

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**Capacitar a pessoa idosa e seu
cuidador informal na gestão
terapêutica medicamentosa no
domicílio**

Carla Assunção Parreira Páscoa

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

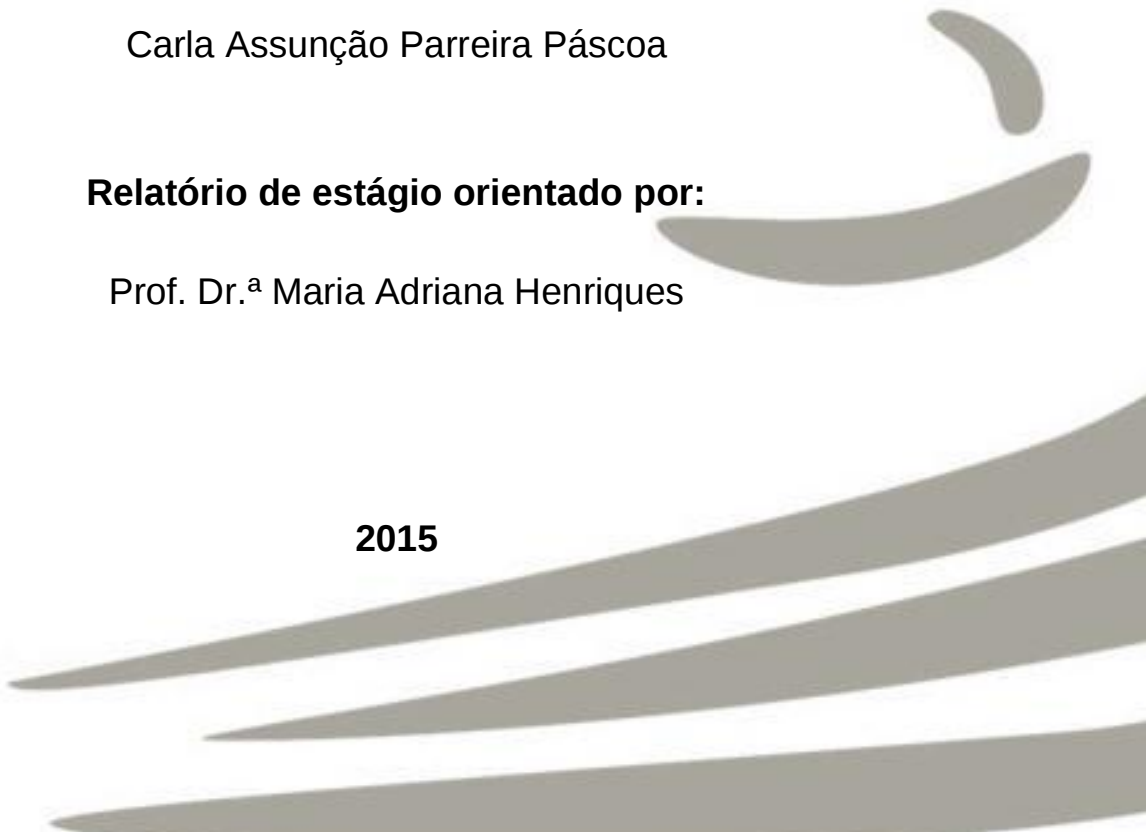
Capacitar a pessoa idosa e seu cuidador informal na gestão terapêutica medicamentosa no domicílio

Carla Assunção Parreira Páscoa

Relatório de estágio orientado por:

Prof. Dr.^a Maria Adriana Henriques

2015



“O amor é uma amostra mortal da imortalidade”

Fernando Pessoa

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centro de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CADI – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador Informal

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

IAI – Índice de Avaliação Integral

ICFT - Índice de Complexidade da Farmacoterapia

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSDRJ – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

OMS – Organização Mundial de Saúde

MAT - Medida de Adesão aos Tratamentos

PNS – Plano Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

WHO – World Health Organization

RESUMO

A realização do presente trabalho tem como foco de intervenção a pessoa idosa e o seu cuidador informal na gestão terapêutica medicamentosa e é desenvolvido com base na metodologia do planeamento em saúde definida pela Ordem dos Enfermeiros para o perfil de competências específicas do enfermeiro de saúde comunitária.

A não adesão à terapêutica é um problema na população idosa, decorrente da incorreta gestão terapêutica por parte do mesmo e seu cuidador informal. Desenvolvendo a enfermagem comunitária a sua prática em torno da prevenção da doença através do cuidar do indivíduo, grupos e comunidade, intervir na adesão à terapêutica medicamentosa irá ajudar a pessoa idosa e seu cuidador informal a gerirem de uma melhor forma as situações crónicas.

A finalidade deste projeto é promover o aumento da adesão à terapêutica medicamentosa na pessoa idosa e seu cuidador informal no domicílio. O planeamento e desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária foram suportados pelo Modelo do Autocuidado de Orem e pelo Modelo do *Empowerment*, contribuindo para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialistas em enfermagem comunitária.

O diagnóstico de situação de saúde foi realizado através da aplicação de um questionário de colheita de dados sociodemográficos, da medida de adesão aos tratamentos, do índice de avaliação das dificuldades do cuidador informal e do índice de complexidade da farmacoterapia, sendo os dados obtidos submetidos a uma análise estatística descritiva. Os principais diagnósticos identificados foram: risco de não adesão à terapêutica na pessoa idosa e atitude face à gestão da terapêutica medicamentosa da pessoa idosa comprometida, por parte do cuidador informal

Foram desenvolvidas intervenções de educação para a saúde. A avaliação evidenciou a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária nos cuidados de saúde primários, no contexto dos cuidados continuados.

Palavras-chave: pessoa idosa; cuidador informal; gestão terapêutica medicamentosa; capacitação

ABSTRAT

The aim of this work has as intervention focus the elderly people and the informal carer in drug therapy management. It is developed in basis on a methodology of healthcare plan defined by the nurses' registration council for the profile of specific competences of community healthcare nurses.

The non-adherence to the drug therapy is a problem in elderly people due to the incorrect therapeutic management by themselves and by the informal carers. Since the community nursing develops its practice in the prevention of the disease trough the individual, group and community care, the intervention in the drug therapy adherence will help the elderly people and their informal carers to better manage the chronic condition.

The final aim of this project is to promote adhesion to drug therapy in elderly people and their informal carers at home. The planning and community intervention project development was supported by the Model of Orem's Self-Care and the Model of Empowerment, which contributed for the nurses' competences development in community nursery.

The diagnosis of healthcare situation was performed through a questionnaire regarding socio-demographics data, drug therapy measurement data, assessment difficulties assessment and drug therapy index. Afterwards, the data were submitted to statistic analysis. The main identified diagnostics were: risk to a non adhesion to the therapeutic in elderly people and informal carer's attitude against drug therapy management of the elderly people.

Health education interventions were developed. The evaluation showed the importance of the Nurse Specialist Community Nursing intervention in primary healthcare in the context of long-term care.

Keywords: elderly; informal carer, drug therapy management; capacity

AGRADECIMENTOS:

Quero agradecer:

Em especial, à minha mãe que tão pouco tempo disponibilizei para ela neste período. Ao meu namorado que tanto me incentivou a terminar mais esta etapa da minha vida. Ao meu irmão que mesmo longe esteve sempre presente e aos meus amigos que compreenderam a minha ausência.

Deixo também o meu obrigado:

À Professora Doutora Adriana, pelo apoio, orientação e disponibilidade.

À Enfermeira Especialista Cláudia, que muitas palavras de incentivo me deu e pela sua orientação.

À equipa da UCC Cuidar+, pela disponibilidade e compreensão que demonstraram durante o meu estágio.

E a todos os que direta ou indiretamente estiveram ligados a este meu projeto.

O meu muito obrigado!

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	12
1 - FOCO DA INTERVENÇÃO	14
1.1 - A pessoa idosa e o cuidador informal	14
1.2 - Adesão à terapêutica na pessoa idosa e seu cuidador informal no domicílio	17
1.3 - A intervenção da enfermagem na gestão terapêutica na pessoa idosa e seu cuidador informal no domicílio	19
2 – REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 - Modelo do Autocuidado de Orem	23
2.2 – Modelo do <i>Empowerment</i>	24
3 - METODOLOGIA	26
3.1 - Metodologia do planejamento em saúde no atual projeto	26
3.2 - Gestão de tempo	26
3.3 - Caracterização do local de estágio	26
4 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	28
4.1 - População alvo	28
4.2 - Instrumentos de colheita de dados	28
4.3 – Resultados obtidos	30
4.4 - Diagnósticos de enfermagem	31
5 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	33
6 - FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	35
6.1- Finalidade e objetivos da intervenção comunitária	35
7- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	37
8- AVALIAÇÃO	39
9 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	42
9.1 - Contributo para a vida profissional	42
10 - QUESTÕES ÉTICAS	44
11 - CONCLUSÕES	45
12 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

ANEXOS

ANEXO I - MAT (Medida de adesão aos tratamentos)

ANEXO II - CADI (Índice de avaliação das dificuldades do cuidador informal)

ANEXO III - ICFT (Índice de complexidade da farmacoterapia)

APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma

APÊNDICE II - Pedido de autorização à Sra. Diretora Executiva do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras

APÊNDICE III - Pedido de autorização à Sra. Vogal do Concelho Clínico do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras

APÊNDICE IV - Pedido de autorização à comissão de ética da ARSLVT

APÊNDICE V - Pedido de autorização para aplicação da MAT

APÊNDICE VI - Pedido de autorização para aplicação da CADI

APÊNDICE VII - Pedido de autorização para aplicação da ICFT

APÊNDICE VIII - Dados sociodemográficos

APÊNDICE IX - Tratamento de dados (Questionário de dados demográficos)

APÊNDICE X - Tratamento de dados (MAT)

APÊNDICE XI - Tratamento de dados (CADI)

APÊNDICE XII - Tratamento de dados (ICFT)

APÊNDICE XIII - Plano da ação de formação à equipa de enfermagem da UCC Cuidar+

APÊNDICE XIV - Ação de formação realizada à equipa de enfermagem da UCC Cuidar+

APÊNDICE XV - Ficha de avaliação da ação de formação realizada à equipa de enfermagem da UCC Cuidar+

APÊNDICE XVI - Sessão informativa realizada à pessoa idosa/cuidador informal no domicílio e centro de dia

APÊNDICE XVII - Folheto informativo entregue à pessoa idosa/ cuidador informal

APÊNDICE XVIII - Folha de terapêutica entregue à pessoa idosa/cuidador informal

APÊNDICE XIX - Sessão informativa realizada no centro de dia e elaboração de poster

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 - Distribuição das taxas de envelhecimento em Portugal	15

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Sistema de enfermagem apoio-educação	24

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Intervenções para melhorar a gestão terapêutica	22
Tabela 2 - Critérios de inclusão e de exclusão	28
Tabela 3 - Priorização de diagnósticos de enfermagem	33
Tabela 4 - Estratégias desenvolvidas	38
Tabela 5 - Indicadores de estrutura	40
Tabela 6 - Indicadores de processo	40

INTRODUÇÃO

O presente relatório prende-se com a descrição e relato do estágio desenvolvido no decorrer do 3º semestre do 5º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária. O desenvolvimento das atividades propostas em meio comunitário serviu como alicerce para a aquisição de competências na área em questão. O estágio foi desenvolvido na UCC Cuidar+, em Queijas e teve como foco de intervenção comunitário a pessoa idosa e o seu cuidador informal.

Com o evoluir dos tempos, tem-se notado não só uma diminuição da fertilidade populacional, mas também o aumento da esperança média de vida. De acordo com a OMS a população idosa mundial está a envelhecer a cada momento, estando as pessoas com 80 anos ou mais a crescer exponencialmente. (WHO, 2014b) O envelhecimento da população na Europa e em Portugal aumentou na última década. Segundo a OMS, entre 2010 e 2050 o número de pessoas com mais de 65 anos de idade irá duplicar, e o número de pessoas com mais de 85 anos de idade deverá aumentar de 14 para 19 milhões em 2020 e para 40 milhões em 2050. (WHO, 2014a)

Em Portugal, de acordo com os dados recolhidos pelo Censos 2011, existem cerca de 2 milhões de pessoas com idade superior a 65 anos, ou seja, cerca de 19% da população portuguesa é idosa, tendo crescido na última década. (INE, 2012) Também de acordo com o Censos 2011 mais de um milhão e duzentos mil idosos (cerca de 60% da população idosa em Portugal) vivem sozinhos ou na companhia de outros idosos, sendo o índice de dependência dos idosos de 29, por cada 100 pessoas em idade ativa. Desta forma houve um aumento em 21%, desde 2001, na dependência da pessoa idosa face a um cuidador informal. (INE, 2012)

Desta forma, perante uma população envelhecida, as dificuldades na gestão terapêutica é um problema presente (Henriques, 2011), não só em todo o mundo (WHO, 2003) como também em Portugal, levando à não adesão à terapêutica (Cabral & Silva, 2010). Segundo a revisão de literatura de Banning (2008) a adesão aos regimes terapêuticos podem ser não só dependentes da idade como também de inúmeras causas, tais como: comprometimento cognitivo (Salas et al, 2001); literacia

em saúde (Roth & Ivey, 2005) e incapacidade de gerir as prescrições terapêuticas (Griffiths et al, 2004).

A OMS (WHO, 2003) refere que cerca de 50% dos tratamentos recomendados não são seguidos pelos utentes, a nível mundial. Em Portugal, Cabral & Silva (2010), referem no seu estudo que cerca de um terço da população em tratamento, não cumpre a terapêutica prescrita. Já Henriques (2011) no seu estudo com um grupo de idosos em contexto comunitário refere que a adesão total aos tratamentos prescritos é apenas de 19,7%.

Desta forma a não adesão à terapêutica é um problema na população idosa, tornando-se preocupante face à prática da enfermagem, não só no controlo das doenças crónicas, como também na prevenção de quedas, suicídio, entre outras situações que colocam a sua segurança em risco, no domicílio. (Hamilton et al, 2009)

A enfermagem comunitária desenvolve-se, desta forma, em torno da prevenção da doença e na promoção da saúde, ou seja, os seus cuidados baseiam-se na educação para a saúde ao indivíduo e sua comunidade (Stanhope & Lancaster, 2010), tal como Orem também defende na teoria dos sistemas de enfermagem. Esta diz-nos que a enfermagem em conjunto com o utente deve desenvolver estratégias para a promoção do autocuidado. (Orem, 2001)

Assim, tendo como orientação o Modelo Teórico do Autocuidado de Doroteah Orem e o Modelo do *Empowerment* para a aplicação das estratégias, a finalidade do presente projeto de intervenção é sensibilizar a pessoa idosa e seu cuidador informal para a gestão terapêutica no domicílio, de modo a promover a adesão terapêutica. Para tal, serão desenvolvidas atividades com a população alvo ao longo do estágio, de forma a promover e melhorar a gestão terapêutica.

Quanto à organização do relatório, este teve como base a metodologia do planeamento em saúde, irá ser constituído primeiramente por dois capítulos de enquadramento teórico, seguidos dos referentes ao planeamento em saúde. Por fim será feita uma conclusão e uma breve reflexão sobre as questões éticas e implicações que o presente projeto terá na prática do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

1 - FOCO DA INTERVENÇÃO

1.1 - A pessoa idosa e o cuidador informal

Segundo a WHO (2001), o “envelhecimento normal” são alterações biológicas universais que se manifestam com a idade, mas que não são afetadas pela doença ou por influências ambientais. As pessoas consideradas idosas são pessoas que têm 65 anos de idade ou mais.

A “velhice”, segundo Berger & Nalloux-Poirier (1995) é a última etapa do ciclo de vida do ser humano, onde o organismo sofre sucessivas transformações, ou seja, de acordo com Quaresma, Fernandes, Calado e Pereira (2004), as pessoas idosas estão sujeitas a inúmeras situações de vida inerentes ao envelhecimento biológico, tal como as doenças crónicas. Mas não é só o organismo que sofre alterações, também as dimensões psicológica e socioeconómica se alteram face a esta evolução fisiológica, que se traduz como uma fase natural do ciclo de vida do ser humano. (DGS, 2004)

Desta forma, “o envelhecimento traduz-se por uma diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida”. (Costa, 2002, p.37). Esta diminuição das capacidades de adaptação do ser humano pode ou não ser relacionada com uma situação de doença. O envelhecimento é um processo único, intransferível, dinâmico e singular, que cada pessoa vive à sua maneira e o aceita de acordo com as suas capacidades.

O envelhecimento da população está a afetar em grande escala a população da região europeia da OMS, tendo esta a idade média mais alta do mundo (ronda os 80 anos de idade) e onde a proporção de pessoas com mais de 65 anos de idade deverá aumentar em cerca de 25% até 2050. (WHO, 2014a)

Apesar destes números serem médias mundiais e europeias, em Portugal também se constata taxas de envelhecimento elevadas, que têm vindo a subir com o passar dos anos. A taxa da população idosa em Portugal é mais concentrada na região norte e em Lisboa, no entanto podemos verificar que em relação à população total de cada região, é no Alentejo e no Algarve que a taxa de envelhecimento é maior. Na região do Norte encontra-se 31% do total da população idosa, seguindo-

se das regiões do Centro e de Lisboa com cerca de 26%. O Alentejo, Algarve, Madeira e Açores apresentam, respetivamente, 9.1%, 4.4%, 2% e 1.6% dos idosos residentes no país. (INE, 2012)

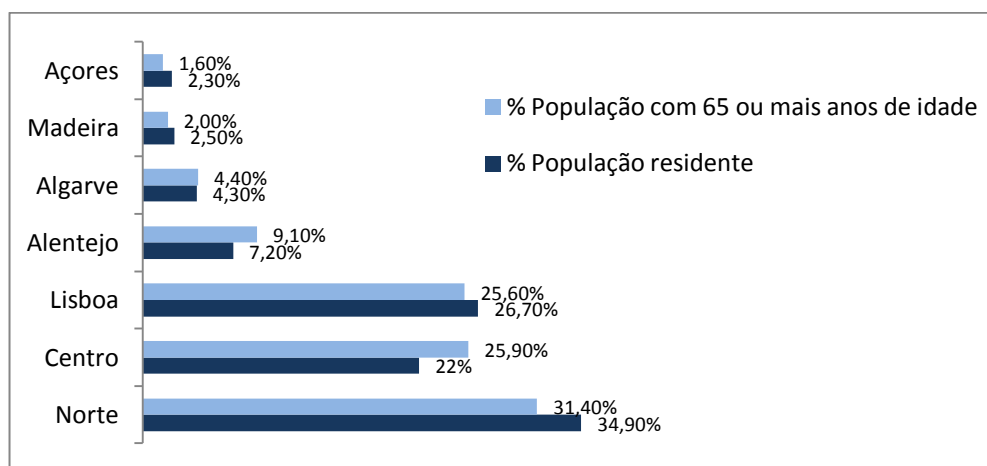


Gráfico 1: Distribuição das taxas de envelhecimento em Portugal (INE, 2012)

De acordo com a DGS (2004), a esperança média de vida à nascença em Portugal é de 80.3 anos para as mulheres e de 73.5 anos para os homens, o que nos mostra que o envelhecimento da população está aumentar à medida que a qualidade de vida também melhora e a taxa de natalidade diminui.

