas em estado de confusão mental.

Quando já não precisa da medicação ou se já passou o seu prazo de validade...

Entregue-a numa farmácia.

Trabalho realizado no âmbito de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Mestranda Mariana de Rito Ribeiro
sob Orientação Pedagógica de Professora Doutora Ana Paula Gato
e Orientação Clínica de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária



GERIR A SUA MEDICAÇÃO DE FORMA SEGURA

O que deve saber

Dicas para se lembrar de tomar a medicação

- Escreva lembretes e coloque-os à vista.
- Utilize o despertador para se lembrar da medicação a tomar.
- Peça ajuda quando tiver dificuldades em lembrar-se de tomar a medicação.
- Os profissionais de saúde podem ajudá-lo a encontrar as estratégias mais adequadas para a sua situação.

será cumprida. Por isso...

Fale com o seu médico para o ajudar a tornar a sua medicação mais simples.

Mantenha uma vigilância de saúde regular!

APÊNDICE XI – *Cronograma*

ANO	2022																		2023					
MESES	Maio		Junho				Setembro			Outubro				Novembro				Dezembro		Janeiro				
SEMANAS DE ESTÁGIO	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Diagnóstico de Situação																								
Pedidos de autorização e declarações para implementação do projeto																								
Obtenção do Consentimento Informado																								
Aplicação de instrumento de colheita de dados																								
Análise dos dados obtidos																								
Determinação de prioridades																								
Fixação de objetivos																								
Seleção de estratégias																								
Preparação operacional																								
Atividades																								
Elaboração do artigo																								
Avaliação das atividades desenvolvidas																								

APÊNDICE XII – *Questionário aplicado aos participantes para avaliação dos instrumentos elaborados*



AVALIAÇÃO DOS INSTRUMENTOS APLICADOS

Após a conclusão da intervenção é importante avaliar a utilidade da aplicação dos instrumentos elaborados para a população alvo.

Desta forma, para efeitos de avaliação da nossa intervenção, solicito a sua colaboração na resposta à seguinte questão.

Data: __/__/__

Mestranda: Mariana Ribeiro

Os instrumentos foram úteis? Assinale conforme a escala.

 Úteis	 Pouco úteis	 Não aplicável

Obrigada pela sua colaboração 😊

APÊNDICE XIII – *Questionário aplicado aos participantes para avaliação sobre a aquisição de conhecimentos*



AVALIAÇÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS

Após a conclusão da intervenção é importante avaliar os seus resultados ao nível do aumento de conhecimentos da população alvo.

Desta forma, para efeitos de avaliação da nossa intervenção, solicito a sua colaboração no preenchimento deste documento, com duração de preenchimento de cerca de 2 minutos.

Data: ____/____/____

Mestranda: Mariana Ribeiro

Assinale se concorda com as seguintes afirmações:

	Concordo	Discordo	Não sei
Quando preciso de receitas, tenho sempre de me deslocar ao centro de saúde.			
Devo entregar a medicação fora do prazo na farmácia.			
Devo conhecer a medicação habitual através da cor do comprimido.			
Posso marcar consultas através do portal do SNS24.			
Quando tenho consultas, devo esclarecer todas as dúvidas, mesmo que o profissional de saúde não pergunte.			
Devo guardar a medicação na casa de banho.			
Se precisar de tomar medicação em SOS, posso escolher a que me parece mais adequada.			

Obrigada pela sua colaboração 😊

APÊNDICE XIV – *Apresentação do projeto de intervenção e dos seus resultados à equipa da UCC – plano de sessão*



FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: Apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária: Promoção da Literacia para a Gestão do Regime Terapêutico - “Mais conhecimento, melhor saúde”

Local: !

Data: 31/01/2023

Início: 14h30 **Fim:** 15h10

Objectivo geral: Apresentar o Projeto de Intervenção Comunitária: Promoção da Literacia para a Gestão do Regime Terapêutico – “Mais conhecimento, melhor saúde”, desenvolvido em contexto de estágio de mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Objectivos específicos:

- Apresentar à equipa de enfermagem da UCC os resultados da colheita de dados da fase diagnóstica do Projeto de Intervenção Comunitária
- Dar a conhecer à equipa de enfermagem da UCC os instrumentos facilitadores para a gestão do regime terapêutico desenvolvidos e aplicados durante a fase de intervenção
- Disponibilizar à equipa da UCC instrumentos facilitadores para a gestão do regime terapêutico de utentes idosos e cuidadores integrados em ECCI
- Obter a avaliação da equipa de enfermagem acerca da pertinência dos instrumentos desenvolvidos no âmbito do presente projeto

