

## **ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE BEJA**

**I Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária**

**Projeto de Intervenção em Saúde Comunitária**

# **“O ENFERMEIRO COMO GESTOR DO REGIME MEDICAMENTOSO DO IDOSO”**

Projeto apresentado por  
**Cristina Maria Alves Palma**  
para obtenção do Grau de Mestre  
sob a orientação de  
**Mestre Maria Manuela Narciso Pereira**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE BEJA**

**I Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária**

**Projeto de Intervenção em Saúde Comunitária**

**“O ENFERMEIRO COMO GESTOR  
DO REGIME MEDICAMENTOSO  
DO IDOSO”**

Projeto apresentado por  
**Cristina Maria Alves Palma**  
para obtenção do Grau de Mestre  
sob a orientação de  
**Mestre Maria Manuela Narciso Pereira**

Beja/2012

## **AGRADECIMENTOS**

Para o desenvolvimento deste trabalho foi indispensável a colaboração de algumas pessoas que de alguma forma contribuíram para alcançar os objectivos do mesmo.

À Professora Manuela pelas orientações e apoio.

A todos os idosos de Vila de Frades pela forma como me receberam e tornaram possível a elaboração deste projecto.

Aos enfermeiros do Centro de Saúde de Vidigueira pela força que me deram e pelo interesse em participarem no projeto.

Aos meus amigos e colegas que mesmo longe me apoiaram, em especial à Antónia, Ana e Sílvia.

E em especial à minha família pela paciência demonstrada nestes últimos meses.

A todos muito obrigada!

## **ABSTRACT**

The aging population and the consequent rise in chronic diseases are contributing to the high consumption of drugs by the elderly.

This increase in the number of drugs associated with vulnerabilities and frailties of aging makes the management of the drug regimen by the elderly a difficult task. However there are interventions that can overcome this difficulty, finding the nurse specialist in community health in a unique position to carry out actions that may contribute to an improved quality of life for seniors.

This design is intended to be an answer to the problem of polypharmacy in the elderly, in order to ensure proper management of the medical regimen by the event manager, so as to enable forward and safety regarding the medication of the elderly. This health strategy aims, through the control of medication in the elderly, increase health gains as well as helping to reduce health spending in relation to drugs.

The project was based on the results of health diagnosis made for the elderly over 75 years of Friars Village. The strategies are to use education to health, the elderly and formal and informal caregivers, will be favored at home contact the case manager in order to ensure proper dosing of medications, identification of the caregiver and partnerships are also an asset to the success of the project which began in October 2011 and scheduled to end November 2012.

**Keywords:** Elderly; Polypharmacy; Case manager; Drug regimen.

## **RESUMO**

O envelhecimento da população e o consequente aumento das doenças crónicas contribuem actualmente para o elevado consumo de medicamentos por parte dos idosos. Este aumento do número de medicamentos associado às vulnerabilidades e fragilidades próprias do envelhecimento torna a gestão do regime medicamentoso por parte do idoso uma tarefa difícil. Existem no entanto intervenções que podem colmatar esta dificuldade, encontrando-se o enfermeiro especialista em saúde comunitária numa posição privilegiada para desenvolver acções que possam contribuir para uma melhoria da qualidade de vida dos idosos.

O presente projeto pretende constituir uma resposta para o problema da polimedicação no idoso, com o objectivo de assegurar uma gestão correcta do regime medicamentoso, através do gestor de caso, de forma a capacitar e transmitir segurança no que se refere à medicação dos idosos. Esta estratégia de saúde tem como finalidade, através do controle da medicação do idoso, aumentar os ganhos em saúde bem como contribuir para reduzir os gastos na saúde no que respeita a medicamentos.

O projeto teve por base os resultados do diagnóstico de saúde realizado aos idosos com mais de 75 anos de Vila de Frades. As estratégias a utilizar são a educação para a saúde, aos idosos e aos cuidadores formais e informais. Será privilegiado o contacto no domicílio pelo gestor de caso com o objectivo de assegurar a toma correcta de medicamentos, a identificação do cuidador e o estabelecimento de parcerias, pois as mesmas constituem também uma mais valia para o sucesso do projecto que teve inicio em Outubro de 2011 com termino previsto para Novembro de 2012.

**Descritores:** Idoso; Polimedicação; Gestor de caso; Regime medicamentoso.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

AVC – Acidente vascular cerebral

CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

DACESBA – Departamento de Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo

D.L. – Decreto de lei

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

FL. - Folhas

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

WBS – Work Breakdown Structure

SAPE – Sistema de apoio à prática de enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade Cuidados de Saúde Personalizados

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

## ÍNDICE

(Fl.)

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| 0 – <u>INTRODUÇÃO</u>                                                  | 10 |
| 1 – <u>PROJECTO NA ÁREA DA GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO DO IDOSO</u> | 17 |
| 1.1 - PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO                                        | 17 |
| 1.2 - OBJECTIVOS                                                       | 22 |
| 1.3 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA                                            | 23 |
| 2 – <u>OPÇÕES METODOLOGICAS</u>                                        | 44 |
| 2.1 - DIAGNÓSTICO DE SAÚDE/JUSTIFICAÇÃO                                | 44 |
| 2.2 – DEFINIÇÕES DE PRIORIDADES                                        | 50 |
| 2.3 - SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS                                          | 52 |
| 2.4 – ESTRUTURA DO PROJECTO (WBS)                                      | 55 |
| 2.4.1 – <u>Stakeholders</u>                                            | 57 |
| 2.5 - OBJECTIVOS, METAS E INDICADORES                                  | 57 |
| 2.5.1 – <u>Objetivo geral</u>                                          | 58 |
| 2.5.2 – <u>Objetivos específicos</u>                                   | 58 |
| 2.6 - MATRIZ FUNCIONAL DE RESPONSABILIDADES                            | 60 |
| 2.7 - ESTIMATIVA DE CUSTOS                                             | 61 |
| 3 - <u>PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO</u>                                      | 62 |
| 3.1 – ATIVIDADES                                                       | 62 |
| 4 – <u>AVALIAÇÃO</u>                                                   | 65 |
| 5 – <u>LIMITAÇÕES</u>                                                  | 67 |
| 6 - <u>QUESTÕES ÉTICAS</u>                                             | 68 |
| 7 – <u>IMPLICAÇÕES</u>                                                 | 70 |
| 8 – <u>CONCLUSÃO</u>                                                   | 73 |
| 9 - <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>                                  | 75 |
| ANEXOS                                                                 | 80 |
| Anexo I – Instrumento de Avaliação Integrada (IAI)                     | 81 |
| Anexo II – Instrumento de Colheita de Dados                            | 83 |

|                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| Anexo III – Cronograma de Atividades (Diagrama de Gant) .....        | 91 |
| Anexo IV – Pedido de Autorização para implementação do projeto ..... | 94 |
| Anexo V – Autorização para implementação do Projeto .....            | 96 |