A pessoa idosa depara-se muitas vezes com limitações na sua vida quotidiana, derivadas de processos de doença crónica, que a leva a depender de outros. São exemplos de alguns dos problemas as demências e estados confusionais, esquecimentos, tremores, dificuldades na locomoção, entre outros. O cuidador informal é descrito por vários autores como o elemento que cuida, preferencialmente, da pessoa dependente no domicílio e pode ser um familiar, um vizinho ou um amigo (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006; Sequeira, 2010). Assim, *“denominam-se cuidados informais os que são executados de forma não antecipada, não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas uma parte dos mesmos”* (Sequeira, 2010, p. 156)

O papel do cuidador informal torna-se bastante complexo, uma vez que este desenvolve a sua prestação de cuidados ao idoso dependente em três vertentes diferentes: apoio na informação e orientação de técnicas para melhorar o cuidado; apoio emocional, com o intuito de partilha e afeto trabalhando para a construção e

manutenção da autoestima; Apoio instrumental que se refere ao tipo de cuidados que se prestam ao idoso dependente (Sequeira, 2010).

Envelhecer faz parte de todos nós apesar, da maioria das vezes, não nos darmos conta desse envelhecimento. Envelhecer não é uma doença, mas é necessário que possamos fazer coisas para melhorarmos a qualidade de vida, que muitas vezes é afetada pelas mudanças naturais da evolução do corpo humano. Nunca é tarde para mudarmos o nosso estilo de vida, para que sejamos mais saudáveis e felizes, no resto de tempo que temos pela frente.

A promoção de políticas de intervenção faz parte dos objetivos da OMS com intuito de obter ganhos em saúde. Assim, as políticas desenvolvidas tanto a nível mundial como nacional, face ao rápido envelhecimento da população, tornaram-se a chave para prevenir grande parte dos efeitos negativos das doenças crónicas, invalidez e perda do bem-estar nas pessoas idosas. A saúde das pessoas idosas e o seu bem-estar podem ser promovidos de forma inteligente, se houver desenvolvimento de políticas de saúde que os promovam. (WHO, 2014a)

Assim, os cuidados de enfermagem às pessoas idosas devem ter como base a ajuda, no sentido destas pessoas aproveitarem e potencializarem ao máximo as suas capacidades funcionais, quaisquer que seja o seu estado de saúde ou idade. (Moniz, 2003; Richards & Lilly, 2005)

É em contexto comunitário que se desenvolvem muitas estratégias não só de promoção de saúde, como também na gestão da sua situação de doença crónica, onde o fundamental é os cuidados centrados na pessoa idosa e seu cuidador informal de forma a encorajar a sua auto-determinação e independência. (Squire 2005)

Nesta linha de atuação em Portugal, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004), desenvolveu várias estratégias de promoção do envelhecimento saudável, com o intuito, não só de motivar a participação das pessoas idosas no seu estado de saúde, como também melhorar a sua qualidade de vida. Tais estratégias consistem em:

- Informar e formar as pessoas idosas sobre a atividade física, funções cognitivas, gestão do sono, nutrição, hidratação, alimentação e eliminação.

- Adequação dos cuidados prestados às necessidades de cada indivíduo, ou seja, deve perceber-se as dificuldades que as pessoas idosas apresentam face aos serviços e cuidados de saúde;
- E por último, o desenvolvimento de ambientes capacitadores através da promoção da segurança e da prevenção de acidentes domésticos, nas pessoas idosas.

Desta forma, é com base nestas estratégias e nos pilares descritos pela WHO (2007) para os “cuidados de saúde centrados na pessoa” (indivíduos, família e comunidades, prestadores de cuidados de saúde, organizações prestadoras de cuidados e sistemas de saúde) que os enfermeiros desenvolvem grande parte dos cuidados que prestam à pessoa idosa, nomeadamente, no que diz respeito à gestão terapêutica, como medida para a promoção da segurança, gestão da situação crónica e saúde na população idosa.

1.2 - Adesão à terapêutica na pessoa idosa e seu cuidador informal no domicílio

A não adesão à terapêutica tem vindo a ser uma preocupação crescente no meio da saúde. Já Hipócrates, na escola de Kos relatava para o fato de “*os pacientes mentirem frequentemente quando dizem ter tomado certos medicamentos*”. (Burgoon, 1996)

No entanto, o conceito de adesão foi apresentado só no séc. XX por Haynes, Taylor & Sackett (1979) que utilizaram o termo *compliance* para referir o grau em que os comportamentos do doente cumprem ou seguem as prescrições terapêuticas.

Nos dias de hoje, com a introdução do modelo biopsicossocial, esta definição deixou de ser usada, uma vez que era centrada exclusivamente na perspetiva do profissional de saúde e pelo papel passivo atribuído ao utente (Vermeire, Hearnshaw, Royen, & Denekens, 2001). Assim a adesão passou a ser definida como um processo que integra os aspetos psicossociais, as crenças, e a vontade do utente (DiMatteo, Haskard, & Williams, 2007; Ross, Walker, & MacLeod, 2004).

A não adesão à terapêutica depende desta forma de vários fatores, que interagem entre si, e influenciam o nível de adesão à terapêutica por parte dos utentes. De acordo com Cabral & Silva (2010), estes fatores agrupam-se em três dimensões: fatores demográficos, sociais e económicos, fatores relacionados com a doença e com o regime terapêutico, e fatores dependentes da relação entre o utente e o profissional/serviço de saúde.

Henriques (2011), no seu estudo com idosos na comunidade, concluiu que as causas mais frequentes de não adesão ao tratamento eram o esquecimento, o não ter o medicamento consigo, o não tomar de vez enquanto o medicamento não faz mal, dificuldades económicas, o estar ocupado e o ter deixado terminar o medicamento, havendo apenas 19.7% da população aderente na totalidade ou corretamente às prescrições terapêuticas.

A adesão à terapêutica é um tema hoje em dia muito debatido, pois está diretamente associado ao aumento das hospitalizações, ao insucesso da terapêutica, à agudização e complicações das doenças crónicas, ao aumento dos custos em saúde, à diminuição da qualidade de vida e consequentemente, a elevadas taxas de morbilidade e mortalidade nas pessoas idosas. (WHO, 2003) De acordo com Banning (2009) cerca de 10% dos idosos dão entrada não programada no hospital, por erros na toma da medicação prescrita.

No inquérito nacional de saúde de 2005/2006, foram referidos que cerca de 15.6% da população idosa apresentava uma doença crónica e cerca de 53.8% apresentava cinco ou mais doenças crónicas, estando nas mais frequentes a diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e a obesidade. (INE & INSDRJ, 2009) Como consequência e também de acordo com o mesmo inquérito (INE & INSDRJ, 2009), o consumo medicamentoso aumenta à medida que se avança a faixa etária, ou seja, em Portugal cerca de 86.5% da população idosa consomem medicamentos prescritos, sendo os mais prescritos, terapêutica anti-hipertensora e dislipidémicos.

Desta forma, é de notar que a fragilidade e o aumento de doenças crónicas nas pessoas idosas levam a um aumento do consumo medicamentoso, muitas das vezes com pouco controlo por parte dos profissionais de saúde, o que traz muitas dificuldades na promoção da saúde desta população. Griffith (1990) defende que

com o envelhecimento da população, a não adesão à terapêutica aumenta, devido às complicações de saúde, acompanhadas de doenças crônicas.

Outros autores referem mesmo que, a diminuição das faculdades, nomeadamente, a memória, a audição, a visão, a capacidade cognitiva afetada, alterações psiquiátricas, mobilidade condicionada entre outras limitações, afetam diretamente o cumprimento do regime terapêutico por parte da pessoa idosa, comprometendo a sua saúde. (Berger & Nalloux-Poirier, 1995; Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001)

No estudo feito em Portugal por Cabral & Silva (2010), apesar de se referirem à população em geral, estes concluíram que também o fator socioeconómico influencia a adesão à terapêutica, nomeadamente nas pessoas idosas, que muitas vezes não tem nem dinheiro, nem suporte familiar para a compra dos medicamentos prescritos. Estes também concluíram, que a comunicação entre utente e profissional de saúde interfere na toma da medicação por parte do utente.

No entanto, apesar de em Portugal, haver muitas pessoas idosas a viverem sozinhas, ainda há aquelas que vivem dependentes dos cuidados de outros - cuidador informal. Nestas situações, segundo a WHO (2003) o incumprimento da terapêutica deve-se à incapacidade dos cuidadores informais na compreensão da prescrição terapêutica.

Caminhamos, desta forma, para a necessidade de apoio à pessoa idosa e aos seus cuidadores informais, em cuidados de saúde primários na gestão terapêutica, de forma a melhorar as taxas de adesão e consequentemente, melhorar a qualidade de vida desta população, diminuindo os custos em saúde.

1.3 - A intervenção da enfermagem na gestão terapêutica na pessoa idosa e seu cuidador informal no domicílio

A educação para a saúde, como Green e Kreuter descrevem, define-se como a informação dada às pessoas de forma a influenciar as suas tomadas de decisão face aos seus comportamentos (Laverack, 2008). Ogden (2000) descreve-a como uma das principais estratégias inerentes a qualquer programa de promoção saúde

sendo uma peça conceptual relevante nos diferentes modelos de incentivo aos comportamentos de saúde.

O PNS 2011-2016 refere-se à promoção da saúde à cidadania como uma estratégia baseada na criação e no desenvolvimento de programas específicos na área da educação para a saúde, auto gestão da doença e capacitação dos cuidadores informais, com o intuito de capacitar o cidadão, famílias e cuidadores para a gestão não só da sua própria saúde como também no processo de doença crónica e prevenção de complicações. (DGS, 2011)

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), é importante a participação da comunidade nos programas de saúde de forma a adquirir autonomia na estruturação do futuro da sua saúde. Nesta perspetiva, o cuidar da pessoa idosa deve ter em conta os princípios da individualidade e do respeito pelo individuo e pelas suas escolhas face aos seus comportamentos de saúde. (WHO, 2014a)

A adesão à terapêutica nas pessoas idosas tem sido alvo de diversos estudos e também uma preocupação constante por parte da enfermagem. Esta desempenha um papel importante no controlo do regime terapêutico e na mudança de comportamento das pessoas idosas e seus cuidadores informais, face ao cumprimento da prescrição terapêutica. (Palma, 2012)

Deste modo torna-se crucial a educação e a promoção para uma adesão à terapêutica eficiente e eficaz, à pessoa idosa e seu cuidador informal, potenciando a sua capacitação face à situação de saúde/doença. Existem diversas estratégias e planos de ação delineados e aplicados à prática diária da enfermagem, que colmatam e melhoram a adesão à terapêutica na pessoa idosa.

A enfermagem, como refere Redman (2002) pode atuar em diversos campos nomeadamente delinear estratégias educativas para capacitar a população idosa a implementar e a manter o regime terapêutico prescrito através de uma comunicação adequada sobre a prescrição medicamentosa.

O enfermeiro deve procurar transmitir a informação de forma clara e organizada, com frases curtas e se possível reforçando com ilustrações, fotografias, gráficos ou diagramas. (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes, 2010) Também estes autores defendem que a interação com o cliente deverá desenvolver-se em torno da sua capacitação face ao problema, que leva a uma transmissão de

informação, por parte do enfermeiro, de forma adequada à pessoa idosa e sua situação. Esta informação deve facilitar a sua compreensão, estando de acordo com o seu nível de literacia, especificidades culturais e grau de desenvolvimento cognitivo. (Santos et al., 2010)

De acordo com Doggrell (2010), a abordagem via telefónica por um profissional de saúde ao utente, face à gestão terapêutica, tem vindo a mostrar resultados positivos, no entanto, este tipo de abordagem têm-se mostrado mais dinâmico e com melhores resultados, quando aliado a sessões de educação no pré-alta, visitas domiciliárias e revisões periódicas da terapêutica por parte do médico assistente.

Em outros estudos as intervenções mais desenvolvidas para promover uma adequada gestão terapêutica nos idosos, passa maioritariamente por um controlo e supervisão por parte do profissional de saúde (enfermeiro, farmacêutico ou médico, de referência), da medicação prescrita e educação do utente e seu cuidador informal. (Higgins & Regan, 2001; Godfrey et al, 2013)

Também Godfrey et al (2013), na sua revisão sistemática da literatura refere alguns estudos que descrevem estratégias com evidência na adesão terapêuticas tais como:

- Deteção de problemas, pelo farmacêutico, na gestão terapêutica por parte do utente, comunicando ao médico, enfermeiro e outros cuidadores. Neste estudo, a taxa de problemas detetados com a medicação após a intervenção variou cerca de 73%, ou seja, cerca de 2 terços da população em estudo diminui os problemas com a gestão terapêutica. (Alkema et al., 2009)
- Desenvolvimento de um sistema de informação, por parte dos enfermeiros, de forma a descreverem toda a medicação de cada utente, interações medicamentosas e advertências quanto às prescrições. Este método melhorou o controlo e consequentemente a gestão terapêutica do utente. (Johansson et al., 2010).
- Visitas domiciliárias pelos enfermeiros de modo a controlar a medicação, realizando sessões de educação individualizadas. Estas intervenções mostraram-se produtivas, pois os utentes conseguiram identificar os medicamentos, percebendo os horários das tomas. Neste estudo tornou-se

mais complicado os utentes perceberem os efeitos desejados para cada medicamento. (Griffiths et al., 2004)

Desta forma e como refere Henriques (2011) em conclusão do seu estudo, a relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o utente está na base do êxito da gestão terapêutica, destacando o enfermeiro como o centro da equipa multidisciplinar, como o melhor recurso para melhorar a adesão à terapêutica por parte da pessoa idosa.

Em modo de sumário, existem diversas formas de intervir, tal como nos mostram Bugalho & Carneiro (2004), tendo que adaptar a cada individuo ou população a intervenção.

Intervenções para melhorar a gestão terapêutica	
AUMENTO DA COMUNICAÇÃO E ACONSELHAMENTO: • Direto (por exemplo em consulta médica); • Seguimento direto por via telefónica; • Mensagens telefónicas automáticas; • Mensagens geradas automaticamente por computador; SIMPLIFICAÇÃO DOS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS: • Diminuição do número de doses medicamentosas; • Diminuição do número total de fármacos;	ENVOLVIMENTO DOS DOENTES NO SEU TRATAMENTO: • Auto-monitorização da doença (por exemplo: glicémia, tensão arterial, função respiratória); MEMORANDOS: • Embalagens especiais (por exemplo o empacotamento da medicação em embalagens individuais com a inscrição do dia da semana e horário); • Informação visual sobre a toma da medicação; • Caixas de contagem e distribuição da medicação; • Alertas para a adesão a consultas e à terapêutica;

Tabela 1: Intervenções para melhorar a gestão terapêutica. Adaptado de: Bugalho & Carneiro (2004)

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 - Modelo do Autocuidado de Orem

Face à finalidade e aos objetivos delineados para o desenvolvimento do projeto de estágio e presente relatório de atividades, o referencial teórico orientador foi o Modelo do Autocuidado de Dorothea Orem. Este referencial teórico descreve o autocuidado de um indivíduo como sendo a capacidade que este tem para cuidar de si mesmo. Assim, a sua inexistência, ou seja, se as exigências de cuidar de si forem superiores às capacidades que o indivíduo apresenta, este pode estar em risco de comprometer o seu autocuidado, levando a um déficit em um ou vários requisitos, de acordo com Orem (2002).

De acordo com vários autores (Denyes, Orem & Bekel, 2001; Orem, 2001; Taylor, 2004) todos os requisitos são comuns nos seres humanos em todos os estádios do ciclo de vida que se inter-relacionam afetando-se mutuamente. Orem (2001) descreve três categorias: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde, sendo formados de acordo com os estádios de desenvolvimento e funcionamento humano e os fatores condicionantes básicos dos mesmos (idade, sexo, estado de saúde, estágio de desenvolvimento, orientação sociocultural, fatores de sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais e a adequação e disponibilidade de recursos).

Este Modelo Teórico de Enfermagem é dividido em três subcategorias que se inter-relacionam e articulam entre si: a do Autocuidado, a do Déficit de Autocuidado e a dos Sistemas de Enfermagem. É com base na teoria dos Sistemas de Enfermagem, que o presente trabalho se desenvolveu, pois este centra-se nas necessidades de autocuidado do indivíduo e nas suas capacidades para desempenhar as suas atividades. (Feijão, A., 2011)

Orem (2001; 2002) descreve, neste referencial teórico, a enfermagem como o vetor responsável na capacitação dos indivíduos de modo a satisfazerem as suas próprias necessidades terapêuticas de autocuidado, através da troca de energias. Esta interação mútua entre o enfermeiro e indivíduo poderá ser realizada através de

consultas de enfermagem, envolvendo a família e reuniões de grupo orientando-os e capacitando-os para a realização de práticas de autocuidado.

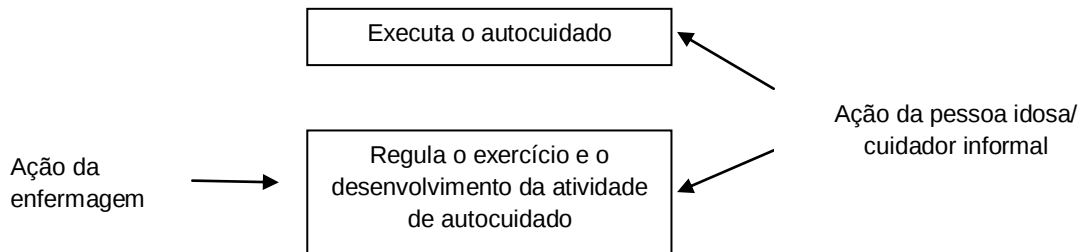


Figura 1: Sistema de enfermagem apoio-educação (Orem, 2002)

Assim, considerando a Teoria de Orem, considera-se a pessoa idosa e seu cuidador informal agentes de cuidados com capacidades de aprendizagem e desenvolvimento face ao seu autocuidado de forma a melhorar o seu estado de saúde. A gestão da terapêutica medicamentosa realizada de forma consciente e informada de acordo com a prescrição médica é da total responsabilidade do agente de cuidados, sendo este o principal responsável pela plena adesão à terapêutica, promovendo o autocuidado. O enfermeiro será pois a agência de cuidados, que promove e capacita os agentes de cuidados, de uma forma dinâmica e cooperativa entre ambos os sistemas.