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
Metodologia utilizada e questões éticas;	Expositivo	<i>Power point</i>	3min	Discente Mariana Ribeiro
Breve contextualização teórica, seguida da apresentação do diagnóstico de situação, fase de priorização, objetivos, metas, indicadores, estratégias e cronograma;	Expositivo	<i>Power point</i>	13min	
Atividades desenvolvidas e instrumentos elaborados;	Expositivo e demonstrativo	<i>Power point</i> e impressos	8min	
Avaliação das atividades;	Expositivo	<i>Power point</i>	2min	
Planeamento da continuidade do projeto e registos;	Expositivo	<i>Power point</i>	4min	
Obtenção da avaliação da equipa de enfermagem quanto à pertinência dos instrumentos elaborados.	Interrogativo	Ficha de avaliação	5min	
Discussão de ideias e sugestões	Ativo	<i>Brainstorming</i>	5min	

APÊNDICE XV – *Questionário aplicado aos profissionais da UCC para avaliação dos instrumentos elaborados*



AVALIAÇÃO SOBRE OS INSTRUMENTOS ELABORADOS

Após a conclusão da intervenção é importante que a equipa de enfermagem da UCC avalie se os instrumentos elaborados são pertinentes à sua aplicabilidade futura na continuidade deste Projeto de Intervenção Comunitária.

Desta forma, para efeitos de avaliação da nossa intervenção, solicito a vossa colaboração na resposta à seguinte questão.

Data: ____/____/____

Mestranda: Mariana Ribeiro



Figura 1 – Boletim Individual de Saúde do Utente (BISU)



Figura 2 – Guias terapêuticos



Figura 3 – Etiquetas de medicamento



Figura 4 – Vídeos sobre Portal SNS24 e APP SNS24

Os instrumentos são pertinentes?

Pertinentes	Pouco pertinentes	Não aplicável

Obrigada pela sua colaboração



ANEXOS

ANEXO I - Autorização da Exm^a Sr^a Enfermeira Coordenadora da UCC e declarações da Exm^a Sr^a Orientadora Clínica e da Exm^a Sr^a Orientadora Pedagógica

Declaração de Aceitação de Orientação Pedagógica

Eu, ANA PAULA GATO R. RADO RODRIGUES,
Professora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, declaro
que aceito orientar o Projeto de Intervenção Comunitária sobre Literacia em Saúde
na Gestão do Regime Terapêutico dos Idosos e Cuidadores Informais, a
desenvolver pela estudante Mariana de Rito Ribeiro, mestranda do 6º Curso de
Mestrado em Enfermagem em Associação, a decorrer no Instituto Politécnico de
Setúbal, na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde
Pública.

Local Lisboa, UCC

Data 23/06/2022

Assinatura _____

Declaração de Aceitação de Orientação Clínica

Eu, C,
Enfermeira na UCC, declaro que aceito orientar o Projeto de
Intervenção Comunitária sobre Literacia em Saúde na Gestão do Regime
Terapêutico dos Idosos e Cuidadores Informais, a desenvolver pela estudante
Mariana de Rito Ribeiro, mestranda do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em
Associação, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, na área de
especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Local Lisboa, UCC

Data 23/06/2022

Assinatura _____

Exma. Sra. Coordenadora da UCC
Enfermeira

Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento de Projeto de Intervenção na UCC

Eu, Mariana de Rito Ribeiro, Enfermeira e Mestranda do 6º Mestrado em Enfermagem em
Associação, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, na área de especialização de
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, solicito a sua autorização para o
desenvolvimento do projeto *Literacia em Saúde na Gestão do Regime Terapêutico: Um
Projeto de Intervenção Comunitária para Idosos e Cuidadores Informais*.

Este projeto será desenvolvido no âmbito do Estágio I, a decorrer na UCC Integrar na
Saúde do ACES sob orientação clínica da Enfermeira : _____ e
orientação pedagógica da Professora Ana Paula Gato. Tem como objetivo contribuir para o
aumento da literacia em saúde na gestão do regime terapêutico dos idosos e cuidadores
informais integrados em ECCL.

Eu, _____,
Coordenadora da UCC Integrar na Saúde, declaro que estão reunidas as condições
materiais e humanas para a realização do Projeto de Intervenção sobre Literacia em Saúde
na Gestão do Regime Terapêutico, dirigido aos Idosos e Cuidadores Informais integrados
em ECCL.

Local UCC

Data 23/06/2022

Assinatura _____

ARS Lisboa e Vale do Tejo
ACES
Unidade de Cuidados na Comunidade

Lei n.º 21/2014, de 16 de abril que regula a investigação clínica

ANEXO II - Parecer do Exmº Sr. Presidente do Conselho Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES)

aces

DECLARAÇÃO

Na qualidade de Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES L), declaro que existem condições logísticas, humanas e éticas para implementação do projeto de Intervenção Comunitária "**Literacia em Saúde na Gestão do Regime Terapêutico Medicamentoso do Idoso e Cuidador Informal**" na UCC do ACES , sob a responsabilidade da Srª Enfª Mariana Rito Ribeiro, tendo como orientadora clínica a Srª Enfª : e como orientadora pedagógica a Srª Profª Ana Paula Gato.

Dra. I

✓ Directora Executiva do ACES I