## **ÍNDICE DE QUADROS**

|                                                                   |       |
|-------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                                   | (Fl.) |
| <b>Quadro nº. 1</b> - Dados População Concelho Vidigueira .....   | 19    |
| <b>Quadro nº. 2</b> - Matriz Funcional de Responsabilidades ..... | 60    |
| <b>Quadro nº. 3</b> - Estimativa de Custos .....                  | 61    |

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

|                                                                            |       |
|----------------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                                            | (Fl.) |
| <b>Figura nº 1</b> – Modelo de gestão integrado das doenças crónicas ..... | 27    |

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

|                                                                                                                |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                                                                                | (Fl.) |
| <b>Gráfico nº. 1</b> - Distribuição da População por Sexo .....                                                | 45    |
| <b>Gráfico nº. 2</b> – Distribuição da população relativamente à medicação .....                               | 46    |
| <b>Gráfico nº. 3</b> – Distribuição da população relativamente à variedade da medicação .....                  | 46    |
| <b>Gráfico nº. 4</b> – Distribuição da população relativamente ao Índice de Quedas .....                       | 47    |
| <b>Gráfico nº. 5</b> – Distribuição da população relativamente ao Índice Agregado Autonomia Física/Sexo .....  | 47    |
| <b>Gráfico nº. 6</b> – Distribuição da população relativamente ao Índice Agregado Autonomia Instrumental ..... | 47    |

## **0 - INTRODUÇÃO**

O acesso a cuidados de saúde de qualidade é por si só um determinante de saúde das populações traduzindo-se como um factor fundamental para o desenvolvimento económico das sociedades e constituindo um dos objectivos dos sistemas de saúde. (OPSS. Relatório Primavera, 2010). Este acesso traduz-se na obtenção de cuidados de saúde no local e no momento em que são expressos, com garantia de qualidade, traduzida em efectividade, eficiência, continuidade e satisfação do utente (DGS. Saúde XXI Programa Operacional 2000- 2006).

Torna-se assim necessário que os sistemas de saúde consigam responder às reais necessidades e aos desafios da nossa sociedade, sendo por isso necessário que as organizações tenham capacidade de planear, organizar e gerir a sua actividade face às novas necessidades que emergem da situação actual, centrando a sua actividade no cidadão de forma a se poderem obter ganhos em saúde.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) o planeamento em saúde é "a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem á redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio económicos."

O processo de planeamento deve assentar numa construção descentralizada, que enalteça as soluções apropriadas a cada território e aceitação de um ponto de vista diferente na perspectiva do mercado; deve adoptar a postura de negociação, inserido num contexto de mudança, permitindo a consecução dos objectivos e, para além disso, engrandece a capacidade de aprendizagem e de inovação dos actores. (Brissos, 2004).

No sentido de se proceder ao planeamento necessário tendo em vista alcançar as soluções face a um determinado problema, surgem os diagnósticos de saúde realizados às populações, como determinantes, no sentido em que permitem uma real identificação das necessidades, aliados às estratégias traçadas nos vários documentos existentes ao nível da saúde, tornando-se assim possível implementar medidas que respondam a essas mesmas necessidades.

A intervenção comunitária deve, neste sentido, basear-se nessas necessidades e elaborar projectos passíveis de serem aplicados e que traduzam uma mudança na actual prestação de cuidados a nível dos cuidados de saúde primários. Pretende-se que os projectos sejam inovadores e apelem à participação activa das populações com objectivo de traduzirem mudanças mais efectivas.

Segundo a definição das Nações Unidas, “projeto é um empreendimento planejado que consiste num conjunto de actividades inter-relacionadas e coordenadas, com o fim de alcançar objectivos específicos dentro dos limites de um orçamento e de um período de tempo dados” (ONU, 1984).

A sociedade em geral tem vindo a sofrer modificações ao longo do tempo o que exige uma adaptação dos serviços de saúde face a estas alterações.

O século XXI representa uma nova era no que respeita ao envelhecimento das populações. O aumento da esperança de vida e a diminuição da taxa de natalidade contribuíram para o cenário actual de envelhecimento das nossas sociedades, deparando-nos hoje com uma sociedade envelhecida.

O envelhecimento populacional conta já com projecções que apontam para um efectivo total de idosos que, em 2050, se estima serem cerca de 2.000 milhões de indivíduos com mais de 60 anos, representando mais de 20% da população mundial (INE, 2003).

Os resultados provisórios dos Censos de 2011 são ainda mais alarmantes no que respeita ao envelhecimento da população portuguesa nestes últimos anos, estes resultados apontam para um aumento significativo de pessoas com mais de 65 anos, atingindo no país 19%, o índice de envelhecimento da população é de 129 o que significa que por cada 100 jovens há 129 idosos. Relativamente ao Alentejo estes valores tendem a aumentar no sentido em que para cada 100 jovens existem 179 idosos.

O aumento significativo do número de idosos, acompanhado de um aumento da longevidade, implica uma nova realidade demográfica o que traduz uma necessidade de reorganização das sociedades para fazer face às mesmas.

Acompanhando este envelhecimento populacional verificou-se uma alteração na estrutura de comportamentos sociais e familiares da nossa sociedade, como alteração de papéis, comportamentos e mudança na própria organização dos serviços de saúde e de apoio social (Direcção Geral de Saúde, 2004).

Outro dos aspectos que se evidencia nestes resultados é o aumento do nível de dependência que passou de 48 para 52. O agravamento do índice de dependência total é

resultado do aumento do índice de dependência de idosos, que subiu de 24 em 2001 para 29 em 2011 (INE, 2011).

O aumento da dependência por parte dos idosos torna-se evidente o que implica uma maior procura dos serviços de saúde para fazer face às suas necessidades. Se considerarmos que o nível de dependência aumenta com a idade, assistimos hoje a um número de idosos com limitações na realização das suas atividades de vida diárias, sendo necessária uma mudança na prestação efectiva dos cuidados de forma a fazer face a estas novas necessidades. A dependência pode definir-se como “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue por si só, realizar as actividades diárias” (alínea H do art.º 3º do D.L. nº 101/2006, 6 de Junho).