Capacitar a pessoa idosa e seu cuidador informal para a gestão terapêutica medicamentosa, torna-se na principal finalidade a atingir com a implementação e realização das estratégias delineadas de modo a promover a sua adesão e concomitantemente diminuir a agudização das doenças crônicas, promovendo o autocuidado.

2.2 - Modelo do *Empowerment*

A WHO, em 1986, na Carta de Ottawa, descrevia a promoção da saúde como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado pleno de bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a

identificar e a realizar os seus objetivos, satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio que os rodeia. (WHO, 1986)

Deste modo, a promoção de saúde e os cuidados de enfermagem encontram-se diretamente ligada ao conceito de *empowerment*. Este é descrito como um processo social, cultural, psicológico ou político, através do qual indivíduos e grupos sociais são capazes de expressar as suas necessidades e verbalizar as suas preocupações, desenvolvendo estratégias de controlo sobre os determinantes de saúde, melhorando a sua qualidade de vida (WHO, 1998)

Outro conceito foi descrito por Laverack (2008): o *empowerment* comunitário. Segundo o mesmo autor, o *empowerment* comunitário desenvolve-se através da ligação de diversos elementos, tais como o controlo individual, capital social, coesão da comunidade e elementos contextuais como políticos, socioculturais e económicos relacionados com os programas de promoção de saúde. Este inicia-se no indivíduo, passa pelo grupo e termina na comunidade.

A nível dos cuidados de enfermagem o *empowerment* foi assumido com o objetivo de capacitar a pessoa para assumir o controlo da gestão da sua saúde e da sua doença, ou seja o enfermeiro sendo o promotor de saúde, desenvolve relações de parceria com a comunidade ou indivíduo, de forma a obter resultados positivos na saúde, através do incentivo e motivação, potenciando a capacidade de cada um, sobre si próprio de modo a atingir um estado pleno de bem-estar físico, mental e social. (WHO, 1986; Pereira, Fernandes & Tavares, 2011) Também Chang, L., Yen, L. & Lu, S. (2006) e Walter, U., Schneider, N. & Plaumann, M. (2008), atribuem uma grande importância à aplicação do *empowerment* na gestão de saúde do indivíduo e sua comunidade, conferindo-lhe autonomia e responsabilidade no seu percurso.

Perante o presente trabalho, parece ser adequado a aplicação do Modelo do *Empowerment* como complemento ao referencial teórico de Dorothea Orem, uma vez que o enfermeiro irá aplicar estratégias para sensibilizar a pessoa idosa e o seu cuidador informal para a correta gestão terapêutica. Estas estratégias irão ser desenvolvidas mediante uma parceria enfermeiro-comunidade, sendo a pessoa idosa e o seu cuidador informal os principais responsáveis pela sua gestão de saúde.

3 – METODOLOGIA

3.1 – Metodologia do planeamento em saúde no atual projeto

A realização, aplicação e relato do projeto têm como base a metodologia do planeamento em saúde desenvolvido por Imperatori & Giraldes (1993), que está preconizado pela OE, no perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. (OE, 2010)

A adequada aplicação desta metodologia, levará ao desenvolvimento correto de um projeto de intervenção, que não só visa a aplicação e desenvolvimento de estratégias focadas na gestão terapêutica por parte da pessoa idosa e seu cuidador informal no domicílio, como também em consequência da aplicação dessas estratégias, um aumento de ganhos em saúde. Assim, um *“projeto é uma actividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que pretende obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa”*. (Imperatori & Giraldes, 1993, p.129)

3.2 - Gestão de tempo

O estágio de intervenção comunitária, no âmbito do Mestrado e Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitário, deu início no dia 29 de Setembro de 2014 e tendo a duração de 18 semana, com fim a 13 de Fevereiro de 2015. Durante este período foi realizado o diagnóstico de situação de saúde e posteriormente, mediante a priorização dos problemas diagnosticados, desenvolveram-se e aplicaram-se estratégias de intervenção comunitária. A planificação das atividades realizadas encontra-se em cronograma (Apêndice I)

3.3 – Caracterização do local de estágio

Este projeto foi desenvolvido na UCC Cuidar+ que se situa em Queijas e pertence ao agrupamento do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras e é constituída por 10 Enfermeiros, onde 6 integram a ECCI, 1 psicólogo, 1 assistente social e 2 médicos de apoio à ECCI.

O concelho de Oeiras ocupa uma área de 45.7 Km², com 162.128 pessoas e é composto por 10 freguesias. A UCC Cuidar+ tem como área de influência as freguesias de Algés, Carnaxide, Queijas, Cruz Quebrada / Dafundo e Linda-a-Velha, com 78.210 pessoas, ou seja, 48.3% do total da população do concelho. A percentagem de pessoas idosas é de 21.5%, da população total das 5 freguesias que a UCC Cuidar+ abrange. Neste contexto verifica-se também que o índice de envelhecimento é de 146, o de longevidade de 48 e o de dependência de idosos de 34. (INE, 2012)

Sendo o estágio desenvolvido em ECCI deve-se salientar que os utentes nela integrados são primeiramente referenciados e posteriormente avaliados por uma equipa multidisciplinar. Por carecerem de necessidades especiais estes utentes usufruem dos cuidados prestados por esta equipa mediante visita domiciliária. É de referir que no ano de 2013 passaram pela ECCI cerca de 106 utentes.

4 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

“O diagnóstico da situação de saúde deverá corresponder às necessidades de saúde da população” (Imperatori & Giraldes, 1993)

Realizar um diagnóstico de saúde a uma população é um processo que dever ser sucinto e claro. Este prevê haver conhecimentos teóricos de promoção de saúde, pesquisa em diferentes campos de atuação, disponibilidade para criar e aplicar instrumentos de colheita de dados e por fim tempo decodificar todos os resultados obtidos, para posteriormente atuar. (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990)

4.1 – População alvo

A população alvo do presente projeto são todas as pessoas idosas e seus cuidadores informais inscritos em ECCI. A amostra é constituída por 16 utentes com idades igual ou superior a 65 anos e seus cuidadores informais, integrados em ECCI, no período entre Outubro de 2014 e Fevereiro de 2015, que respeitavam os seguintes critérios de inclusão e critérios de exclusão.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
• Uteses com idade igual ou superior a 65 anos • Dependentes de cuidador informal • Inscritos em ECCI • Participação livre na resposta aos instrumentos de recolha de dados aplicados por parte do cuidador informal	• Cuidador com doença do foro psiquiátrico diagnosticado • Uteses com pré-alta atribuída • Uteses em fase terminal, diagnosticado pelo médico

Tabela 2: Critérios de inclusão e de exclusão

4.1 - Instrumentos de colheita de dados

O diagnóstico de situação de saúde foi realizado em vários momentos do processo, aplicando diferentes instrumentos de recolha de dados, de forma detetar e caraterizar os problemas da população alvo (pessoas idosas e seus cuidadores

informais integrados em ECCI na UCC Cuidar+) decorrentes da prática clínica de enfermagem.

Primeiramente foi realizada uma entrevista informal à Enfermeira Coordenadora de ECCI, de forma a conhecer a realidade da equipa, quais os problemas detetados pela equipa de enfermagem na população alvo e que projetos tinham em curso face à problemática em estudo. Tendo sido detetadas lacunas a nível da gestão terapêutica na pessoa idosa e seu cuidador informal, pela equipa de enfermagem da ECCI e não havendo nenhum projeto em curso na UCC Cuidar+ e foram escolhidos os instrumentos de colheita de dados:

- Questionário de dados sociodemográficos (Apêndice VII)
- MAT (Medida de adesão aos tratamentos), validada para a população portuguesa, esta escala é o instrumento mais próximo que existe para medir a adesão terapêutica (Delgado & Lima, 2001), daí a sua aplicação nesta população. (Anexo I)
- CADI (Índice de avaliação das dificuldades do cuidador informal), validada para a população portuguesa por Sequeira (2007; 2013). (Anexo II)
- ICFT (Índice de complexidade da farmacoterapia), validada para a população portuguesa por Melchior, Correr & Fernández-Llimos (2007), (Anexo III)

Sendo as pessoas idosas dependentes, todos os instrumentos de colheita de dados foram aplicados a cada cuidador informal, durante as visitas domiciliárias realizadas pela equipa de enfermagem, no decorrer dos meses de Novembro e Dezembro de 2014. Anteriormente à aplicação dos instrumentos foi realizada uma primeira visita domiciliária a toda a população alvo, com o intuito de conhecer cada família e também apresentar o projeto a desenvolver.

Foi durante a segunda visita domiciliária, que os instrumentos de recolha de dados foram aplicados a cada cuidador informal pertencentes à amostra. Nos cuidadores informais com dificuldades manifestadas no preenchimento correto dos instrumentos, nomeadamente por não saber ler, dificuldades no preenchimento ou dificuldade na compreensão das questões apresentadas, a autora colaborou com o mesmo.

4.3 – Resultados obtidos

De acordo com a entrevista informal realizada à Enfermeira Coordenadora de ECCI e também com a consulta ao relatório de atividades da UCC Cuidar+ de 2010, a equipa de enfermagem tem vindo a identificar alguns comportamentos de riscos na sua população idosa, que merecem especial atenção e adequação de estratégias, de modo a promover a sua saúde, tais como condições socioeconómicas precárias, perceção negativa sobre o seu estado de saúde, prática insuficiente de exercício físico ou de andar a pé e consumo elevado de medicamentos. (UCC Cuidar +, 2010)

Em relação à colheita de dados através dos instrumentos aplicados, estes foram submetidos a uma análise estatística descritiva, realizada através do programa informático Microsoft Excel 2007. Para que os resultados fossem trabalhados de forma precisa e coerente, com valores estatísticos representativos da população, com o intuito de realizar o diagnóstico de situação de saúde e posteriormente identificar os problemas de saúde, foi realizada uma base de dados. (Apêndice IX)

Quanto à caracterização sociodemográfica da população idosa 50% é do sexo masculino e outros 50% do sexo feminino, apresentando uma média de idades de 80,63 anos, com desvio padrão de 8,72. Relativamente à nacionalidade, 81% da população idosa é Portuguesa e vive em Carnaxide (31%), Algés (25%), Outurela (25%), Linda-a-Velha (13%) e Queijas (6%). A maioria da população idosa é casada (62,5%), sendo que 37,5% do total vive com esposo(a) e 12,5% com filho(a). Quanto à profissão existe um leque variado, nomeadamente ligados à construção civil e ao comércio. As habilitações literárias rondam os 69% de idosos que têm apenas o ensino básico e 6% não estudou.

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos cuidadores, pode-se perceber que a maioria são mulheres (69%) e a média de idades é de 62,5 anos, com desvio padrão de 13,26. 81% dos cuidadores também são portugueses e só um cuidador (6%) é que vive numa residência diferente da pessoa que cuida. A maioria dos cuidadores é casada (68,75%) e são esposo(a) (43,75%) ou filho(a) (43,75%) da pessoa idosa. Quanto à escolaridade 37% tem o ensino básico e 25% tem o ensino secundário.

Quanto à MAT a maioria dos cuidadores (67%) refere nunca se esquecer de dar a medicação à pessoa idosa, de quem cuidam, no entanto 3,6% referem que com frequência não aderem corretamente à terapêutica, 8% por vezes e 21,4% raramente. (Apêndice X)

Relativamente ao CADI, olhando para os dados de forma descritiva, no geral, os cuidadores sentem algumas dificuldades no exercício da sua atividade, mas de forma pouco expressiva, ou seja, a maioria refere não ter a dificuldade aferida ou não se sente perturbado (56,5%), sendo que o grau de perturbação calculou-se em 43,5%, um número ainda expressivo (Apêndice XI)

Mediante a aplicação do Índice de complexidade da farmacoterapia, percebe-se que a média de medicamentos prescritos à população idosa é de 11,9, com uma mediana de 10,5 e uma moda de 9 medicamentos por pessoa idosa. O índice de complexidade farmacológica que foi calculado para cada pessoa idosa apresentou uma média de 61,56, com uma mediana de 53,75 e uma moda de 48, tendo apresentado um mínimo de 32 e um máximo de 147. (Apêndice XII)

É de extrema relevância referir que com a aplicação do Índice de complexidade da farmacoterapia, concluiu-se que 12 das pessoas idosas (75%) têm de partir ou triturar os comprimidos (1-9 comprimidos por utente); 4 dissolvem o comprimido (1-6 comprimidos por utente); as 16 pessoas idosas têm medicação que devem tomar/usar em horário específico - manhã/noite/de 8h em 8h, etc. (4-18 medicamentos por utente); 10 apresentam medicações que têm relação com os alimentos - antes ou depois da refeição (1-3 medicamentos por utente); 4 reduzem ou aumentam doses de medicação progressivamente (1-4 medicamentos por utente) e 3 pessoas idosas têm prescrições de doses alternadas (1-2 medicamentos por utente).

4.4 - Diagnósticos de enfermagem

Após a apresentação dos resultados e de acordo com o Modelo Teórico do Autocuidado de Orem, detetou-se os seguintes problemas:

- Requisitos universais do autocuidado:

- Deficit na gestão terapêutica medicamentosa da pessoa idosa, por dificuldades do cuidador informal face à situação de dependência da pessoa idosa;
- Requisitos do autocuidado de desenvolvimento:
 - Deficit na gestão terapêutica medicamentosa da pessoa idosa por:
 - Baixo nível de escolaridade da pessoa idosa/cuidador informal;
 - Incumprimento ou esquecimento dos horários da toma da terapêutica medicamentosa;
 - Desemprego e baixo recurso financeiro;
- Desvio de saúde do autocuidado:
 - Risco de não adesão à terapêutica medicamentosa na pessoa idosa por complexidade farmacológica.

Detetados os problemas da população em estudo, de acordo com o referencial teórico, seguem-se os diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia CIPE, versão 2.0 (Ordem dos Enfermeiros, 2011):

A – Risco de não adesão à terapêutica na pessoa idosa, relacionada com:

1 - Baixo nível de escolaridade: pessoa idosa (6% não sabe ler nem escrever e 69% estudaram apenas até ao 4 ano de escolaridade); cuidador (12% não sabem ler nem escrever e 44% estudaram apenas até ao 4 ano de escolaridade).

2 – Desemprego e baixo recurso financeiro, em que 100% das pessoas idosas são reformadas e 25% dos cuidadores estão desempregados e 50% também estão reformados.

3– Complexidade farmacológica, em que a média é de 59.5 pontos e a média de medicamentos por pessoa idosa é de 11.9.

B - Atitude face à gestão da terapêutica medicamentosa da pessoa idosa comprometida, por parte do cuidador informal, relacionada com:

- 1 – Dificuldades face à situação de dependência da pessoa idosa;
- 2 – Incumprimento ou esquecimento dos horários da toma da terapêutica medicamentosa.

3 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A definição de prioridades é a segunda etapa do planeamento em saúde, sendo relevante para a percepção da importância de cada problema. Apesar de esta etapa ser da exclusiva responsabilidade do planeador, esta é condicionada pela anterior (diagnostico de situação) e determinará a seguinte (fixação de objetivos). (Imperatori & Giraldes, 1993)

Para este trabalho foi escolhido a comparação por pares, uma vez que o número de problemas encontrados na população é pequeno. (Imperatori & Giraldes, 1993) Foram considerados como critérios para a comparação de diagnósticos a importância dada ao problema pelos peritos, os recursos necessários, o tempo de exequibilidade das atividades e a gravidade do problema face à sua influência, englobando-se no método de priorização os cinco diagnósticos de enfermagem detetados.

Problemas	Comparação por pares				Valor final	Ordenação final
A1: Risco de não adesão à terapêutica na pessoa idosa, relacionada com baixo nível de escolaridade da pessoa idosa/cuidador informal.	A1 A2	A1 A3	A1 B1	A1 B2	A1=1	A3
A2: Risco de não adesão à terapêutica na pessoa idosa, relacionada com desemprego e baixo recurso financeiro.	A2 A1	A2 A3	A2 B1	A2 B2	A2=0	B1
A3: Risco de não adesão à terapêutica na pessoa idosa, relacionada com complexidade farmacológica.	A3 A1	A3 A2	A3 B1	A3 B2	A3=4	B2
B1: Atitude face à gestão da terapêutica medicamentosa da pessoa idosa comprometida, por parte do cuidador informal, relacionada com dificuldades face à situação de dependência da pessoa idosa.	B1 A1	B1 A2	B1 A3	B1 B2	B1=3	A1
B2: Atitude face à gestão da terapêutica medicamentosa da pessoa idosa comprometida, por parte do cuidador informal, relacionada com incumprimento ou esquecimento dos horários da toma da terapêutica medicamentosa.	B2 A1	B2 A2	B2 A3	B2 B1	B2=2	A2

Tabela 3: Priorização de diagnósticos de enfermagem

De acordo com o modelo teórico aplicado e mediante a avaliação dos peritos, os diagnósticos de enfermagem considerados prioritários para serem alvo de intervenção são:

- A3 – Risco de não adesão à terapêutica na pessoa idosa, relacionada com complexidade farmacológica, em que a média é de 59.5 pontos e a média de medicamentos por pessoa idosa é de 11.9;
- B1 - Atitude face à gestão da terapêutica medicamentosa da pessoa idosa comprometida, por parte do cuidador informal, relacionada com dificuldades face à situação de dependência da pessoa idosa;
- B - Atitude face à gestão da terapêutica medicamentosa da pessoa idosa comprometida, por parte do cuidador informal, relacionada com relacionada com incumprimento ou esquecimento dos horários da toma da terapêutica medicamentosa.

4 - FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

6.1- Finalidade e objetivos da intervenção comunitária

Como já foi referido anteriormente a finalidade deste projeto é **promover o aumento da adesão à terapêutica medicamentosa na pessoa idosa e seu cuidador informal no domicílio**, contribuindo para ganhos em saúde, através do desenvolvimento de competências de acordo com o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em comunitária e de saúde pública.

Sendo que o objetivo geral passa por sensibilizar e capacitar as pessoas idosas e seu cuidador informal, inscritos em ECCI da UCC Cuidar+, para a correta gestão da terapêutica no domicílio, de forma a aumentar a adesão à terapêutica.

O objetivo geral remete para os seguintes objetivos específicos:

- Identificar e caraterizar a população idosa inscrita em ECCI;
- Identificar e caraterizar os cuidadores informais da população idosa dependente, inscritos em ECCI;
- Avaliar o grau de adesão à terapêutica medicamentosa na população idosa (Aplicação de Escalas/Índices à pessoa idosa e seu cuidador informal);
- Desenvolver e aplicar estratégias de capacitação face à gestão terapêutica medicamentosa, na pessoa idosa e seu cuidador informal com o intuito de:
 - ✓ Contribuir para o aumento de conhecimentos sobre gestão terapêutica medicamentosa em 80% da equipa de enfermagem da UCC Cuidar +;
 - ✓ Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da adesão terapêutica por parte da pessoa idosa e seu cuidador informal;

- ✓ Contribuir para a aquisição de conhecimentos sobre a terapêutica medicamentosa prescrita na pessoa idosa e seu cuidador informal;
- ✓ Promover a aquisição de conhecimentos acerca dos riscos de uma má gestão terapêutica medicamentosa na pessoa idosa e cuidador informal;
- ✓ Sensibilizar a pessoa idosa e seu cuidador informal para as diferentes formas de melhorar a adesão à terapêutica;
- ✓ Diminuir o número de esquecimentos nas administrações da terapêutica medicamentosa por parte do cuidador informal;
- ✓ Diminuir o número de erros cometidos na administração da terapêutica medicamentosa, por parte do cuidador informal.