Atualmente, as doenças crónicas constituem a principal causa de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas e acarretam por isso elevados custos quer a nível individual quer a nível da própria sociedade.

Este envelhecimento populacional e o conseqüente aumento das doenças crónicas contribuem actualmente para um elevado consumo de medicamentos por parte dos idosos.

Com o envelhecimento, aumenta a probabilidade de ocorrência de doenças crónicas; por isso as pessoas idosas tomam mais medicamentos que os adultos jovens (Goodman, 1996).

São vários os estudos que vêm a comprovar o elevado consumo de medicamentos nesta faixa etária.

Segundo a OMS, estima-se que 50%, de todos os medicamentos, são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inapropriada e que 50% dos idosos não os utilizam de forma correcta, sendo urgente a promoção do uso racional dos medicamentos.

Um estudo do Ministério da Saúde em 2008, intitulado Envelhecer e Saúde em Portugal, revelou que a percentagem de indivíduos inquiridos, com 45 ou mais anos, que tomou algum medicamento receitado pelo médico foi de cerca de 60%, no grupo etário 45-54, aumentando para valores superiores a 80% entre os entrevistados com 65 ou mais anos (Gabinete de Informação e Prospectiva. 2008).

A confirmar estes resultados, um estudo realizado no Lumiar, Lisboa em 2004, relativamente à prevalência da polimedicação e do consumo de produtos naturais em 2

grupos etários: adultos e idosos, revelou que a prevalência de polimedicação minor (dois a quatro medicamentos) e de polimedicação major (cinco ou mais medicamentos) foi significativamente maior nos idosos ( $T=98,7$ ,  $p < 0,001$ ) (Luís & Biscaia, 2004).

Este elevado consumo de medicamentos torna os idosos mais susceptíveis de interacções medicamentosas, devido às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, o que implica por partes destes uma fraca adesão ao tratamento e implica elevados custos económicos.

Os idosos polimedicados tornam-se assim uma população com risco acrescido de complicações devido a todas as alterações que o envelhecimento acarreta, tais como a absorção, a distribuição, o metabolismo e a excreção, funções estas que se tornam mais lentas com o passar dos anos.

Os efeitos adversos têm sido também associados a situações preveníveis nas pessoas idosas, caso da depressão, obstipação, quedas, imobilidade, estados confusionais e fraturas do colo do fémur (Fick e tal., 2003).

Como consequência dos idosos serem considerados a grande fatia de portadores de doença crónica, e devido ao elevado número de medicamentos associados a esta faixa etária, aliado a todas as vulnerabilidades e fragilidades que o envelhecimento acarreta, o idoso apresenta cada vez mais dificuldade em cumprir o regime terapêutico proposto quer este seja a nível da medicação quer a outro nível.

O aumento do número de medicamentos, associado a alterações dos factores biofisiológicos dos idosos, torna a gestão do regime medicamentoso por parte destes uma tarefa difícil. Existem, no entanto intervenções, que podem colmatar esta dificuldade, encontrando-se o enfermeiro especialista em saúde comunitária numa posição privilegiada para desenvolver acções que possam contribuir para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

No sentido de obter ganhos em saúde várias políticas têm sido estabelecidas a nível mundial, sendo que com esta preocupação Portugal concebeu o Plano Nacional de Saúde 2004 a 2010 através de medidas que permitissem a promoção da saúde e a prevenção da doença, medidas essas a implementar pelas diversas unidades prestadoras de cuidados do Serviço Nacional de Saúde contribuiriam para uma maior equidade e acesso bem como um envolvimento activo dos cidadãos de forma a alcançar esses ganhos em saúde.

Segundo a OE (2010, p.35) “os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para liderar e apoiar modelos apropriados de cuidados na doença crónica”. Destaca-se o Modelo de Cuidados na Doença Crónica (Chronic Care Model, CCM),

modelo este que assenta numa abordagem sistémica que pressupõe suporte na autogestão, planeamento e prestação de cuidados, suporte à decisão e sistemas de informação clínica tendo como objectivo um doente/família informados e activos capazes de decidir e gerir o seu estado de saúde.

Em Portugal o modelo da gestão da doença evoluiu para o modelo experimental de gestão Integrada da doença que inclui a reorganização do modelo de prestação de cuidados e um modelo de financiamento específico, assentes num sistema de informação que permite a monitorização e avaliação do processo.

A figura do gestor de caso, tendo por base o modelo gestão integrada da doença, pressupõe a capacitação dos doentes de forma a promover o auto controle, reduzir as complicações, promover o trabalho da equipa multidisciplinar, promover o uso correcto dos medicamentos e servir de elo de ligação com os restantes elementos da equipa de saúde.

É pois necessário um modelo integrado de forma a promover a manutenção das pessoas idosas no seu ambiente e facilitar o acesso a cuidados de qualidade e ao mesmo tempo assegurar a continuidade de cuidados dos idosos em situação de dependência. Deve ser dada especial atenção aos idosos mais vulneráveis ou seja com idade mais avançada, com desnutrição, com risco de quedas, com alterações sensoriais, com incontinência e também aos idosos polimedicados.

A qualidade de vida dos idosos pode mudar radicalmente com a figura do gestor de caso, a nível domiciliário, essencialmente na gestão do regime medicamentoso e aposta na informação para melhor decisão e na afirmação de um processo de confiança e segurança por parte quer dos idosos quer das suas famílias.

A informação sobre as doenças crónicas mais prevalentes e o modo de as controlar, é fundamental na capacitação das pessoas idosas para lidarem com a sua evolução e para a prevenção do aparecimento das suas complicações (DGS. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. 2004-2010).

Para tal é necessário adaptar os serviços e a forma de prestação de cuidados às reais necessidades reais da população, trabalhar em parceria e estabelecer novas estratégias o que só irá trazer ganhos em saúde.

São importantes as inovações à forma como abordamos os cuidados através de parcerias de colaboração com outras organizações e prestadores de cuidados de saúde, comunidades e grupos comunitários bem como os consumidores de serviços de saúde, as suas famílias e prestadores de cuidados (Concelho Internacional de Enfermagem, 2009).

No sentido de dar resposta à problemática da polimedicação no idoso e no âmbito do I Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária pretendemos desenvolver um projecto de intervenção comunitária.

Após ter sido realizado o Diagnóstico de Saúde em Maio de 2010, à população de 75 e mais anos de Vila de Frades, e ter emergido a polimedicação como um dos problemas de intervenção prioritária, pretende-se desenvolver um projecto comunitário que vise minimizar o efeito da polimedicação junto deste grupo de idosos.