5 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), a etapa da seleção de estratégias é uma das etapas mais importantes, uma vez que se prende com a adequação de métodos para reduzir os problemas detetados nas etapas anteriores.

Estratégia de saúde é assim considerada “*um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde*”. (Imperatori & Giraldes, 1993)

As estratégias delineadas neste capítulo tendem a atingir os objetivos, delineados anteriormente. Estas foram desenvolvidas tendo em conta a idade a população alvo, o nível de escolaridade e a predisposição dos cuidadores informais. Relativamente à equipa de enfermagem, a estratégia delineada foi de encontro à necessidade referida pelos enfermeiros, face aos problemas detetados e também ao tema em questão.

Tendo por base o Modelo do Autocuidado e o Modelo *Empowerment*, as estratégias delineadas visam a capacitação da população alvo, através da educação para a saúde. De acordo com a Carta de Ottawa (WHO, 1986, p.2):

“A promoção da saúde pretende reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-las para a completa realização do seu potencial de saúde. Para atingir este objectivo, torna-se necessária uma sólida implantação num meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis.”

Para a implementação das estratégias, de acordo com o previsto, no planeamento em saúde, foi relevante as reuniões realizadas em equipa e a transmissão de informação, de modo a haver partilha e debate sobre como envolver a pessoa idosa, cuidador e equipa das UCC Cuidar+, neste processo de capacitação face à gestão terapêutica. Para além disso, o tempo despendido e os recursos materiais a utilizar, também foram debatidos, tal como o uso de computador portátil, o transporte para os domicílios e a realização dos folhetos informativos e folha de terapêutica. Os custos existentes para a implementação das estratégias foram irrelevantes, não sendo necessário mencioná-los.

<u>Estratégias</u>	<u>Descrição</u>
Realização de sessão formativa, à equipa de enfermagem, para apresentação do projeto	Apresentação do projeto e qual o objetivo do seu desenvolvimento, de forma a informar e esclarecer a equipa de enfermagem sobre a gestão da terapêutica medicamentosa na pessoa idosa e seu cuidador informal.
Visita domiciliária às pessoas idosas inscritas em ECCI	Transmissão de conhecimentos à pessoa idosa/cuidador informal informação sobre a terapêutica medicamentosa prescrita.
Realização e entrega de folheto informativo	Realização de folheto informativo sobre a gestão da terapêutica medicamentosa no domicílio por parte da pessoa idosa/ cuidador informal. Entrega do mesmo durante a visita domiciliária.
Realização de sessão informativa à pessoa idosa/cuidador informal	Realização de uma sessão informativa, no domicílio de cada utente sobre gestão terapêutica medicamentosa e num centro de dia.
Realização de folha de registo de medicação	Realização de uma folha de medicação para a pessoa idosa/cuidador informal de modo a melhorar o registo das prescrições terapêuticas no domicílio
Realização de poster informativo	Realização de um poster após a sessão informativa no centro de dia, sobre a gestão terapêutica medicamentosa com as pessoas idosas participantes

Tabela 4 : Estratégias desenvolvidas

6 – AVALIAÇÃO

”Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”. (Imperatori & Giraldes 1993, p.173) Esta é a ultima fase da metodologia do planeamento em saúde, tendo com objetivo “melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar actividades já realizadas ou identificar insuficiências” (Imperatori & Giraldes 1993, p.174).

Para que a avaliação de uma determinada estratégia face a um objetivo delineado seja precisa, o tempo deve ser também adequado, ou seja, a avaliação deve ser um processo contínuo. Tendo sido o presente estágio de curta duração, houve uma avaliação no decorrer dos meses que se seguiram à realização do diagnóstico de situação. No entanto, esta avaliação beneficiaria se fosse contínua, de forma a perceber-se os ganhos efetivos em saúde, pois tal como Imperatori & Giraldes (1993) referem, não existe momento certo nem tempo definido para a realização da etapa da avaliação, podendo esta ser a curto, médio ou a longo prazo de acordo com os objetivos a atingir.

Assim, a avaliação do presente relatório teve como base o modelo de qualidade apresentado por Donabedian (2003) que divide esta etapa em três tipos: a avaliação da estrutura, do processo e dos resultados.

Os indicadores de estrutura, segundo este autor (1980) referem-se ao *conjunto de atributos dos locais onde são prestados os cuidados de saúde, incluindo os recursos materiais, humanos e a estrutura organizacional*. (DGS, 2011); os de processo avaliam o *modo como os cuidados são prestados e recebidos, incluindo a procura de cuidados por parte do utente, como este os segue e as actividades do prestador para chegar ao diagnóstico e implementar um tratamento*; (DGS, 2011) e os de resultado *incluem os efeitos dos cuidados no estado de saúde dos doentes e populações, incluindo a melhoria do conhecimento do doente, mudanças salutareas de comportamento e a sua satisfação com os cuidados*. (DGS, 2011)

Assim os indicadores delineados no decorrer da implementação do projeto foram:

<u>Indicadores de estrutura</u>	<u>Metas</u>	<u>Avaliação</u>
% de enfermeiros inscritos presentes na sessão informativa	60%	60%
$\frac{\text{Número de enfermeiros presentes na sessão informativa}}{\text{Número de total de enfermeiros inscritos para a sessão informativa}} \times 100\%$		

Tabela 5 : Indicadores de estrutura

Quanto aos indicadores de estrutura, pode-se perceber que as metas foram atingidas com sucesso, tendo sido calculado apenas para a participação dos enfermeiros na sessão de formação. A equipa de enfermagem é constituída por 10 enfermeiros, tendo tido a participação de 6.

<u>Indicadores de Processo</u>	<u>Metas</u>	<u>Avaliação</u>
% de escalas/índices aplicadas às pessoas idosas/cuidadores informais, inscritos em ECCI	100%	100%
$\frac{\text{Número de escalas/índices aplicadas}}{\text{Número previsto de escalas/índices a aplicar às pessoas idosas/cuidadores informais}} \times 100\%$		
% de visitas previstas domiciliárias realizadas	100%	87.5%
$\frac{\text{Número de visitas domiciliárias realizadas}}{\text{Número de visitas domiciliárias previstas}} \times 100\%$		
% de folhas de registo de medicação previstas entregues às pessoas idosas/cuidadores informais	100%	62.5%
$\frac{\text{Número de folhas de registo de medicação entregue às pessoas idosas/cuidadores informais}}{\text{Número de folhas de registo de medicação entregue previsto às pessoas idosas/cuidadores informais}} \times 100\%$		
% de folhetos previstos entregues às pessoas idosas/cuidadores informais	100%	62.5%
$\frac{\text{Número de folhetos entregue às pessoas idosas/cuidadores informais}}{\text{Número de folhetos entregue previsto às pessoas idosas/cuidadores informais}} \times 100\%$		
% de sessões informativas realizadas à pessoa idosa e cuidador informal no domicílio e centro de dia	100%	64.7%
$\frac{\text{Número de sessões informativas realizadas à pessoa idosa e cuidador informal}}{\text{Número de sessões informativas realizadas à pessoa idosa e cuidador informal previstas}} \times 100\%$		

% de pessoas idosas em centro de dia presentes na sessão informativa	50%	60%
$\frac{\text{Número de pessoas idosas presentes na sessão informativa}}{\text{Número de total de pessoas idosas em centro de dia}} \times 100\%$		
% de enfermeiros presentes na sessão de formação que demonstrou aquisição de conhecimentos sobre gestão terapêutica medicamentosa na pessoa idosa/cuidador informal no domicílio	80%	100%
$\frac{\text{Número de enfermeiros que demonstrou aquisição de conhecimentos sobre a gestão terapêutica na pessoa idosa/cuidador informal no domicílio}}{\text{Número de enfermeiros total presentes na sessão de formação}} \times 100\%$		

Tabela 6: Indicadores de processo

É de referir que houve indicadores de processo que não atingiram as metas propostas, devido ao fato de 3 utentes terem tido alta e outros 3 terem falecido, o que não possibilitou a realização das intervenções delineadas para o projeto. Quanto à sessão informativa realizada no centro de dia, esta teve a participação de 18 pessoas idosas.

Para a avaliação dos conhecimentos adquiridos, na sessão de formação na UCC Cuidar+, foi aplicada uma ficha de avaliação (Apêndice XV), onde 1 enfermeiro teve uma percentagem de respostas corretas de 100%, 3 enfermeiros responderam corretamente a 95% das questões, 1 a 85% e outro a 75%. Face a este indicador foi considerada aquisição de conhecimentos aquando de 50% ou mais de respostas dadas corretamente pelos enfermeiros presentes na sessão de formação.

Com as pessoas idosas do centro de dia foi realizado um poster (Apêndice XIX) com o intuito de solidificar os conhecimentos adquiridos e avalia-los. No entanto, devido às dificuldades da população, o resultado não foi muito expressivo, tendo tido apenas a participação oral de uma pessoa. Desta forma, não foi contabilizado o número de respostas corretas dadas, mas sim valorizado o empenho e o esforço de cada um para a elaboração do poster. A participação da população idosa presente na realização do poster foi de 100%.

9 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

9.1 - Contributo para a vida profissional

Este capítulo visa uma reflexão sobre a aquisição de competências na área da Enfermagem Comunitária, durante o decorrer do estágio na UCC Cuidar+. De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o enfermeiro desta área de especialização tem, como base da sua atuação, a educação para a saúde e a promoção de estilos de vida saudáveis, levando à capacitação e ao *empowerment* da comunidade. (OE, 2010)

É no âmbito dos cuidados de saúde primários que a prevenção assume um papel fundamental através da informação e da intervenção dos enfermeiros, como vetor para a adoção de comportamentos saudáveis, ou seja, a promoção da saúde é o campo de atuação dos cuidados de saúde primários. Concomitantemente, a prestação de cuidados ao indivíduo, família, grupos e comunidades, pelo enfermeiro deve desenvolver uma abordagem inovadora, dinâmica, criativa e acima de tudo educacional. (OE, 2010)

Abordagem esta, que segundo Bugalho & Carneiro (2004) pode ser desenvolvida com o utente e cuidador informal nas vertentes da promoção de informação oral e escrita e através de sessões de educação para a saúde.

De acordo com o que foi supracitado, a implementação do presente projeto de intervenção comunitária tornou-se um desafio, na medida em que não foi apenas um aclarar de conhecimentos. Este percurso tornou-se fundamental não só para a aquisição de competências na área da enfermagem comunitária, mas também um grande benefício para quem usufruiu dele, transportando para a prática a evidência já demonstrada.

Durante o tempo de estágio, desenvolveu-se competências delineadas para um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (2010), nomeadamente a avaliar o estado de saúde de uma comunidade, de acordo com a metodologia do

planeamento em saúde através da realização de projetos de intervenção comunitária, ou seja:

- Proceder à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade;
- Estabelecer as prioridades em saúde de uma comunidade;
- Formular objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidos;
- Estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;
- Avaliar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

Pensa-se ter-se atingido os objetivos propostos para a realização do projeto de intervenção comunitária, adquirindo não todas, mas grande parte das competências delineadas, sendo a experiência profissional um dos pilares para tal concretização. Assim, comparando o presente domínio de competências na área da enfermagem comunitária e as necessárias para atingir o nível de especialista e de acordo com o Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus, adoptado por Benner (2001) considera que se encontra na fase de iniciada.

Desta forma, ainda é notável o longo caminho que se tem a percorrer, pois apesar da intensidade com que foi desenvolvido o projeto de intervenção comunitária, o tempo de estágio foi curto, deixando ainda muito para fazer. A continuidade do desenvolvimento das competências referidas e a aquisição de novas tornam-se fundamentais para a melhoria dos cuidados de saúde na comunidade, levando o enfermeiro especialista a atingir a fase de perito, de acordo com a autora supracitada. (Benner, 2001)

É com especial interesse que futuramente se pretende voltar a trabalhar e dar continuidade a este projeto, de modo na contribuir com maiores ganhos em saúde.

10 - QUESTÕES ÉTICAS

O respeito e a preservação da dignidade humana são das premissas mais importantes pelas quais a enfermagem rege o seu trabalho. Assim, este trabalho teve como base o código deontológico do enfermeiro (OE, 2009) de modo a proteger o anonimato, a integridade psicossocial e manter a confidencialidade de cada utente e seu cuidador informal.

Primeiramente, o presente projeto foi submetido à aprovação da comissão de ética da ARSLVT, tendo sido aprovada a sua aplicabilidade (Apêndice IV). Foi também pedida autorização à Sra. Diretora Executiva do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras e à Sra. Vogal do Concelho Clínico do ACES de Lisboa Ocidental, que foi concedida. (Apêndice III)

Quanto à aplicação dos instrumentos de recolha de dados, todos os utentes e seus cuidadores informais, foram informados acerca do projeto em curso através da transmissão oral de informação e depois através do consentimento informado e assinado por cada cuidador informal.

Também foram realizados pedidos de autorização aos respetivos autores de cada instrumento de recolha de dados (Apêndices V, VI, VII)

11– CONCLUSÕES

O envelhecimento é um processo irreversível a que todos os seres humanos estão sujeitos, e que deve ser mais compreendido socialmente, principalmente devido ao número crescente de pessoas idosas que o nosso país abarca. (Ramos, 1995)

De certa forma, a elaboração deste projeto e relatório de estágio levou-me a perceber o quão “envelhecido” se encontra o nosso país, e as lacunas que existem na gestão terapêutica pelas pessoas idosas e seus cuidadores informais, sendo emergente a atuação da enfermagem comunitária para colmatar esta lacuna. Assim, a necessidade de promoção de um envelhecimento ativo tem sido um desafio positivo, que deve ser tomado em consideração desde o início da educação de um indivíduo, pois é no presente que está o futuro e é sobre o que fazemos hoje que construímos o amanhã.

Esta mudança de mentalidade nos cuidados de saúde primários, consiste na capacitação da pessoa idosa e também dos seus cuidadores informais, com o intuito da valorização do seu “eu”, no processo de colaboração, cooperação e reciprocidade através do desenvolvimento de estratégias de *empowerment*.

O uso do Modelo Teórico do Autocuidado, foi também uma mais-valia, no desenvolvimento do presente trabalho, nomeadamente na realização dos diagnósticos de enfermagem, que visam posteriormente a capacitação e a delegação de competências na pessoa idosa e seu cuidador informal, para uma melhor gestão terapêutica medicamentosa.

Assim, a melhoria da educação para a saúde, passa pela adaptação dos profissionais de saúde à literacia em saúde da população idosa e seu cuidador informal. Esta deve ser encarada com um *deficit*, que pode diminuir a capacidade de se alcançar os resultados pretendidos e os ganhos em saúde, ou seja, deve ser encarada como um indicador essencial para a promoção da saúde (Ferreira & Santos, 2014)

O envolvimento da pessoa idosa e seu cuidador informal na sua gestão terapêutica, através da capacitação durante a visita domiciliária e envolvendo todos os parceiros da comunidade, irá contribuir para uma melhor adesão ao regime terapêutico na pessoa idosa. Desta forma, se os cuidados de enfermagem

comunitária se basearem neste tipo de estratégias de saúde, os possíveis resultados irão traduzir um aumento de ganhos em saúde, nomeadamente no bem-estar e segurança das pessoas idosas.

12 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banning, M. (2008). Older people and adherence with medication: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 45,1550–1561
- Banning, M. (2009). A review of interventions used to improve adherence to medication in older people. *International Journal of Nursing Studies*.46, 1505-1515.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berger, L. & Nalloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas, uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bugalho, A. & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
- Burgoon, M. (1996). (Non)Compliance with disease prevention and control messages: Communication correlates and psychological predictors. *Journal of Health Psychology*, 1(3).
- Cabral, M., & Silva, P. (2010). A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. *Simpósio realizado pela Apifarma sobre “Adesão à terapêutica”*. Sala Luís Freitas Branco: Centro Cultural de Belém – Lisboa.
- Chang, L., Yen, W. & Lu, S. (2006). The application in public health nursing of the employee empowerment model and relevant considerations. *The Journal of Nursing*, 53(2),
- Costa, M. (2002). *Cuidar idosos – Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. Lisboa: Formasau.
- DiMatteo, M., Haskard, K. & Williams S. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Medical Care*, 45(6), 521-528

- Delgado, A. & Lima, M. (2001). Contributos para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, saúde & doenças*, 2(2), 81-100
- Denyes, M., Orem, D., & Bekel, G. (2001). Self-Care: a Foundational Science. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), pp. 48-54.
- DGS (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Acedido a 01-02-2014. Disponível em:
<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- DGS (2011). Plano Nacional de saúde 2011 – 2016. Acedido em 08-02-2015. Disponível em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns>
- Doggrell, S. (2010) Adherence to medicines in the older-aged with chronic conditions: does an intervention concerning adherence by an allied health professional help? *Drugs and Aging*, 27(3). pp. 239-254.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. New York: Ed. by Bashshur, R., Oxford University Press.
- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*. 54, 557-560.
- Feijão, A. (2011). Consulta de enfermagem baseada na teoria de Orem para pacientes com coinfeção HIV/tuberculose: efetividade na adesão e qualidade de vida. (Tese de doutoramento). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-Ceará.
- Ferreira, P. & Santos, O. (2014). *Literacia funcional e conhecimentos em saúde: prevalência e associações*. Congresso Internacional de informação em saúde: livro de resumos. Porto.
- Godfrey, C., et al. (2013). Homecare safety and medication management with older adults: a scoping review of the quantitative and qualitative evidence. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. 11(7) 82 – 130
- Griffith, S. (1990). A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines *British Journal of General Practice*. 40, 114-116

- Hamilton, H., Gallagher, P. & O'Mahony, D. (2009). Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people. *BMC Geriatric*, 9(5),
- Haynes, B. Taylor, D. & Sackett, D. (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore. The John Hopkins University Press.
- Henriques, M. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade Eficácia das intervenções de enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Higgins, N. & Regan, C. (2001). A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. *Age and Ageing*, 33, 224–229
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- INE (2012). Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos. Momento Censitário – 21 de março 2011. Acedido a 20-01-2014. Disponível em:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2
- INE & INSDRJ (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde, poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta,
- Melchior, A., Correr, C. & Fernández-Llimos, F. (2007). Tradução e Validação para o Português do Medication Regimen - Complexity Index. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 89(4), 210-218.
- Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A Prática de Cuidados Como Experiência Formativa*. Loures: Lusociência
- Ogden J. (2000). *Health psychology: a textbook*. Buckingham: Open University Press
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública Acedido em 12-2-2015. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt

- Ordem dos enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Lusodidata.
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. 6ª Ed. St Louis: Mosby
- Orem, D. (2002). Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In A. Tomey & M. Alligood (Coord.) *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusodidacta
- Palma, C. (2012). *O enfermeiro como gestor do regime medicamentoso do idoso* (Projeto de intervenção comunitária) Escola Superior de saúde de Beja, Beja
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M. & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*, 267. Acedido a 10-12-2014. Disponível em:
http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3603:empowerment-modelo-de-capacitacao-pa
- Quaresma, M., Fernandes, A., Calado, D. & Pereira, M. (2004). *O sentido das idades da vida. Interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa. CESDET edições.
- Ramos, L. (1995). O país do futuro não pensa no futuro. *Gerontologia*. 3, 52-54.
- Redman, B. (2002). *A prática da educação para saúde*. 9ª ed, Loures: Lusociência
- Richards, B. & Lilly, M. (2005). Enfermagem gerontológica da família. In S. Hanson (Coord.) *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria Prática e Investigação*. 2ªed. (pp349-367). Loures: Lusociência
- Ross, S., Walker, A., & MacLeod, J. (2004). Patient compliance in hypertension: Role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18, 607-613
- Santos, M, Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10, 47-57.
- Sequeira C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto editora
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Porto: Lidel.

- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*. 22, 3-4: 491 - 500
- Sousa, L., Figueiredo, D., Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família*. Porto: Âmbar.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas – Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2010). *Enfermagem de saúde pública. Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 7ªed. Loures: Lusodidacta.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde (2ªed.)*. Ministério da Saúde: Departamento de Recursos Humanos da Saúde e Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Taylor, S. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed., pp. 211-235). Loures: Lusociência.
- UCC Cuidar + (2010). Plano de ação 2011-2013. ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Royen, V. & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331-342.
- Walter, U. Schneider, N. & Plaumann, M. (2008) Empowerment for the elderly. *Gesundheitswesen*. 70(12), 730-735
- WHO, (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization
- WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. Acedido a 12-04-2015. Disponível em:
<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- WHO (2001). Men Ageing And Health: Achieving health across the life span. Acedido a 20-01-2014. Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_nmh_nph_01.2.pdf

WHO (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO.

WHO (2007). People-centred health care: a policy framework
http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf

WHO (2014a). Acedido a 20-01-2014. Disponível em:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing>

WHO (2014b). Demographic profile of the older population. Acedido a 24-01-2014.
Disponível em:

<http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/90chapteriv.pdf>

ANEXOS

ANEXO I

MAT (Medida de adesão aos tratamentos)

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

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

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

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

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

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

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

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

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

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

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Adaptado de: Delgado, A. & Lima, M. (2001) Contributos para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, saúde & doenças*, 2(2), 81-100

ANEXO II

CADI (Índice de avaliação das dificuldades do cuidador informal)

Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

		Não acon - tece no meu caso (A)	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
N.º	Prestar cuidados pode ser difícil porque:		Não me perturba (B1)	Causa alguma perturbação (B2)	Perturba-me muito (B3)
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio				
2	Por vezes sinto-me “de mãos atadas”/sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				

14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado				

Adaptado de:

Sequeira, Carlos. 2013. "Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers", Journal of Clinical Nursing 22, 3-4: 491 - 500.
doi: [10.1111/jocn.12108](https://doi.org/10.1111/jocn.12108)

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

Sequeira C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: quarteto editora

ANEXO III

ICFT (Índice de complexidade da farmacoterapia)

Data: _____

Paciente: _____

Número total de medicamentos (incluindo medicamentos de uso contínuo ou esporádico, usados quando necessário): _____

Instruções:

1. O ICFT aplica-se às medicações prescritas e às medicações indicadas pelo farmacêutico. Todos os medicamentos avaliados devem ter suas avaliações baseadas exclusivamente em informações da bula/monografia (oficial) ou da prescrição médica (no momento da dispensação ou da alta hospitalar). Nenhuma suposição deve ser feita com base no julgamento clínico de quem está preenchendo.
2. Existem três seções neste índice (A, B e C). Complete cada seção antes de prosseguir para a próxima. No final, some os pontos obtidos nas três seções para obter o ICFT.
3. Quando a mesma medicação (mesmo princípio ativo e mesma dosagem) estiver presente na farmacoterapia mais de uma vez em diferentes concentrações (por exemplo, Marevan 5 mg, 3 mg e 1 mg), deverá ser considerada uma só medicação.
4. Nos casos em que a dosagem é opcional, escolha as instruções com a menor dose/freqüência (por exemplo, Aerolin spraybombinha 1-2 jatos, 2-3 vezes por dia, terá pontos para 'inaladores de dose medida [bombinha]', '2x dia' e 'dose variável', mas não para 'múltiplas unidades ao mesmo tempo').
5. Em alguns casos a freqüência de dose precisa ser calculada (por exemplo, Ranitidina 1 manhã e 1 noite = 2x dia).
6. Em determinadas instruções, como 'usar conforme indicado', o regime não receberá a pontuação sobre a freqüência de dose (por exemplo, Prednisolona 5 mg uso conforme indicado).
7. Caso exista mais de uma instrução de freqüência de dose para o mesmo medicamento, ele deverá ser pontuado para todas as instruções de freqüência de dose (por exemplo, Aerolin spray-bombinha 2 jatos 2x por dia e quando necessário deverá ser pontuado para 'inaladores de dose medida [bombinha]', '2x dia', 'S/N' e também como 'múltiplas unidades ao mesmo tempo').
8. Situações em que duas ou mais medicações são mutuamente exclusivas precisam ser pontuadas duas ou mais vezes com a freqüência de dose recomendada e como 'S/N' (por exemplo, Aerolin spray-bombinha ou Aerolin solução para nebulização duas vezes por dia obterá pontuação das formas de dosagem tanto para 'inaladores de dose medida' como para 'nebulizador', e precisa ser pontuada duas vezes para '2x dia S/N').
9. Casos em que não exista uma opção adequada, escolha a opção mais aproximada da realidade do paciente (por exemplo, 'seis vezes por dia' pode ser considerado como '4/4 h')

Obs.: S/N = se necessário.

A) Circule o peso correspondente para cada forma de dosagem presente na farmacoterapia (SOMENTE UMA VEZ):

Formas de dosagem		Peso
Oral	Cápsulas/comprimidos	1
	Gargarejos/colutórios	2
	Gomas/pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/grânulos	2
	<i>Spray</i> /comprimidos sublinguais	2
Tópico	Crems/géis/pomadas	2
	Emplastros	3
	Tinturas/soluções de uso tópico	2
	Pastas	3
	Adesivos transdérmicos/ <i>patches</i>	2
	<i>Spray</i> de uso tópico	1
Ouvido, olhos e Nariz	Gotas/crems/pomadas para o ouvido	3
	Colírios/gotas para os olhos	3
	Géis/pomadas para os olhos	3
	Gotas/crems/pomadas nasais	3
	<i>Spray</i> nasal	2
Inalação	Oxigênio/concentrador	3
	<i>Aerolizers</i> (cápsulas para inalação)	3
	Inaladores de dose medida (bombinha)	4
	Nebulizador (ar comprimido/ultra-sônico)	5
	<i>Accuhalers</i> (pó seco para inalação/ <i>diskus</i>)	3

	<i>Turbuhalers</i> (pó seco para inalação)	3
	Outros inaladores de pó seco	3
Outros	Fluido para diálise	5
	Enemas	2
	Injeções:	
	- Pré-carregadas	3
	- Ampolas/frascos-ampolas	4
	Supositórios/óvulos vaginais	3
	Analgesia controlada pelo paciente	2
	Supositório	2
	Crems vaginais	2
Total seção A		

B) Para cada medicação da farmacoterapia marque [✓] no quadro correspondente, com sua frequência de dose. Então, some o número de [✓] em cada categoria (frequência de dose) e multiplique pelo peso determinado para essa categoria. Nos casos em que não exista uma opção exata, escolher a melhor opção.

Frequência de Dose	Medicações	Total	Peso	Total x Peso
1x dia			1	
1x dia S/N			0.5	
2x dia			2	
2x dia S/N			1	
3x dia			3	
3x dia S/N			1.5	
4x dia			4	

4x dia S/N	2
12/12 h	2.5
12/12 h S/N	1.5
8/8 h	3.5
8/8 h S/N	2
6/6 h	4.5
6/6 h S/N	2.5
4/4 h	6.5
4/4 h S/N	3.5
2/2 h	12.5
2/2 h S/N	6.5
S/N	0.5
Dias alternados ou menor frequência	2
Oxigênio S/N	1
Oxigênio <5 h	2
Oxigênio > 15 h	3
Total seção B	

C) Marque [✓] no quadro que corresponde às instruções adicionais, caso presentes na medicação. Então, some o número de [✓] em cada categoria (instruções adicionais) e multiplique pelo peso correspondente da categoria.

Instruções adicionais	Medicações	Total	Peso	Peso x Número de medicações
Partir ou triturar o comprimido			1	
Dissolver o comprimido/pó			1	
Múltiplas unidades ao mesmo tempo (p. ex., 2 comprimidos, 2 jatos)			1	
Dose variável (p. ex., 1-2 cápsulas, 2-3 jatos)			1	
Tomar/usar em horário específico (p. ex., manhã, noite, 8 AM)			1	
Relação com alimento (p. ex., com alimento, antes das refeições, depois das refeições)			1	
Tomar com líquido específico			1	
Tomar/usar conforme indicado			2	
Reduzir ou aumentar a dose progressivamente			2	
Doses alternadas (p. ex., 1 manhã e 2 noite, 1/2 em dias alternados)			2	
Total seção C				
Total da complexidade da farmacoterapia = _____				

Adaptado de: Melchior, A. Correr, C & Fernández-Llmos, F. (2007) Tradução e Validação para o Português do Medication Regimen - Complexity Index. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 89(4), 210-218.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma

CRONOGRAMA

	Jul 2014	Set 2014	Out 2014	Nov 2014	Dez 2014	Jan 2015	Fev 2015
Diagnóstico de situação							
Definição de prioridades							
Fixação de objectivos							
Seleccção de estratégias							
Preparação da execução							
Intervenção							
Avaliação							

APÊNDICE II

Pedido de autorização à Sra. Diretora Executiva do ACES de Lisboa
Occidental e Oeiras

Exma. Sra. Diretora Executiva do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras

Maria de Fátima Baptista Pinheiro Nogueira

No âmbito do desenvolvimento do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na área de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a mestranda Carla Assunção Parreira Páscoa, sob orientação da docente, Sra. Prof.^a Dr.^a Adriana Henriques, e da Sra. Enfermeira Cláudia Crispim (Enfermeira da Unidade de Cuidados Continuados Queijas – UCC cuidar +, e especialista em Saúde Comunitária), vem por este meio propor a realização de um projeto de intervenção comunitária.

Pretende-se elaborar um projeto de estágio com relatório de intervenção comunitária, de forma a capacitar a pessoa idosa e seu cuidador informal na gestão terapêutica medicamentosa no domicílio.

A operacionalização do projeto tem como objetivo contribuir para o aumento da adesão terapêutica, nas pessoas idosas integradas em ECCI, da unidade supracitada.

Peço também autorização para a utilização para a citação do nome da UCC no meu projeto e relatório de estágio.

Atenciosamente,

Lisboa, Junho de 2014

Carla Páscoa

Pedido de autorização para realização de projeto

De: Enviada: **Fátima Nogueira | ACES Lisboa Ocidental e Oeiras - Direção Executiva** (fatima.nogueira@arslvt.min-saude.pt) sexta-feira, 18 de julho de 2014 19:41:29 Para: Carla Pascoa (carla_pascoa@hotmail.com) Cc: Carla Patrocinio (carla.patrocinio@csalcantara.min-saude.pt); maria.graziela@csoeiras.min-saude.pt; Nuno Ambrosio (nunoambrosiolopes@sapo.pt); Rafic Nordin | Pres. CCS Lisboa Ocidental e Oeiras (rafic.nordin@arslvt.min-saude.pt)

Senhora Enf^a Carla Páscoa

Autorizo a realização do projecto.

Com os melhores cumprimentos,

Fátima Nogueira Diretora Executiva

Aces 3 – Lx Ocidental e Oeiras Avenida Salvador Allende s/n 2780-163 Oeiras Telefone:21 440 01 67/68 Fax:21 441 09 47 E-mail: fatima.nogueira@arslvt.min-saude.pt

APÊNDICE III

Pedido de autorização à Sra. Vogal do Concelho Clínico do ACES de
Lisboa Ocidental e Oeiras

Exma. Sra. Vogal do Concelho Clínico do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras

Enf^a Chefe Maria Graziela do Fetal Pires

No âmbito do desenvolvimento do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na área de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a mestranda Carla Assunção Parreira Páscoa, sob orientação da docente, Sra. Prof.^a Dr.^a Adriana Henriques, e da Sra. Enfermeira Cláudia Crispim (Enfermeira da Unidade de Cuidados Continuados Queijas – UCC cuidar +, e especialista em Saúde Comunitária), vem por este meio propor a realização de um projeto de intervenção comunitária.

Pretende-se elaborar um projeto de estágio com relatório de intervenção comunitária, de forma a capacitar a pessoa idosa e seu cuidador informal na gestão terapêutica medicamentosa no domicílio.

A operacionalização do projeto tem como objetivo contribuir para o aumento da adesão terapêutica, nas pessoas idosas integradas em ECCL, da unidade supracitada.

Peço também autorização para a citação do nome da UCC nos projeto e relatório de estágio.

Atenciosamente,

Lisboa, Junho de 2014

Carla Páscoa

APÊNDICE IV

Pedido de autorização à comissão de ética da ARSLVT

Exmo. Sr.º Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

ARS Lisboa e Vale do Tejo

Dr. António Manuel Nuncio Faria Vaz

No âmbito do desenvolvimento do Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós-Licenciatura em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a mestranda Carla Assunção Parreira Páscoa, sob orientação da docente, Sra. Prof.^a Dr.^a Adriana Henriques, vem por este meio pedir autorização para a realização de um projeto de intervenção comunitária na UCC Cuidar +, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.

Pretende-se elaborar um projeto de estágio com relatório de intervenção comunitária, de forma a capacitar a pessoa idosa e seu cuidador informal na gestão terapêutica medicamentosa no domicílio.

A operacionalização do projeto tem como objetivo contribuir para o aumento da adesão terapêutica, nas pessoas idosas integradas em ECCI, da unidade supracitada.

Atenciosamente,

Lisboa, Outubro de 2014

Carla Páscoa

Exma. Sr.ª

Dr.ª Carla Páscoa

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
19056/CES/2014

Data
31-10-2014

Assunto: “Capacitar a pessoa idosa e seu cuidador informal na gestão terapêutica medicamentosa no domicílio.”

- Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT – Proc.076/CES/INV/2014

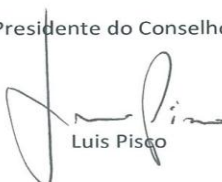
A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou na sua reunião da Secção de Investigação do dia 24-10-2014, o projecto mencionado em epígrafe, tendo merecido parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo


Luis Pisco

APÊNDICE V

Pedido de autorização para aplicação da MAT



Exmos.:

Sr. Prof. Doutor Artur Barata Delgado

Sr.^a Prof.^a Doutora Maria Luísa Lima

Departamento de Psicologia Social e das Organizações, ISCTE – Lisboa, Portugal

Assunto: Pedido de aplicação da escala MAT – Medida de Adesão ao Tratamento

Eu, Carla Assunção Parreira Páscoa, enfermeira, a frequentar o curso de pós Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a realizar um Projeto de Intervenção Comunitária com a finalidade de capacitar as pessoas idosas e seus cuidadores na gestão terapêutica, a decorrer na UCC cuidar + de Queijas, orientada pela Sr.^a Prof.^a Doutora Adriana Henriques.

Venho assim, solicitar a aplicação da escala MAT – Medida de Adesão ao Tratamento, neste projeto de intervenção comunitária.

Atenciosamente

Lisboa, Junho de 2014

Carla Assunção Parreira Páscoa

Pedido de autorização para a utilização da MAT

De: Enviada: quarta-feira, 2 de julho de 2014 08:20:41 Para: Carla Pascoa (carla_pascoa@hotmail.com)

Cara Carla,

Luisa Lima

Luísa Lima (luisa.lima@iscte.pt)

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

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

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

APÊNDICE VI

Pedido de autorização para aplicação da CADI



Exmo. Sr. Prof. Doutor

Carlos Sequeira

Coordenador da Escola Superior de
Enfermagem do Porto

Assunto: Pedido de aplicação da escala CADI – Índice de Avaliação das dificuldades do Cuidador Informal

Eu, Carla Assunção Parreira Páscoa, enfermeira, a frequentar o curso de pós Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a realizar um Projeto de Intervenção Comunitária com a finalidade de capacitar as pessoas idosas e seus cuidadores na gestão terapêutica, a decorrer na UCC de Queijas, orientada pela Sr.^a Prof.^a Doutora Adriana Henriques.

Venho assim, solicitar a aplicação da escala CADI – Índice de Avaliação das dificuldades do Cuidador Informal neste projeto de intervenção comunitária.

Atenciosamente.

Lisboa, Junho de 2014

Carla Assunção Parreira Páscoa

De: Enviada: quarta-feira, 25 de junho de 2014 01:04:48 Para: 'Carla Pascoa' (carla_pascoa@hotmail.com) 2 anexos
CADI_Sequeira_2007_2010.doc (73,9 KB) , info_utiliza_instrumentos.doc (30,3 KB)

Carlos Sequeira (carlossequeira@esenf.pt)

Exma. Carla Assunção, Informa-se que poderá utilizar a Escala designada por (CADI), traduzida e validada para a população Portuguesa (documento em anexo). Mais se informa que a escala deve ser utilizada na integra. Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver. Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala. As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010. <http://www.fnac.pt/Cuidar-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a324180> <http://www.bertrand.pt/ficha/cuidar-de-idosos?id=9631738>

No entanto se persistir qualquer dúvida não hesite em contactar-me. Desejo os maiores sucessos para a investigação que pretende desenvolver.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto Coordenador do Grupo de Investigação - NurID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – CINTESIS - FMUP Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

Escola Superior de Enfermagem do Porto

APÊNDICE VII

Pedido de autorização para aplicação da ICFT



Exmo. Sr. Prof. Doutor

Cassyano Januário Corrêa

Universidade Federal do Paraná

Assunto: Pedido de aplicação do Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT).