Assim, o projecto de intervenção comunitária tem por base os resultados obtidos neste diagnóstico de saúde, relativamente à polimedicação, 48 idosos (60%) tomam mais de 4 medicamentos por dia, associados ao elevado número de idosos portadores de doença crónica, a uma baixa escolaridade e ao isolamento sentido por estes idosos.

O projecto tem como população alvo os idosos com 75 e mais anos da Freguesia de Vila de Frades e como objectivo assegurar uma gestão correcta do regime medicamentoso, através do gestor de caso, de forma a capacitar e transmitir segurança no que se refere à medicação destes idosos. Esta estratégia de saúde tem como finalidade, através do controle da medicação do idoso, aumentar os ganhos em saúde bem como contribuir para reduzir os gastos na saúde no que respeita a medicamentos.

Esta tomada de decisão teve por base, além dos resultados obtidos no diagnóstico de saúde, a existência do projecto de prevenção de quedas nos idosos, com término e avaliação prevista ainda para este ano, que visa a promoção de comportamentos e ambientes seguros nos idosos o qual se baseou nos dados resultantes do mesmo diagnóstico de saúde; A existência da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) neste concelho e que tem como um dos seus objectivos orientar a intervenção no sentido de dotar os doentes, familiares e cuidadores de competências e habilidades para responder às necessidades detectadas; O Plano de Actividades do DACESBA (Agrupamento de Centros de Saúde) para 2011 que define como áreas prioritárias a gestão da doença crónica e a saúde do idoso; O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas que visa “a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exige uma acção multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede nacional de Cuidados Continuados de saúde criada pela Lei nº 281/2003 de 8 de Novembro”; E o Plano Nacional de Saúde que estabelece como meta prioritária o “Envelhecimento Ativo”.

Em termos organizativos está dividido em sete capítulos principais, sendo eles: O **projecto de intervenção** na área da gestão do regime medicamentoso do idoso que

inclui a problemática e a justificação da implementação do projecto em questão, a **fundamentação teórica** que tem por base a medicação do idoso e o papel do enfermeiro como gestor de caso, este capítulo pretende analisar a importância da temática quer em termos de políticas de saúde quer em termos teóricos de modo a justificar a pertinência da implementação do projecto, ainda neste capítulo será especificado qual o objectivo do mesmo; As **Opções metodológicas**, que explicita o desenho do projecto, estão incluídos neste capítulo o diagnóstico de saúde realizado em Maio de 2010 e que serviu de base a este projecto, do qual se evidenciaram resultados passíveis de intervenção, como a polimedicação, a definição de prioridades face ao problema identificado e quais as estratégias a utilizar face a este problema, nomeadamente, o enfermeiro como gestor de caso como coordenador de todo o processo, o ensino no domicílio quer aos idosos quer aos cuidadores e a importância do envolvimento dos parceiros, este capítulo permite também perceber quais os custos que o projecto acarreta e as entidades envolvidas bem como o papel de cada um no sentido de se dar resposta aos objectivos, metas e indicadores delineados; O terceiro capítulo diz respeito à **preparação da execução**, define quais as actividades delineadas e o seu desenvolvimento ao longo do tempo de execução do projecto; O seguinte capítulo refere-se à **avaliação do projecto**, ou seja a forma de como este vai ser avaliado, quais as fontes que servirão de base para a colheita dos dados, bem quais os momentos de avaliação. Seguem-se as **limitações do estudo**, quais as dificuldades sentidas ao longo de todo o percurso; As **questões éticas** nomeadamente face à intervenção e competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária e as **implicações do projecto** de intervenção na área da gestão do regime medicamentoso no idoso, a forma de a estratégia delineada com o mesmo pode contribuir para a segurança e melhorar a qualidade de vida dos idosos.

O presente relatório pretende desta forma, analisar e contextualizar a problemática do elevado consumo de medicamentos por parte dos idosos bem como delinear estratégias de intervenção comunitária através da implementação do referido projecto com o objectivo de assegurar uma toma correcta dos medicamentos por parte dos idosos.



## **1 – PROJECTO NA ÁREA DA GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO DO IDOSO**

### **1.1 - PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO**

Assegurar aos cidadãos o acesso a cuidados de saúde de qualidade foi a preocupação na elaboração do programa operacional Saúde XXI, de forma a permitir a continuidade e a melhoria dos cuidados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) “o direito à saúde é um dos direitos fundamentais de cada ser humano”. As Metas da Saúde XXI para a região Europeia da OMS têm como objectivo atingir um potencial completo de saúde para todos, tendo duas finalidades principais: a promoção de protecção da saúde das populações ao longo da sua vida e a redução da incidência das principais lesões e alívio do sofrimento que causam.

O Eixo Prioritário I – Promover a Saúde e Prevenir a Doença, relativo às metas da Saúde XXI, preconiza o desenvolvimento de projectos que contribuam para uma melhoria das condições ambientais e, consequentemente, da qualidade de vida dos portugueses. São desenvolvidas acções em áreas críticas de prevenção e promoção da saúde, abarcando, designadamente, doenças como a SIDA, a tuberculose e as resultantes do consumo excessivo de tabaco e de álcool, bem como a criação de mecanismos especiais para populações em situação de exclusão social e, ainda, a promoção da dádiva de sangue e do uso correcto do medicamento. (DGS, Saúde XXI programa operacional, 2000-2006)

No que respeita às políticas de saúde a nível nacional surge o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 no sentido de contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, promovendo a saúde e prevenindo a doença, no sentido de atingir o bem-estar dos indivíduos.

Uma das estratégias para a saúde referida nos cadernos do PNS, acções e recomendações, são a promoção da cidadania em saúde. Esta estratégia assenta 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 objectivo de capacitar o cidadão, famílias e cuidadores, na promoção da saúde, gestão da doença crónica e prevenção de complicações. (PNS, 2011-2016)

As políticas que permitam desenvolver acções mais próximas dos cidadãos idosos, capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes da população idosa e das suas famílias, permitem minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população. (DGS, Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas 2004-2010)

O Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 estabelece, também, no domínio das “Estratégias para Obter mais Saúde para Todos”, como uma das metas prioritárias o “envelhecimento activo para as pessoas com 65 e mais anos de idade”, que pressupõe como eixo prioritário o da promoção e identificação de critérios de fragilidade e cuidados antecipatórios a realizar quer pelos centros de saúde quer pelos hospitais. Outra estratégia prioritária, que não sendo especialmente dirigida á população idosa, mas que deve ser tida em conta quando nos debruçamos sobre as necessidades desta faixa etária, dada a forte correlação entre os idosos e a doença crónica, é a estratégia dirigida a uma “gestão integrada da doença”, através de uma gestão mais racional da doença por todos os envolvidos, quer sejam utentes quer sejam profissionais.