Eu, Carla Assunção Parreira Páscoa, enfermeira, a frequentar o curso de pós Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a realizar um Projeto de Intervenção Comunitária com a finalidade de capacitar as pessoas idosas e seus cuidadores na gestão terapêutica, a decorrer na UCC de Queijas, orientada pela Sr.^a Prof.^a Doutora Adriana Henriques.

Venho assim, solicitar a aplicação do Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT) neste projeto de intervenção comunitária.

Atenciosamente.

Lisboa, Junho de 2014

Carla Assunção Parreira Páscoa

Pedido de utilização de ICFT

De: Enviada: sexta-feira, 27 de junho de 2014 19:08:50 Para: Carla Pascoa (carla_pascoa@hotmail.com)

Prezada Carla,

Agradeço o interesse em utilizar o ICFT. Sinta-se à vontade para utilizar o instrumento e espero que o mesmo possa contribuir com sua pesquisa.

Gostaria de observar, apenas, para citação do artigo original de validação como fonte bibliográfica nas suas publicações resultantes da sua pesquisa.

Atenciosamente,

Cassyano Correr Universidade Federal do Paraná, Brasil.

APÊNDICE VIII

Dados sociodemográficos

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Utente

	Idade	(em anos)	Sexo	
Residência: _____			☐	Fem 0
Naturalidade: _____			☐	Masc 1
Raça/Etnia _____				
Estado Civil: _____				
Com quem habita _____				
Profissão: _____				

Escolaridade

☐	0	não frequência escolar (sabe ler e escrever)
☐	1	1º e 2º ciclo ensino básico (até ao 6º ano)
☐	2	3º ciclo ensino básico (até 9º ano)
☐	3	ensino secundário (até 12º ano)
☐	5	ensino superior (bach,lic;DESE;pós-lic, mest)
☐	6	grau doutoramento

Cuidador

	Idade	(em anos)	Sexo	
Residência: _____			☐	Fem 0
Naturalidade: _____			☐	Masc 1
Raça/Etnia _____				
Estado Civil: _____				
Grau de parentesco: _____				
Profissão: _____				

Escolaridade

☐	0	não frequência escolar (sabe ler e escrever)
☐	1	1º e 2º ciclo ensino básico (até ao 6º ano)
☐	2	3º ciclo ensino básico (até 9º ano)
☐	3	ensino secundário (até 12º ano)
☐	5	ensino superior (bach,lic;DESE;pós-lic, mest)
☐	6	grau doutoramento

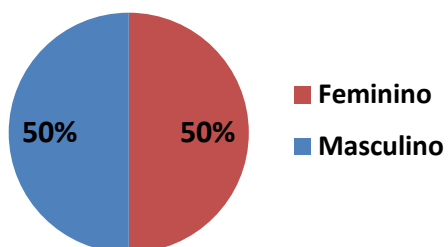
APÊNDICE IX
Tratamento de dados (Questionário de dados demográficos)

IDOSOS

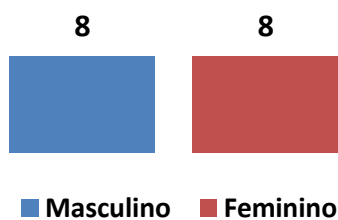
Distribuição por sexo

Feminino	Masculino	Total Geral
8	8	16
50,0%	50,0%	100,0%

Total de Idosos, por sexo

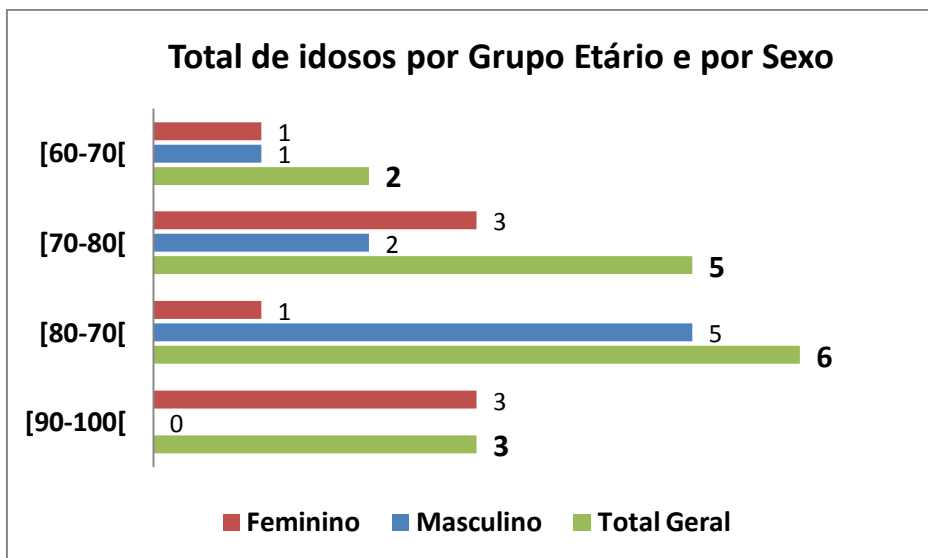


Total de idosos, por sexo



Distribuição por Grupo Etário, e por sexo

Grupo Etário 1	Feminino	Masculino	Total Geral
[60-70[	1	1	2
[70-80[	3	2	5
[80-90[	1	5	6
[90-100[	3	0	3
Total Geral	8	8	16



Média de Idade, por sexo (em anos)

	Feminino	Masculino	Total Geral
Média de Idade	82,00	79,25	80,63

Desvio-Padrão de Idade, por sexo (em anos)

	Feminino	Masculino	Total Geral
Desvio-Padrão de Idade	10,34	7,19	8,72

Máximo de Idade, por sexo (em anos)

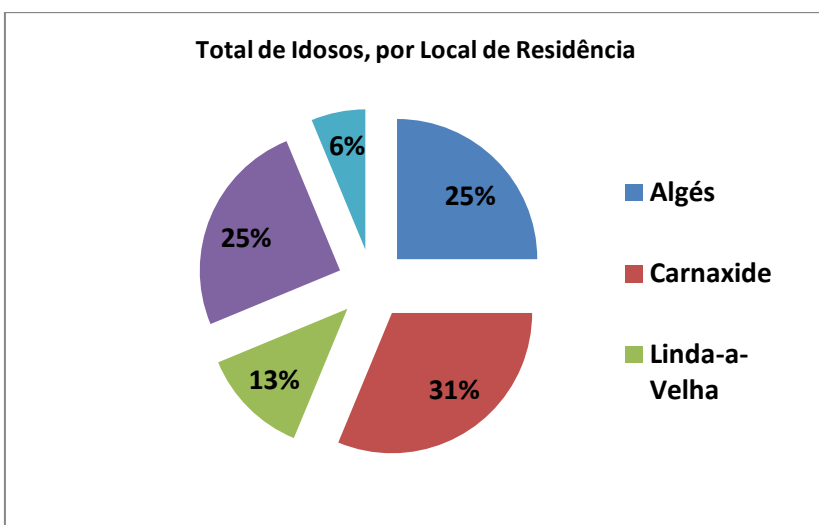
	Feminino	Masculino	Total Geral
Máximo de Idade	94,00	86,00	94,00

Mínimo de Idade, por sexo (em anos)

	Feminino	Masculino	Total Geral
Mínimo de Idade	67,00	65,00	65,00

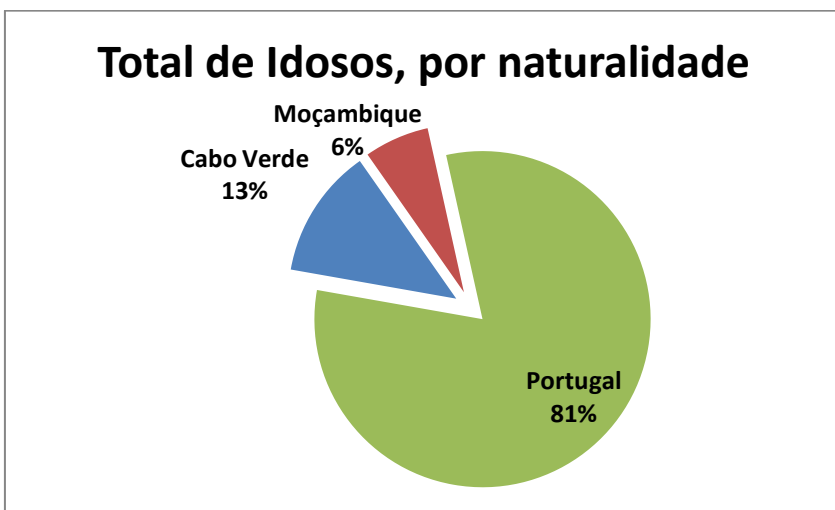
Distribuição por local de residência, e por sexo

Residência	Feminino	Masculino	Total Geral
Algés	2	2	4
Carnaxide	3	2	5
Linda-a-Velha	1	1	2
Outurela	2	2	4
Queijas		1	1
Total Geral	8	8	16



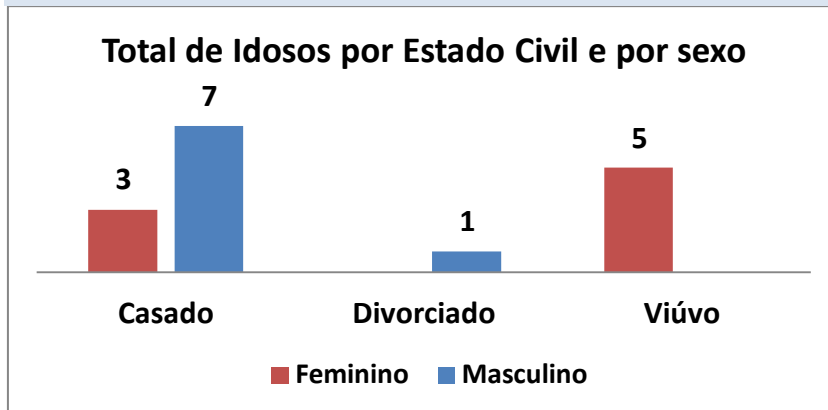
Distribuição por naturalidade, e por sexo

Naturalidade	Feminino	Masculino	Total Geral
Cabo Verde	1	1	2
Moçambique	1		1
Portugal	6	7	13
Total Geral	8	8	16



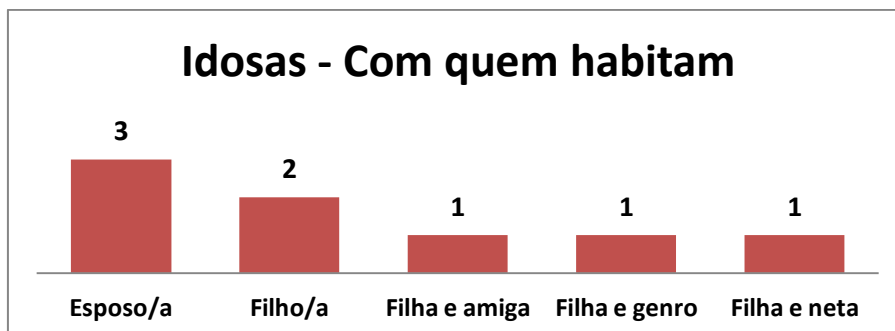
Distribuição por Estado civil, e por sexo

Estado Civil	Feminino	Masculino	Total Geral
Casado	3	7	10
Divorciado	0	1	1
Viúvo	5	0	5
Total Geral	8	8	16

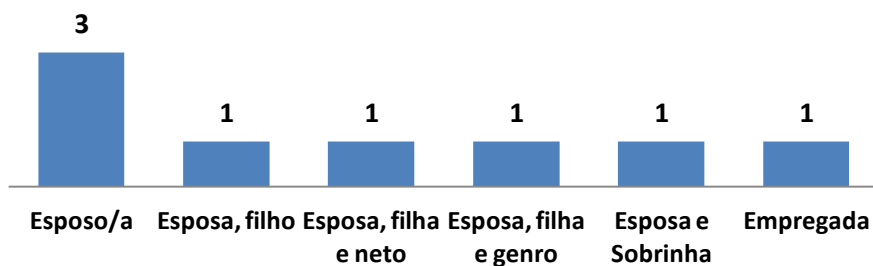


Com quem habita

Com quem habita	Feminino	Masculino	Total Geral	%
Empregada	0	1	1	6,3%
Esposa e Sobrinha	0	1	1	6,3%
Esposa, filha e genro	0	1	1	6,3%
Esposa, filha e neto	0	1	1	6,3%
Esposa, filho	0	1	1	6,3%
Esposo/a	3	3	6	37,5%
Filho/a	2	0	2	12,5%
Filha e amiga	1	0	1	6,3%
Filha e genro	1	0	1	6,3%
Filha e neta	1	0	1	6,3%
Total Geral	8	8	16	100,0%



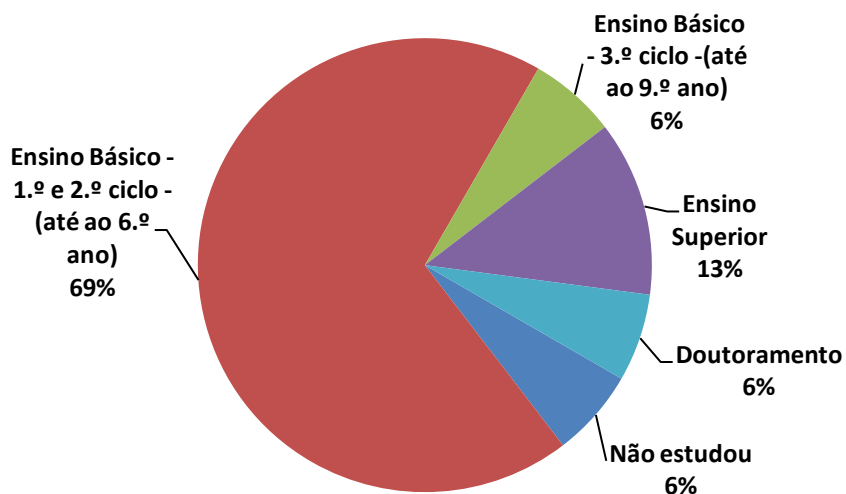
Idosos - Com quem habitam



Distribuição por Habilitação Literária, por sexo

Hab. Let.	Feminino	Masculino	Total Geral
Não estudou	1		1
Ensino Básico -1.º e 2.º ciclo - (até ao 6.º ano)	4	7	11
Ensino Básico - 3.º ciclo - (até ao 9.º ano)	1		1
Ensino Superior	2		2
Doutoramento		1	1
Total Geral	8	8	16

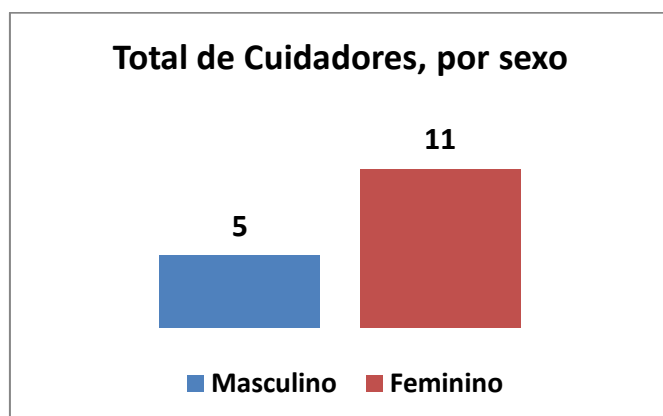
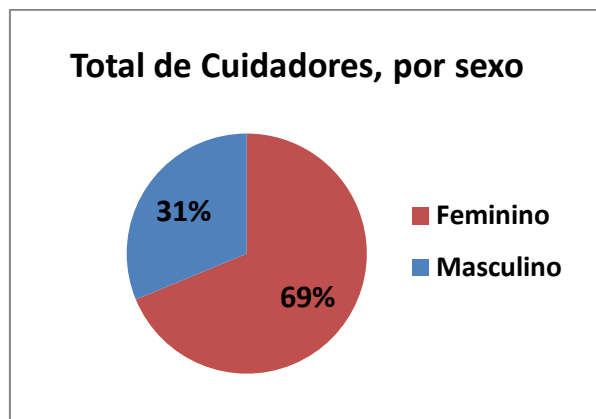
Total de Idosos, por Habilitação Literária



CUIDADORES

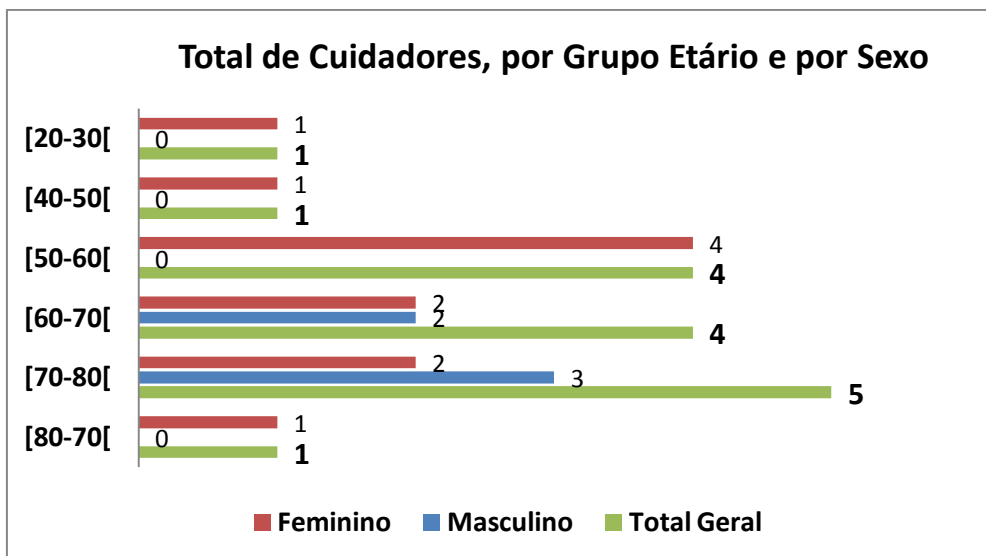
Distribuição por sexo

Feminino	Masculino	Total Geral
11	5	16
68,8%	31,3%	100,0%



Distribuição por Grupo Etário, e por sexo

Grupo Etário 3	Feminino	Masculino	Total Geral
[20-30[	1	0	1
[40-50[	1	0	1
[50-60[	4	0	4
[60-70[	2	2	4
[70-80[	2	3	5
[80-70[	1	0	1
Total Geral	11	5	16



Média de Idade, por sexo (em anos)

	Feminino	Masculino	Total Geral
Média de Idade	59,18	69,80	62,50

Desvio-Padrão de Idade, por sexo (em anos)

	Feminino	Masculino	Total Geral
Desvio-Padrão de Idade	14,65	5,12	13,26

Máximo de Idade, por sexo (em anos)

	Feminino	Masculino	Total Geral
Máximo de Idade	80,00	76,00	80,00

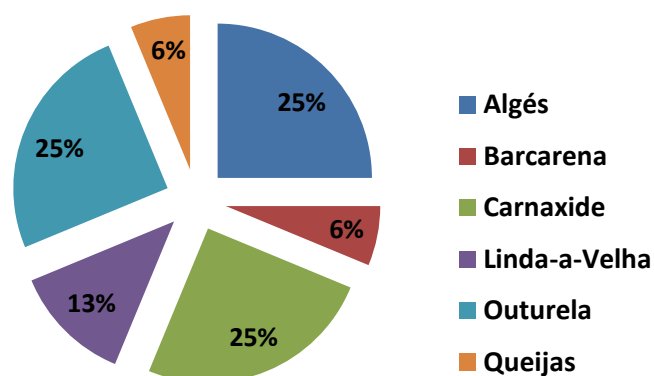
Mínimo de Idade, por sexo (em anos)

	Feminino	Masculino	Total Geral
Mínimo de Idade	27,00	62,00	27,00

Distribuição por local de residência, e por sexo

Residência	Feminino	Masculino	Total Geral
Algés	4		4
Barcarena	1		1
Carnaxide	1	3	4
Linda-a-Velha	2		2
Outurela	2	2	4
Queijas	1		1
Total Geral	11	5	16

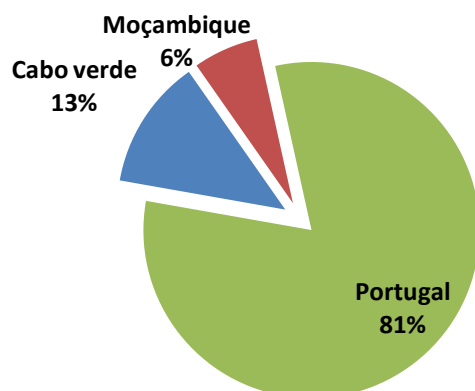
Total de Cuidadores, por Local de Residência



Distribuição por naturalidade, e por sexo

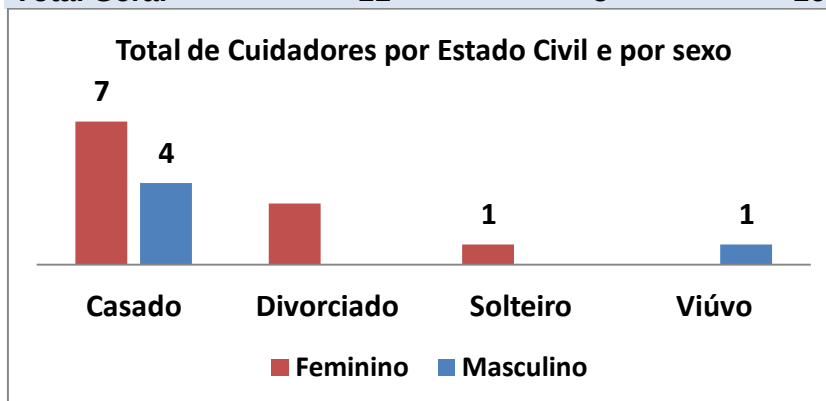
Naturalidade	Feminino	Masculino	Total Geral
Cabo verde	1	1	2
Moçambique	1		1
Portugal	9	4	13
Total Geral	11	5	16

Total de Cuidadores, por naturalidade



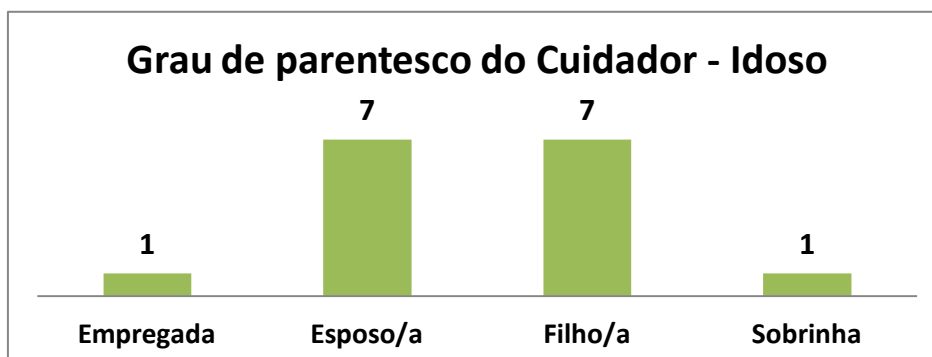
Distribuição por Estado civil, e por sexo

Estado Civil	Feminino	Masculino	Total Geral
Casado	7	4	11
Divorciado	3		3
Solteiro	1		1
Viúvo		1	1
Total Geral	11	5	16



Grau de Parentesco para com o idoso

Grau de Parentesco	Feminino	Masculino	Total Geral
Empregada	1		1
Esposo/a	4	3	7
Filho/a	5	2	7
Sobrinha	1		1
Total Geral	11	5	16

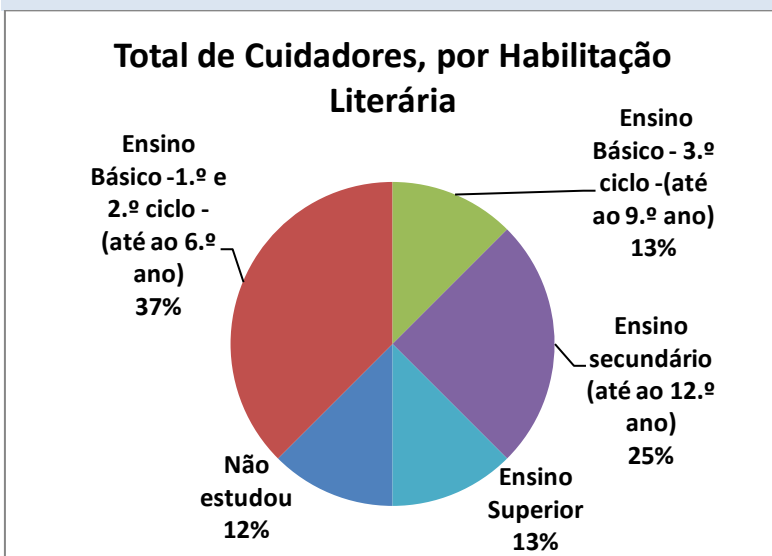


Distribuição por profissão, por sexo

Profissão	Feminino	Masculino	Total Geral
Bancário	1	2	3
Comerciante		1	1
Construção Civil		1	1
Cozinheira	1		1
Desempregado	1		1
Doméstica	4		4
Empregada Balcão	1		1
Empregada Doméstica	1		1
Estudante	1		1
Pintor		1	1
Secretária	1		1
Total Geral	11	5	16

Distribuição por Habilitação Literária, por sexo

Hab. Let.	Feminino	Masculino	Total Geral
Não estudou	1	1	2
Ensino Básico -1.º e 2.º ciclo - (até ao 6.º ano)	5	1	6
Ensino Básico - 3.º ciclo - (até ao 9.º ano)	1	1	2
Ensino secundário (até ao 12.º ano)	2	2	4
Ensino Superior	2		2
Total Geral	11	5	16



APENDICE X
Tratamento de dados (MAT)

MAT - Medida de Adesão aos Tratamentos

Respostas	1	2	3	4	5	6	
Questão	Sempre	Quase Sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	Total
1	0	0	1	3	5	7	16
2	0	0	2	3	4	7	16
3	0	0	0	1	2	13	16
4	0	0	0	0	3	13	16
5	0	0	1	0	3	12	16
6	0	0	0	1	3	12	16
7	0	0	0	1	4	11	16
Total	0	0	4	9	24	75	112

%							
Questão	Sempre	Quase Sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	Total
1	0,0%	0,0%	6,3%	18,8%	31,3%	43,8%	100,0%
2	0,0%	0,0%	12,5%	18,8%	25,0%	43,8%	100,0%
3	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	12,5%	81,3%	100,0%
4	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	18,8%	81,3%	100,0%
5	0,0%	0,0%	6,3%	0,0%	18,8%	75,0%	100,0%
6	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	18,8%	75,0%	100,0%
7	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	25,0%	68,8%	100,0%
Total	0,0%	0,0%	3,6%	8,0%	21,4%	67,0%	100,0%

Grupo					
Por idades	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	Total
65	0	2	3	2	7
67	0	0	1	6	7
70	0	0	2	5	7
73	0	0	1	6	7
77	2	0	2	10	14
78	0	0	3	4	7
82	0	3	3	1	7
83	0	0	0	14	14
85	1	1	2	3	7
86	0	0	1	6	7
89	0	0	1	6	7
90	1	0	1	5	7
91	0	0	4	3	7
94	0	3	0	4	7
Total	4	9	24	75	112

APENDICE XI
Tratamento de dados (CADI)

Grupo	A	B1	B2	B3	Total
PR - Problemas relacionais	90	6	23	9	128
%	70,3%	4,7%	18,0%	7,0%	100,0%
RS - Restrições sociais	34	12	29	37	112
%	30,4%	10,7%	25,9%	33,0%	100,0%
EC - Exigências do cuidar	22	25	45	20	112
%	19,6%	22,3%	40,2%	17,9%	100,0%
RC - Reações ao cuidar	32	4	10	18	64
%	50,0%	6,3%	15,6%	28,1%	100,0%
AF - Apoio familiar	21	0	3	8	32
%	65,6%	0,0%	9,4%	25,0%	100,0%
AP - Apoio profissional	22	3	5	2	32
%	68,8%	9,4%	15,6%	6,3%	100,0%
Total	221	50	115	94	480
%	46,0%	10,4%	24,0%	19,6%	100,0%

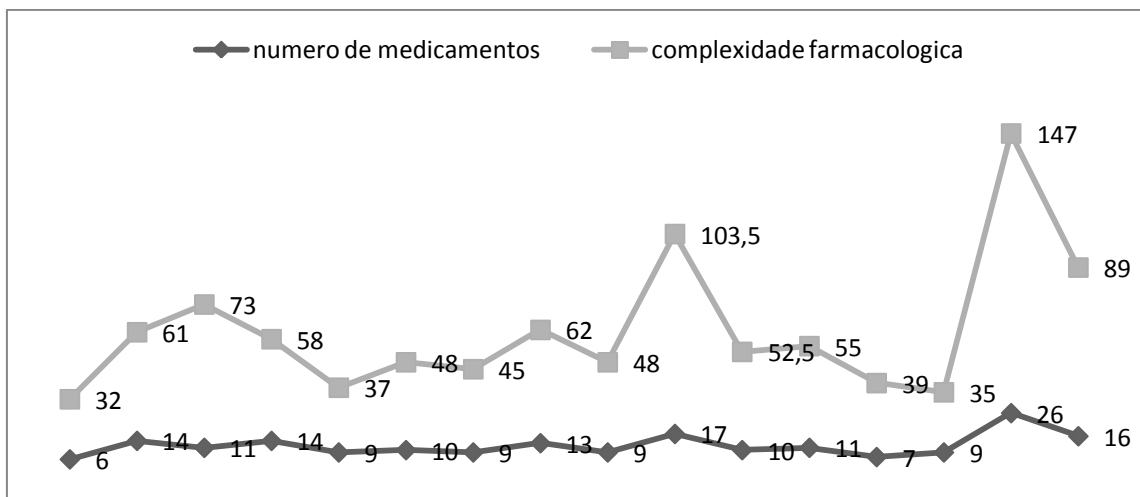
	Causa alguma perturbação (B2)	Perturba-me muito (B3)	Índice de perturbação (B2+B3)
Problemas Relacionais (PR)	18%	7%	25%
Restrições sociais (RS)	25,9%	33%	58,9%
Exigências do cuidar (EC)	40,2%	17,9%	58,1%
Reações ao cuidar (RC)	15,6%	28,1%	43,7%
Apoio Familiar (AF)	9,4%	25%	34,4%
Apoio Profissional (AP)	15,6%	6,3%	21,9%
Total	24%	19,6%	43,6%

APÊNDICE XII
Tratamento de dados (ICFT)

Comparar o n.º de medicamentos com o ICFT

Número de medicamentos	Complexidade farmacológica
6	32
14	61
11	73
14	58
9	37
10	48
9	45
13	62
9	48
17	103,5
10	52,5
11	55
7	39
9	35
26	147
16	89

Número de medicamentos		Complexidade farmacológica	
Média	11,9375	Média	61,5625
Erro-padrão	1,212672	Erro-padrão	7,476195
Mediana	10,5	Mediana	53,75
Moda	9	Moda	48
Desvio-padrão	4,850687	Desvio-padrão	29,90478
Variância da amostra	23,52917	Variância da amostra	894,2958
Curtose	3,892664	Curtose	3,640997
Assimetria	1,701733	Assimetria	1,81783
Intervalo	20	Intervalo	115
Mínimo	6	Mínimo	32
Máximo	26	Máximo	147
Soma	191	Soma	985
Contagem	16	Contagem	16
Nível de confiança(95,0%)	2,584749	Nível de confiança (95,0%)	15,93513



APÊNDICE XIII

Plano da ação de formação à equipa de enfermagem da UCC Cuidar+

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
5º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura
em Enfermagem Comunitária

Tema: Capacitar a pessoa idosa e seu cuidador informal na gestão terapêutica medicamentosa no domicílio

Duração: 20 minutos

Data da sessão: 22 de Janeiro de 2015

Local: UCC Cuidar+

Formador: Carla Páscoa

Destinatário: Enfermeiros da UCC Cuidar+

Objetivo geral: Que no final da sessão os enfermeiros adquiram conhecimentos acerca do projeto a desenvolver.

Objetivos específicos: Que os enfermeiros no final da sessão sejam capazes de:

- Descrever a importância da gestão terapêutica na pessoa idosa e seu cuidador informal;

- Responder corretamente a pelo menos 50% das questões colocadas, no final da sessão.

	Conteúdos	Atividades	Metodologia	Avaliação	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	Objetivos Avaliação de pré-requisitos	PowerPoint	Expositiva e interrogativa	Diagnóstica	Computador e slide show	5'
Desenvolvimento	Conceitos Epidemiologia População em estudo Diagnóstico de situação Intervenções	PowerPoint	Expositiva	Formativa	Computador e slide show	10'
Conclusão	Metas, indicadores e atividades em desenvolvimento	PowerPoint	Expositiva e interrogativa	Sumativa	Computador e slide show	5'

APÊNDICE XIV

Ação de formação realizada à equipa de enfermagem da UCC Cuidar+

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
5º Curso de Mestrado e Pós-licenciatura
em Enfermagem Comunitária

CAPACITAR A PESSOA IDOSA E SEU CUIDADOR INFORMAL NA GESTÃO TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA NO DOMICÍLIO



Aluna: Carla Assunção Parreira Páscoa

Orientadora: Prof. Dr.ª Adriana Henriques

ENVELHECER...

- ▣ **NA Europa: Entre 2010-2050 - N.º de pessoas com mais de 65 anos de idade irá duplicar**
 - ▣ **Portugal: 2 milhões de pessoas com mais de 65 anos de idade (INE, 2012)**
 - ... são alterações biológicas universais que se manifestam com a idade
 - Pessoas com 65 anos de idade ou mais.
- (Who, 2001)

- ▣ Mais de um milhão e duzentos mil idosos (cerca de 60% da população idosa em Portugal) vivem sozinhos ou na companhia de outros idosos. (INE, 2012)
- ▣ Cuidadores informais são “elementos da rede social do idoso (familiares, amigos, vizinhos, colegas (...)) que lhe prestam cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal ou estatutário”.
(Sousa, Figueiredo e Cerqueira ,2006, p. 53)

GESTÃO MEDICAMENTOSA

A não adesão à terapêutica tem vindo a ser uma preocupação crescente..

- ▣ A OMS (WHO, 2003) refere que cerca de 50% dos tratamentos recomendados não são seguidos pelos utentes, a nível mundial.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- ▣ Modelo do autocuidado de Dorothea Orem
 - Teoria dos sistemas de enfermagem

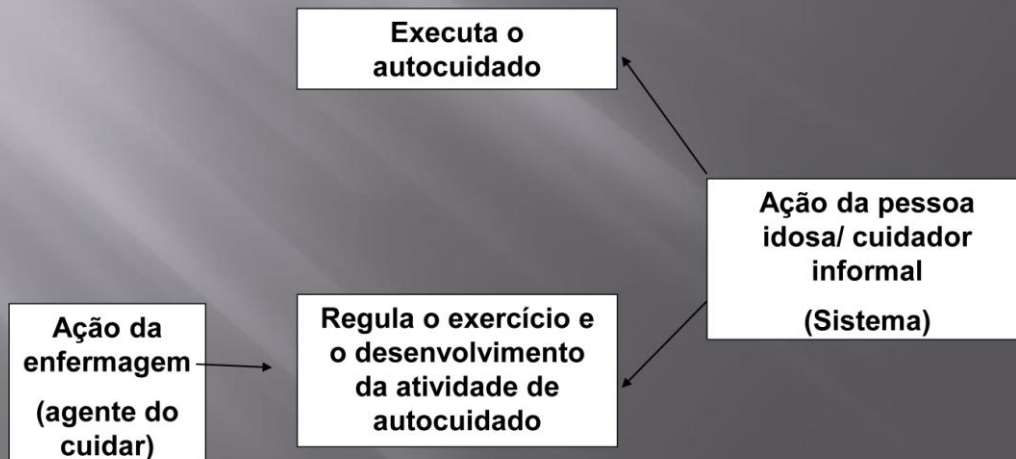


Figura 1: Sistema de enfermagem apoio-educação (Orem, 2002)

MODELO EMPOWERMENT

- ▣ “o *empowerment* é um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder quer psicológico e sociocultural, quer político e económico, permitindo-lhes aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania.”

Frederico (2006) citado por Pereira *et al.* (2011)

PLANEAMENTO EM SAÚDE

☐ Finalidade e objetivo geral

- ☐ Promover o aumento da adesão à terapêutica medicamentosa num de pessoas idosas e seus cuidadores familiares, contribuindo para ganhos em saúde.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ☐ Identificar e caraterizar a população idosa inscrita em ECCI;
- ☐ Identificar e caraterizar os cuidadores informais da população idosa dependente, inscritos em ECCI;
- ☐ Avaliar o grau de adesão à terapêutica medicamentosa na população idosa;
- ☐ Capacitar a pessoa idosa e seu cuidador informal para a gestão terapêutica medicamentosa;
- ☐ Aplicar as estratégias delineadas;

CONTEXTO DO LOCAL DE INTERVENÇÃO

- ▣ UCC cuidar mais – Queijas: ACS de Lisboa Ocidental e Oeiras
- ▣ Área de influência da UCC cuidar mais: Algés; Carnaxide; Queijas; Cruz Quebrada / Dafundo; Linda-a-Velha.