Existem vários factores que tornam a população com maior nível de exigência de cuidados, nomeadamente o envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas, as modificações na estrutura familiar e a racionalização de recursos, levando a uma preocupação crescente em promover a autonomia dos indivíduos.

Decorrente do Plano Nacional de Saúde e no sentido de contribuir para a promoção do envelhecimento activo e saudável, surge o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que aponta estratégias para a criação de respostas adequadas às novas necessidades da população idosa. O mesmo programa visa a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida.

O envelhecimento populacional é, um fenómeno mundial que traz desafios nos mais diversos sectores para as sociedades modernas. Este fenómeno demográfico, sendo extensível a praticamente todas as regiões do mundo já conta com projecções que

apontam para um efectivo total de idosos que, em 2050, se estima serem cerca de 2.000 milhões de indivíduos com mais de 60 anos, representando mais de 20% da população mundial. (INE, 2003)

Portugal e mais especificamente o Alentejo, não diferem desta realidade. O Baixo Alentejo permanece como uma das regiões mais envelhecidas do país com a população idosa a representar 23,2% do total face aos 17,9% registados a nível nacional. (DACESBA, 2011) Estes dados traduzem uma região envelhecida no contexto nacional, com um grau de envelhecimento e de dependência superior ao observado no país.

Entre 1991 e 2001, no Baixo Alentejo, assistiu-se à diminuição da população jovem em 12% e aumento da população idosa em 6%, e a um crescimento do Índice de Envelhecimento de 128,7 (1991) para 154,5 (2001).

De realçar também o aumento da longevidade da população idosa nesta região a subir em 2009 para 51,7%, face aos cerca de 44% de 2001. De entre os concelhos do Baixo Alentejo, o concelho da Vidigueira é apontado como o mais representativo em termos de dependência.

| CONCELHO VIDIGUEIRA – 2008    |      |                             |        |                               |       |
|-------------------------------|------|-----------------------------|--------|-------------------------------|-------|
| Hab. /Km <sup>2</sup>         |      | %                           |        | Nº                            |       |
| <b>Densidade populacional</b> | 18,6 | Taxa de crescimento efetivo | - 0,61 | Índice envelhecimento         | 200,5 |
|                               |      | Taxa de crescimento natural | - 0,56 | Índice dependência idosos     | 45,6  |
|                               |      | Taxa bruta de natalidade    | 8,1    | Índice longevidade            | 55,8  |
|                               |      | Taxa bruta de mortalidade   | 13,7   | Pop. Residente 65 e mais anos | 1594  |
|                               |      |                             |        | Pop. Residente 75 e mais anos | 889   |

**Quadro nº. 1** - Dados População Concelho Vidigueira (Fonte: INE, 2008)

Relativamente à freguesia de Vila de Frades (Concelho de Vidigueira), esta apresenta, à semelhança de outras freguesias do Alentejo, um acentuado grau de envelhecimento populacional representando os jovens 15% da população e os idosos 26%.

Esta região pode ser, assim caracterizada como, uma população envelhecida, com dificuldades económicas, com baixo poder de compra e com um elevado índice de desemprego. Sendo necessário garantir um acesso privilegiado aos cuidados de saúde a esta população, especialmente, no que se refere á promoção e prevenção da sua saúde e qualidade de vida.

Este aumento progressivo do número de pessoas idosas implica um aumento da probabilidade de aparecimento de situações de dependência aos vários níveis (físico, psíquico e social) o que exige o desenvolvimento, por parte de Estado e da comunidade, de novas intervenções e de respostas face a esta nova panorâmica.

Esta realidade foi claramente assumida no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 onde são estabelecidas, no domínio das “Estratégias para obter mais Saúde para todos”, três grandes áreas de intervenção relacionadas com os idosos, o envelhecimento activo, a adequação dos cuidados às necessidades das pessoas idosas e a promoção e desenvolvimento de ambientes capacitadores. A acrescentar a estas medidas o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 pressupõe ainda uma maior equidade e acesso bem como o envolvimento activo por parte dos cidadãos.

As doenças crónicas constituem nos dias de hoje a principal preocupação no sistema de saúde pois constituem a principal causa de mortalidade e morbilidade.

A região do Baixo Alentejo apresenta também valores preocupantes relativamente às doenças crónicas não fugindo por isso á panorâmica em termos da prevalência de doenças crónicas no resto do país.

As principais causas de morte nesta região são os tumores malignos, doenças cérebro vasculares, doença isquémica do coração, sintomas e achados anormais não classificados e diabetes. Em 2008 a percentagem de diabetes nesta região era de 30,8% a comparar aos 23,5% a nível nacional. (DACESBA, 2011)

É neste sentido e tentando dar resposta ao Plano Nacional de Saúde, que o Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo, realça no Plano de Actividades para 2011, entre outras, duas áreas fundamentais e que se complementam, a Gestão da Doença Crónica e a Saúde do Idoso.

Para além dos doentes crónicos as pessoas idosas em risco acrescido, ou em situação transitória ou instalada de dependência, requerem uma particular atenção da parte dos serviços de saúde e sociais, em termos de organização de cuidados de controlo e de recuperação global, através de respostas integradas especialmente adequadas, as quais obrigam a uma revisão do paradigma da abordagem curativa dos

serviços de saúde e das formas mais tradicionais de apoio social. (DACESBA, Plano de Atividades, 2011)

Ainda o mesmo documento refere que além do envelhecimento populacional Portugal assiste a uma elevada prevalência das doenças cardiovasculares, sendo o País da União Europeia com a mais elevada taxa de mortalidade por AVC.

No sentido de reduzir esta problemática o Plano de actividades do DACESBA define como estratégias a educação para a saúde e a educação terapêutica quer aos utentes, quer aos cuidadores. Relativamente à saúde do idoso o plano aposta na promoção do envelhecimento activo e prevenção e identificação de situações de risco e sua referenciação. Esta estrutura pretende também a implementação do Modelo de Gestão Integrada da Doença Crónica. Modelo este que pressupõe uma actuação ao nível da prevenção primária no sentido de diminuir os factores de risco, promoção de comportamentos saudáveis, promoção da educação do utente e seus cuidadores informais com programas estruturados possibilitando a auto gestão da doença.