Total de habitantes: 233.465

0-14 anos: 34.314

15-24 anos: 21.827

25-64 anos: 127.057

65 e mais anos: 50.267

Percentagem de pessoas
idasas: 21.5%

INE, Resultados Definitivos Censos 2011

COLHEITA DE DADOS

- ▣ Questionário de dados demográficos
- ▣ Escala de adesão terapêutica (MAT)
- ▣ Índice de avaliação das dificuldades do cuidador informal - (CADI)
- ▣ Índice de complexidade da farmacoterapia (ICFT)

POPULAÇÃO ALVO

- ▣ Todos os utentes integrados em ECCI, no período entre Outubro de 2014 e Fevereiro de 2015

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
• Utesntes com idade igual ou superior a 65 anos • Dependentes de cuidador informal • Inseridos em ECCI • Participação livre na resposta aos instrumentos de recolha de dados aplicados	• Cuidador com doença do foro psiquiátrico diagnosticado • Utesntes com pré-alta atribuída • Utesntes em fase terminal, diagnosticado pelo médico

- ▣ Aplicados os questionários e escalas de recolha de dados a 16 utentes/cuidadores informais

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

- ▣ Dados demográficos



- ▣ Média de idades:
 - Pessoa idosa: 80,6 anos
 - Cuidador: 62,5 anos

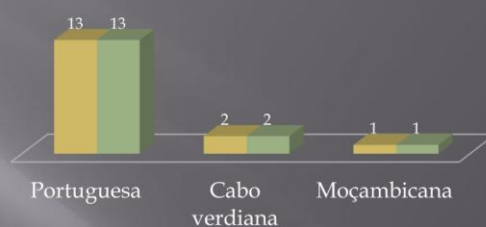
Sexo

idoso cuidador



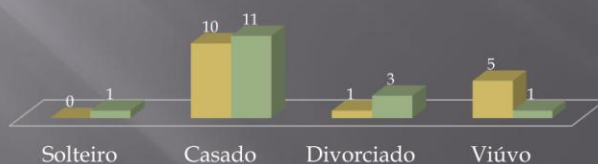
Nacionalidade

idoso cuidador



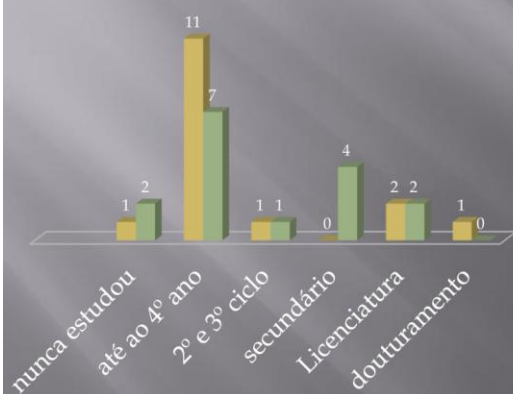
Estado civil

idoso cuidador



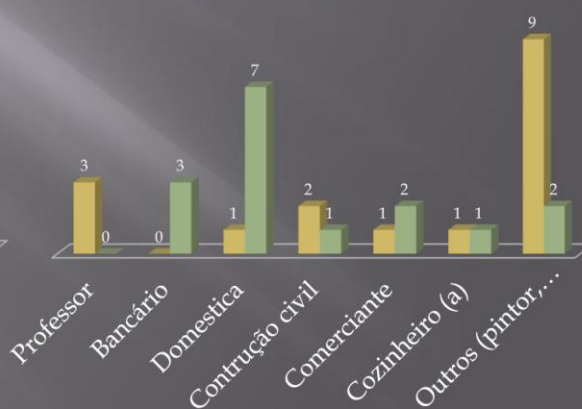
Escolaridade

idoso cuidador



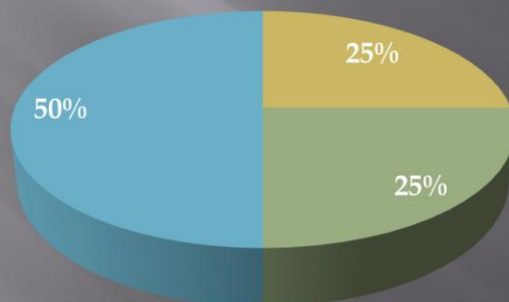
Profissão

idoso cuidador



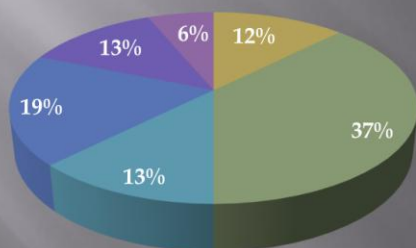
Empregabilidade do cuidador

■ a trabalhar ■ desempregado ■ reformado



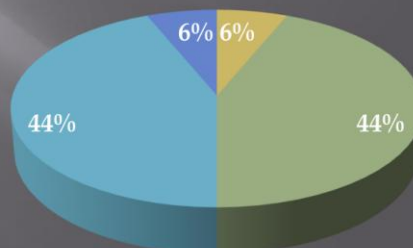
Com quem habita

■ Filho (a)
■ Esposo (a)
■ Esposo (a) + Filho (a)
■ Filho (a) + netos/genros
■ Esposo (a) + Filho (a) + neto/genro
■ Outros (empregada, mãe, amigos)



Grau de parentesco

■ Empregada ■ Esposo (a)
■ Filho (a) ■ Sobrinha



ESCALA DE ADEÇÃO TERAPÊUTICA (MAT)

	Com frequência	Por vezes	Raramente
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	6%	19%	31%
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	13%	19%	25%

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL - (CADI)

	Causa alguma perturbação (C)	Perturba-me muito (D)	Índice de perturbação (C+D)
Problemas Relacionais (PR)	18%	7%	25%
Restrições sociais (RS)	28%	33%	61%
Exigências do cuidar (EC)	40%	18%	58%
Reacções ao cuidar (RC)	17%	27%	44%
Apoio Familiar (AF)	13%	22%	34%
Apoio Profissional (AP)	16%	6%	22%

ÍNDICE DE COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA (ICFT)

valores de índice de complexidade farmacológica

69,5
52,5
63
45
48
37
58
73
61
48
39
32
89
35
55
147
Média: 59,5 pontos

N^a de medicamentos por pessoa idosa

17
10
13
9
10
9
14
11
14
9
7
6
15
9
11
26
Média: 11,9 por pessoa idosa

- ▣ **12 utentes (75%) tem de partir ou triturar os comprimidos**
 - 1-9 comprimidos por utente
- ▣ **3 utentes dissolvem o comprimido**
 - 1-6 comprimidos
- ▣ **Os 16 utentes tem medicação que devem tomar/usar em horário específico (manhã/noite/de 8h em 8h, etc)**
 - 4-18 medicamentos
- ▣ **10 utentes têm medicação que têm relação com os alimentos (antes ou depois da refeição)**
 - 1-3 medicamentos
- ▣ **4 utentes reduzem ou aumentam doses de medicação progressivamente**
 - 1-4 medicamentos
- ▣ **3 utentes têm prescrições de doses alternadas**
 - 1-2 medicamentos

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

▣ Segundo Orem:

▪ Requisitos universais do auto-cuidado

- Deficit na gestão terapêutica medicamentosa da pessoa idosa
 - Dificuldades do cuidador informal face à situação de dependência da pessoa idosa

▪ Requisitos do auto-cuidado de desenvolvimento

- Deficit na gestão terapêutica medicamentosa da pessoa idosa
 - Baixo nível de escolaridade da pessoa idosa/cuidador informal;
 - Incumprimento ou esquecimento dos horários da toma da terapêutica medicamentosa
 - Desemprego e baixo recurso financeiro

▪ Desvio de saúde do auto-cuidado:

- Risco de não adesão à terapêutica medicamentosa na pessoa idosa
 - Complexidade farmacológica

▣ Segundo CIPE

A – Risco de não adesão à terapêutica na pessoa idosa, relacionada com:

1 - Baixo nível de escolaridade da pessoa idosa/cuidador informal;

2 – Desemprego e baixo recurso financeiro;

3 – Complexidade farmacológica:

B - Atitude face à gestão da terapêutica medicamentosa da pessoa idosa comprometida, por parte do cuidador informal, relacionada com:

- 1 - Dificuldades face à situação de dependência da pessoa idosa;
- 2 - Incumprimento ou esquecimento dos horários da toma da terapêutica medicamentosa.

DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Problemas	Comparação por pares				Valor final	Ordenação final
A1	<u>A1</u> A2	A1 <u>A3</u>	A1 <u>B1</u>	A1 <u>B2</u>	A1=1	A3
A2	A2 <u>A1</u>	A2 <u>A3</u>	A2 <u>B1</u>	A2 <u>B2</u>	A2=0	B1
A3	<u>A3</u> A1	<u>A3</u> A2	<u>A3</u> B1	<u>A3</u> B2	A3=4	B2
B1	<u>B1</u> A1	<u>B1</u> A2	B1 <u>A3</u>	<u>B1</u> B2	B1=3	A1
B2	<u>B2</u> A1	<u>B2</u> A2	B2 <u>A3</u>	B2 <u>B1</u>	B2=2	A2

OBJETIVOS PARA A APLICAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

- ▣ Contribuir para a aquisição de novos conhecimentos sobre gestão terapêutica medicamentosa na equipa de enfermagem da UCC Cuidar +;
- ▣ Contribuir para a aquisição de conhecimento sobre a terapêutica medicamentosa prescrita na pessoa idosa/seu cuidador informal;
- ▣ Promover a aquisição de conhecimentos acerca dos riscos de uma má gestão terapêutica medicamentosa na pessoa idosa/cuidador informal, de modo a diminuir o esquecimento nas administrações da terapêutica medicamentosa;
- ▣ Contribuir para a capacitação da pessoa idosa/cuidador informal na gestão terapêutica medicamentosa;
- ▣ Contribuir para uma melhor gestão terapêutica medicamentosa na pessoa idosa/cuidador informal, diminuindo os erros na administração da terapêutica medicamentosa.

<u>Estratégias</u>	<u>Descrição</u>	<u>Indicadores</u>	<u>Metas</u>
Realização de sessão informativa , à equipa de enfermagem, para apresentação do projeto	Apresentação do projeto e qual o objetivo do seu desenvolvimento, de forma a informar e esclarecer a equipa de enfermagem sobre a gestão da terapêutica medicamentosa na pessoa idosa.	% de enfermeiros presentes na formação	60%
Visita domiciliária às pessoas idosas inscritas em ECCI	Transmissão de conhecimentos à pessoa idosa/cuidador informal informação sobre a terapêutica medicamentosa prescrita.	% de visitas domiciliárias realizadas	75%
Realização e entrega de folheto informativo	Realização de folheto informativo sobre a gestão da terapêutica medicamentosa no domicílio por parte da pessoa idosa/cuidador informal. Entrega do mesmo durante a visita domiciliária.	% de folhetos entregues às pessoas idosas/cuidadores informais	80%
Realização de sessão informativa à pessoa idosa/cuidador informal	Realização de uma formação informal, no domicílio de cada utente sobre gestão terapêutica medicamentosa.	% de ações de formação realizadas às pessoas idosas/cuidadores informais no domicílio	80%
Realização de folha de registo de medicação	Realização de uma folha de medicação para a pessoa idosa/cuidador informal para registo das prescrições terapêuticas no domicílio	% de folhas de registo de medicação entregues às pessoas idosas/cuidadores informais	80%

ATIVIDADES REALIZADAS

- ▣ Realização de formação aos enfermeiros da UCC Cuidar+;
- ▣ Entrega dos folhetos à pessoas idosa/cuidador informal;
- ▣ Sessão informativa no domicílio;
- ▣ Entrega da folha de medicação e registo atual da medicação prescrita à pessoa idosa/cuidador informal.

BIBLIOGRAFIA

- ◉ AEEASG (2012) Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações – Programa de ação
- ◉ Cabral, M., & Silva, P. (2010). A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas.
- ◉ DGS (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.
- ◉ Henriques, M. (2011) *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade Eficácia das intervenções de enfermagem*
- ◉ Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública
- ◉ INE (2012) Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos. Momento Censitário
- ◉ INE & INSDRJ (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*
- ◉ Orem, D. (2001) *Nursing Concepts of Practice*. 6ª Ed. St Louis: Mosby
- ◉ Orem, D. (2002) Teoria do Déficit de Auto-Cuidado de Enfermagem. In A. Tomey & M. Alligood (Coord.) *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusodidacta
- ◉ Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Envelhecimento Activo.
- ◉ UCC cuidar mais - Queijas, plano de ação 2011-2013.
- ◉ WHO (2001) Men Ageing And Health: Achieving health across the life span.
- ◉ WHO (2002) Active aging: A Policy Framework.
- ◉ WHO (2014b). Demographic profile of the older population.



OBRIGADO!!

APÊNDICE XV

Ficha de avaliação da ação de formação realizada à equipa de
enfermagem da UCC Cuidar+

Avaliação na formação

Tema: Apresentação do projeto de estágio: Capacitar a pessoa idosa e seu cuidador informal na gestão da terapêutica medicamentosa no domicílio.

1. Assinale com X no quadrado correspondente, conforme considere as afirmações verdadeiras (V) ou falsas (F) (cotação de 20% cada alínea num total de 40%):

- a. 80% dos tratamentos prescritos são realizados corretamente pela população
- b. A não adesão à terapêutica é uma das principais causas de reinternamentos
- c. Cerca de 60% da população idosa em Portugal vive sozinha ou na companhia de outro idoso
- d. O cuidador informal não gere terapêutica

V	F

Cotação: _____

2. Do conjunto de palavras e expressões que se encontram abaixo, coloque um círculo em redor das que considera pertencer ao contexto trabalhado (cotação de 60%)

Adolescente	Gestão terapêutica	Alimentação	Hospital
Polimedicação	Sono	Domicílio	
Higiene	Segurança	Reabilitação	Saúde materna
Promoção	Saúde oral	Doença crónica	
Doenças em fase aguda	ECCI	Saúde escolar	Ferida crónica
Saúde mental	Administração de terapêutica	Pessoa idosa	
Capacitação	Cuidador informal	USF	Prevenção

Cotação: _____

Formando _____ Data: _____

APÊNDICE XVI

Sessão informativa realizada à pessoa idosa e cuidador informal no
domicílio e centro de dia

Terapêutica em casa

Como gerir...



Trabalho realizado por:

Carla Páscoa

Enf^a a frequentar o 5º Mestrado em enfermagem e curso pós licenciatura em enfermagem comunitária da ESEL

Com o apoio:

Enf.^a Cláudia Crispim



A toma/administração correta da medicação melhora significativamente a qualidade de vida





Uma incorreta toma ou administração da medicação prescrita poderá levar a:

❖ Agravar a saúde a longo prazo



❖ **Desenvolver quadro de agudização da doença**



❖ **Provocar efeitos indesejáveis**



❖ **Remeter para internamentos inesperados**



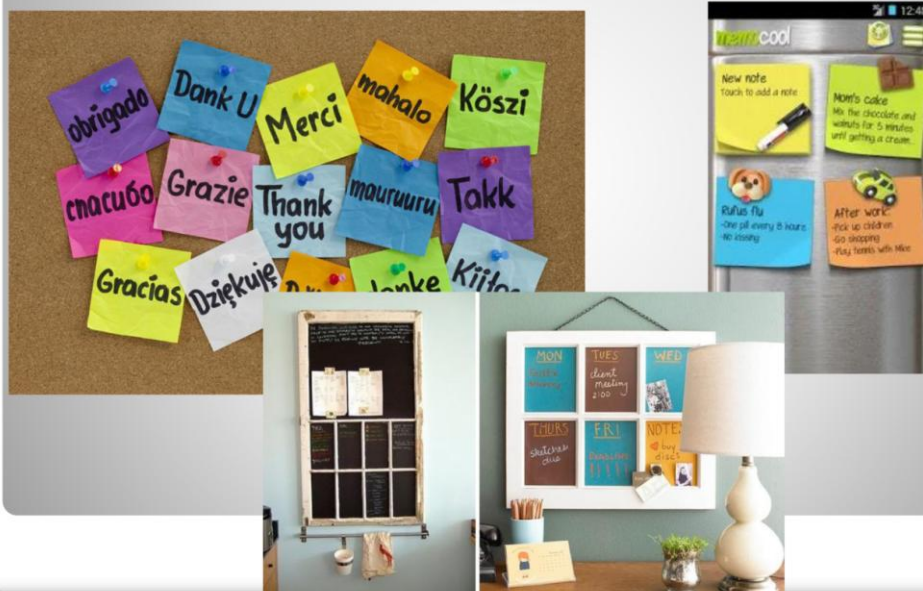
Como colmatar as falhas???



Caixas de medicação



Colar lembretes no frigorifico, espelho da casa de banho, etc.



Medicação diária do(a) Sr.(a) _____

[illegible]

Não ter medicamentos com o mesmo princípio ativo e de nome diferente a uso



Não deixar terminar a medicação por falta de receitas



Fazer a contagem dos medicamentos, todas as semanas, de modo a perceber quando deve pedir receitas.



Marcar um dia mensal para pedir as receitas



**Rever a folha da medicação
sempre que voltar ao médico e
haja alterações da medicação**



**Comunicar à equipa de saúde
que o segue no domicilio
sempre que haja alterações na
medicação**



**Colocar todas as dúvidas à
equipa de saúde**



Sugestões?



APÊNDICE XVII

Folheto informativo entregue à pessoa idosa e cuidador informal

Folheto elaborado por:

Carla Páscoa

Enf.^a a frequentar o 5.^o Mestrado em
enfermagem e curso pós licenciatura em
enfermagem comunitária da ESEL

Com o apoio:

Enf.^a Cláudia Crispim



A IMPORTÂNCIA DA TERAPÊUTICA

**A toma correta da medicação
melhora significativamente a
qualidade de vida**

Contatos da UCC Cuidar+:

- Tel: 21 418 86 97
- Fax: 21 418 68 01

Evite o

Sabia que a toma incorreta da medicação pode:

- Agravar a saúde a longo prazo;
- Desenvolver quadro de agudização da doença;
- Provocar efeitos indesejáveis;
- Remeter para internamentos inesperados.

**Em caso de dúvidas ligue
SEMPRE para a equipa da
sua unidade de saúde.**

Deve também contactar a equipa da sua unidade de saúde se:

- A medicação estiver a terminar e não tem receitas;
- Surgirem sinais ou sintomas diferentes aquando da toma de alguma medicação;
- Não tem dinheiro para comprar a medicação;
- Se tiver outras dificuldades para a aquisição da terapêutica.

APÊNDICE XVIII

Folha de terapêutica entregue à pessoa idosa e cuidador informal

Medicação diária do(a) Sr.(a) _____

Para	Medicamento	Jejum 	Peq. Almoço 	Almoço 	Lanche 	Jantar 	Deitar 
Medicação SOS ou outro horário							

APÊNDICE XIX

Sessão informativa realizada no centro de dia e elaboração de poster