A implementação deste modelo visa contribuir para um pensamento estratégico na área da política de saúde para os mais idosos, capaz de induzir mudança e inovação no sistema de saúde, ser orientador de acções a nível local potenciando projectos e programas já existentes no sentido da promoção para a saúde e bem-estar da população. (DACESBA, 2011)

Em complementaridade com o Plano de Actividades do DACESBA, as equipas de cuidados continuados da Rede Nacional de Cuidados Continuados vieram contribuir com uma nova organização e alargamento da prestação dos cuidados no sentido de dar resposta às necessidades de pessoas em situação de dependência bem como aos cuidadores informais que possuíam um contexto social ou familiar e uma situação de saúde cuja intensidade e complexidade dos cuidados permita a sua prestação no domicílio.

Atualmente no Distrito de Beja, podemos contar com cinco equipas de cuidados continuados integrados, que tende a aumentar durante o ano de 2012.

Os enfermeiros em saúde comunitária têm um papel preponderante na redução e prevenção de situações de risco com o objectivo de aumentar a qualidade de vida dos idosos, devido às suas competências e proximidade com os idosos, nomeadamente em contexto domiciliário.

É pois necessário proceder a uma reorganização dos cuidados permitindo uma resposta integrada face quer ao envelhecimento populacional quer ao elevado número de portadores de doença crónica.

Segundo o Plano Nacional de Saúde o gestor é o coordenador que o doente crónico necessita na sua interacção com os diferentes serviços, sectores e profissionais de saúde. O seu papel prioritário é o de assegurar uma correcta interacção do doente com os serviços de saúde e de se certificar que nenhum procedimento ou tratamento está em falta. A qualidade de vida dos idosos e doentes com doença crónica pode mudar radicalmente com a aplicação deste conjunto de propostas que se baseiam essencialmente na gestão terapêutica e aposta da informação para melhor decisão e na afirmação de um processo de confiança e segurança nesta faixa etária.

A reforma dos cuidados de saúde primários pretende hoje ser um marco fundamental na coordenação dos cuidados. Actualmente pretende-se que os cuidados de saúde primários assumam e actuem em cada vez mais áreas de forma a poderem responder às alterações da nossa sociedade.

É pois neste âmbito que está enquadrado o nosso projecto, no sentido de dar resposta a uma necessidade local, a nível do DACESBA, e ao mesmo tempo permitindo dar respostas muito mais alargadas no sentido de contribuir para aumentar os ganhos em saúde através da redução de factores de risco nomeadamente na população idosa.

## **1.2- OBJECTIVOS**

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) a fixação de objectivos é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos.

“Entende-se como objectivo o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera em princípio, a tendência de evolução natural desse problema traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto.” Imperatori & Giraldes (1993)

Após uma reflexão acerca do impacto do envelhecimento das populações, bem como o aumento da longevidade, e as suas repercussões ao nível da saúde, nomeadamente em relação às doenças crónicas e tendo em conta o diagnóstico aplicado a uma população de idosos do qual emergiram algumas situações passíveis de intervenção, como é o caso da polimedicação, levou à realização do presente projecto

que tem como objectivo assegurar a correcta gestão do regime medicamentoso aos idosos com 75 e mais anos de Vila de Frades, através da figura do gestor de caso, enfermeiro, no sentido de garantir segurança e confiança na toma correcta dos medicamentos por parte dos idosos.

O projecto pretende a intervenção do enfermeiro no processo de capacitação do idoso ou do cuidador para que este possa fazer uma gestão adequada da medicação, evitando erros, interacções medicamentosas e todas as complicações comuns nesta faixa etária aquando da existência de polimedicação.

O enfermeiro como gestor de caso implica uma responsabilização neste grupo de idoso de forma a acompanhar todo o processo educativo de uma forma mais personalizada e numa relação de proximidade, preferencialmente no domicílio, entre gestor de caso, idoso e família ou cuidador. O enfermeiro deve também constituir um elo de ligação entre o idoso, e a equipa multidisciplinar incluindo todos os parceiros fundamentais à execução do projecto, no sentido de assegurar uma continuidade dos cuidados.

Pretende-se pois com esta estratégia, o gestor de caso no regime medicamentoso do idoso, assegurar a toma correcta dos medicamentos neste grupo de idosos.

## **1.3 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **1.3.1 – Envelhecimento e Doenças Crónicas**

Segundo o Programa Nacional das Pessoas Idosas 2004-2010, o envelhecimento, pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que iniciando-se mesmo antes do nascimento se desenvolve ao longo da vida. Embora o envelhecimento deva ser considerado apenas como mais uma etapa do ciclo de vida do ser humano ele é frequentemente acompanhado de vulnerabilidades e fragilidades variáveis de pessoa para pessoa, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma acção integrada ao nível da mudança de

comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

No entanto para muitos o envelhecimento é visto como uma fase de dependência e é associado à doença devido, sobretudo, à proximidade da morte.

O processo de envelhecimento não é por si só sinónimo de doença, pelo contrário o idoso pode ser saudável mesmo dentro das mudanças quer funcionais quer estruturais que fazem parte deste processo.

É necessário que o idoso se consiga adaptar a esta deterioração do seu organismo para que possa encarar a sua velhice como um conceito positivo.

“O individuo saudável é aquele que é capaz de funcionar o mais eficazmente possível no seu ambiente e de se consagrar plenamente ao ou aos seus projetos”(Conseil dês Affaires Sociales et De La Famille *cit in* Berger & Mailloux-Poirier 1995, p. 154)

O envelhecimento demográfico associado ao aumento da esperança média de vida das populações bem como a outros fatores, como as alterações a nível da urbanização, a globalização económica, as medidas políticas e sociais e as questões de injustiça social, tem conduzido a um aumento da incidência das doenças crónicas, que por sua vez originam graus de incapacidade elevados e que levam ao aumento do consumo de medicamentos por parte dos idosos

Associado a estas mudanças está um aumento na prevalência dos principais factores de risco modificáveis: tabagismo, má alimentação, falta de exercício físico, uso excessivo de álcool, práticas sexuais não seguras e *stress* psicossocial mal gerido. Estes dão origem a factores de risco intermédios, incluindo aumento da pressão arterial, aumento da glicemia, aumento do colesterol e obesidade, que levam a doença cardiovascular, AVC, alguns tipos de cancro, doença respiratória crónica e diabetes (OE, 2010).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros citando a WHO, 2008: “a diabetes, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias e o cancro são os maiores assassinos do mundo, estimando-se que causem 35 milhões de mortes por ano”.

As doenças crónicas são consideradas a epidemia do século XXI, são actualmente a principal causa de mortalidade e morbilidade por todo o mundo.



A Organização Mundial de Saúde descreve doenças crónicas como sendo “doenças de duração prolongada e de duração lenta”.

Apesar de os idosos representarem a grande fatia dos portadores de doença crónica, esta estende-se cada vez mais às outras faixas etárias, a OMS estima que 72% das mortes antes da idade de 60 anos em 2002 foram devidas a doença crónica nos países desenvolvidos.

Em comum estas doenças necessitam de uma resposta a longo prazo coordenada por profissionais de saúde com formação, um trabalho bem coordenado de equipa multidisciplinar para fazer face às situações cada vez mais complexas que advêm destas doenças.

A Organização Mundial de Saúde refere que só recorrendo a uma acção abrangente e integrada é possível prevenir e controlar as doenças crónicas.

Em Portugal esta preocupação é manifestada pela Direcção Geral da Saúde:

”Importa por isso promover uma acção concertada no sentido de se obter uma intervenção precisa, através da mobilização de recursos, que permitam uma melhoria do estado de saúde, da qualidade de vida e do bem-estar global dos doentes. Esta acção passa pela crescente colaboração e coordenação dos diferentes níveis de prestadores de cuidados, no sentido de oferecer cuidados integrados de saúde, que permitam disponibilizar cuidados de elevada qualidade em termos da prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e acompanhamento.”  
(DGS, 2008)

Torna-se assim necessária a existência de uma abordagem continuada ao longo do tempo, envolvendo os vários sectores da sociedade.

A gestão da doença crónica constitui assim nos dias de hoje uma questão importante para as entidades responsáveis no sector da saúde quer no que respeita à contenção das despesas em saúde quer pela necessidade de ganhos em saúde.

Até Agosto de 2007, a Associação Americana de gestão da doença (DMAA, Disease management association of América) definia a gestão da doença como um sistema que coordena as comunicações e intervenções do sistema de saúde direccionando a população com condições de saúde em que os esforços do auto cuidado são significativos (DMAA, 2007).

A gestão da doença é pois a forma como o sistema lida com as diferentes doenças.

O conceito de gestão de doença evoluiu para um modelo de base populacional, passando a ser uma abordagem baseada na prestação dos cuidados de saúde primários que assegure a participação dos doentes e a coordenação e ou integração de cuidados entre diferentes níveis de prestação. (ACSS, 2009)

Tornando-se o Modelo de Gestão Integrado das Doenças Crónicas (Care Model) o mais utilizado.

A Organização Mundial da Saúde (Who, 2010, European Observatory on health Systems and Policies) define a gestão das doenças crónicas como “a gestão continua das condições durante um período de anos ou décadas”.

Na maior parte dos países da Europa estão a ser utilizadas várias abordagens de prevenção destas doenças e de detecção precoce das mesmas.

A prevenção inclui abordagens aos três níveis de intervenção, constituindo os cuidados de saúde primários como o principal pilar na prevenção destas doenças.

O enfermeiro especialista em saúde comunitária pode constituir o coordenador deste processo uma vez que detêm formação suficiente para intervir nesta área, deve pois coordenar uma equipa de forma que através dessa intervenção multidisciplinar se possa intervir nestes grupos portadores de doenças crónicas.

O regulamento competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública evidencia as actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade, como competências destes profissionais de saúde tendo por base o seu percurso de formação especializada.

O presente regulamento define assim como competências do enfermeiro especialista:

- Estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integrar a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do plano nacional de saúde;
- Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Ordem dos Enfermeiros, 2010)

O modelo de gestão integrada da doença crónica constitui uma base de trabalho fundamentada na forma de como o enfermeiro pode intervir face ao problema actual das doenças crónicas nomeadamente no grupo de idosos.

Este modelo prevê o cruzamento de acções, articulação de programas e planos de uma forma abrangente e integrada, multidisciplinar e intersectorial.

O modelo de gestão da doença crónica assenta na prevenção primária, através da redução dos factores de risco conhecidos e promoção de comportamentos saudáveis, na prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e do tratamento adequado de acordo com o princípio da equidade, na prevenção terciária, através da reabilitação e reinserção social dos doentes e na qualidade da prestação dos cuidados.

O Modelo de Cuidados na doença crónica (CCM), segundo o Conselho Nacional dos Enfermeiros “consiste na interacção entre um doente informado, participante, e uma equipa de profissionais preparada e proactiva “isto significa um doente informado motivado, aptidões e confiança necessárias para tomar decisões efectivas acerca da sua saúde e para a gerir, bem como uma equipa de profissionais motivada, com informação para o doente, apoio á decisão e recursos necessários para prestar cuidados de alta qualidade. (Improving Chronic Illness care 2004 *cit in* OE, 2010)



**Figura nº. 1** – Modelo de gestão integrado das doenças crónicas, CCM - Chronic Care Model

(Wagner EH, et al. A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*.1999;7(3):56-66.Wagner EH, et al., Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001 Nov-Dec;20(6):64-78.)

O Modelo de Gestão Integrado das Doenças Crónicas (Chronic Care Model) assenta em seis elementos que se relacionam entre si com actividades em cada um destes elementos: relação doente/prestador de cuidados, estrutura do sistema de prestação de cuidados, apoio à decisão, sistemas de informação, recursos na comunidade, organização dos cuidados de saúde.

Apesar de não existir evidência de que a aplicabilidade do modelo seja efectiva, vários são os locais onde é utilizado no sentido de contribuir para uma gestão eficaz destas doenças.

Vários autores concluíram que a utilização do mesmo é importante e útil como uma estrutura conceptual mas que deve ser complementada por orientações quanto à sua aplicação. (WHO, Talking Chronic Disease in European, 2010)

Os estudos sobre custos/efectividade revelam que as abordagens individuais e de grupo para a prevenção de doenças crónicas podem ser altamente rentáveis. No entanto deve ser salvaguardada a sua aplicabilidade tendo em conta as características da região onde se pretende utilizar estes modelos de intervenção.

Torna-se assim necessária uma educação para a auto-gestão, uma vez que a maioria dos cuidados prestados para doenças crónicas exigem que os doentes estejam envolvidos no seu próprio auto-cuidado. (Ordem dos Enfermeiros, 2009)

### **1.3.2 - Medicação/polimedicação na pessoa idosa**

Uma das preocupações crescentes na actualidade associadas ao envelhecimento da população, ao aumento das doenças crónicas, as modificações na estrutura familiar, e a racionalização dos recursos, é sem dúvida o aumento desproporcional no que se refere à toma de medicamentos por parte dos idosos.

Com o envelhecimento, aumenta a probabilidade de ocorrência de doenças crónicas; por isso em geral as pessoas idosas tomam mais medicamentos que os adultos jovens. (Goodman, 1996)

Para uma terapêutica segura e bem-sucedida, cada cidadão, independentemente de ser idoso, deve receber a medicação adequada às suas patologias, na dose

adequada, no e pelo tempo correcto, e com menores custos tanto a nível individual como a nível comunitário (Straand, *et. al.*, 2006, *cit in*, Santos & Almeida, 2010, pp. 151).

O conceito de polimedicação não é unânime para todos os autores, quer no que respeita ao número de fármacos quer ao tempo e duração da terapêutica.

A polimedicação pode ser vulgarmente definida como o uso simultâneo e de forma crónica (períodos não inferiores a 3/6 meses), de fármacos diferentes pelo mesmo indivíduo, não estando definido o número mínimo de fármacos, contudo os estudos indicam uma variação entre os 2/5 (Silva, Luís & Biscaia, 2004, p. 323).

Autores, como Bjerrum, L., et al. (1998) *cit in* Silva, Luís & Biscaia (2004, p. 323) referem existir duas classificações de Polimedicação, mais propriamente a *minor* e a *major*, em que a primeira se refere a um tratamento simultâneo com dois a quatro fármacos, e a última, a um tratamento simultâneo com cinco ou mais fármacos. Já Veehof, L. J., et al. (1999) *cit in* Silva, Luís & Biscaia (2004, pp. 323) referem outra classificação que inclui três categorias, remetendo as quais para a polimedicação ligeira (consumo de dois a três fármacos), polimedicação moderada (consumo de quatro a cinco fármacos) e polimedicação grave (consumo de mais de cinco fármacos).

Wick Jy & Zanni Gr (2004) consideram ainda a polimedicação contra terapêutica pela toma de cinco ou mais fármacos e um dos seguintes critérios:

- Toma de medicamentos sem aparente indicação clínica
- Uso de equivalentes terapêuticos para o tratamento da mesma doença
- Uso simultâneo de medicamentos antagonistas
- Uso de outros medicamentos para tratar reacções adversas.

Em suma e como refere Galvão (2006) a polimedicação surge como o uso de múltiplos medicamentos em simultâneo pelo mesmo indivíduo.

Para compreender a importância da polimedicação no idoso, é necessário ter em conta os factores que aumentam a vulnerabilidade do idoso aos fármacos, tais como, as alterações de órgãos e sistemas e da função cognitiva, factores financeiros e a existência de problemas de saúde concomitantes.

Também associado ao processo de envelhecimento, estão modificações fisiológicas que não devem ser descuradas, pois levam a alterações na farmacocinética e farmacodinâmica. A farmacocinética, diz respeito à absorção dos medicamentos, ou seja, as diferentes etapas do processo de metabolismo dos medicamentos, tudo aquilo que afecta a concentração e distribuição dos fármacos no organismo, e que inclui a absorção,

distribuição, metabolismo e a eliminação dos medicamentos, que se modifica e se altera com a idade. Relativamente ao processo de absorção, este é aquele que sofre menos alteração com a idade, existindo no entanto factores como o aumento do PH gástrico que podem exercer alguma influência. A redução da massa muscular nos idosos pode constituir um problema relativamente à distribuição dos medicamentos, ou seja, acção destes diminui. Sendo o fígado o órgão responsável pelo metabolismo dos medicamentos e sendo frequente as alterações hepáticas nos idosos, este processo fica comprometido. A redução do ritmo de eliminação é a responsável pelas reacções de acumulação e de toxicidade de alguns medicamentos nos idosos.

A farmacodinâmica, pode constituir o maior problema em termos de toxicidade dos medicamentos nos mais idosos, esta releva as mudanças sofridas pelas substâncias medicamentosas ao nível dos diferentes receptores orgânicos, o número de células activas que servem de receptores aos medicamentos diminui à medida que se envelhece. Berger & Mailloux-Poirier (1995 pp. 442-445)

São pois várias as razões que tornam o idoso mais susceptível aos riscos da toma excessiva de medicamentos. Com o envelhecimento o organismo torna-se menos tolerante e mais vulnerável às substâncias medicamentosas. A taxa de toxicidade aumenta de 40% nas pessoas de idade. A margem de segurança entre o efeito desejável e a toxicidade é reduzido pelo envelhecimento. As pessoas de idade sofrem com frequência de várias patologias que necessitam de diferentes tratamentos medicamentosos, o que tem por efeito aumentar o risco de toxicidade. A má utilização e o sobre consumo de medicamentos podem causar efeitos de acumulação e de interacção medicamentosa e podem arrastar reacções de intolerância, de sensibilização, de alergia ou de anafilaxia.

Quando as funções fisiológicas estão alteradas, os factores de risco por acumulação ou interacção nociva aumentam. Berger & Mailloux-Poirier (1995)

Segundo MERCK (2002), ao envelhecer a quantidade de água do organismo diminui. Como muitas drogas se dissolvem na água e há menos água disponível para a sua dissolução, essas drogas atingem níveis mais elevados de concentração nas pessoas idosas. Além disso, os rins tornam-se menos capazes de excretar as drogas na urina, e o fígado, menos capaz de metabolizar muitas delas. Muitos medicamentos tendem a permanecer no corpo das pessoas idosas durante um tempo maior do que ocorreria no organismo de uma pessoa mais jovem. Refere ainda que é por estas razões que os médicos devem prescrever doses menores de medicamentos aos idosos ou um menor número de doses diárias.

Tendo em conta esta problemática foi criado um instrumento para avaliação do uso inapropriado de medicamentos nos idosos. O instrumento “critérios de Beers”, actualizado em 2002, permite que o profissional de saúde possa identificar e escolher quais os medicamentos mais apropriados para os idosos e escolher a dose adequada. Se forem respeitados estes critérios o médico pode assegurar uma toma de medicamentos segura por parte do idoso.

O Centre for Disease Control and Prevention cit in Soares, M. et al (2008), admite que a polimedicação do idoso constitui a causa principal para os acontecimentos adversos relacionados com os medicamentos.

Os Critérios de Beers são constituídos por dois quadros de medicamentos, um deles inclui quarenta e oito substâncias que são de evitar no idoso independentemente da patologia, o segundo contem vinte situações clínicas e os medicamentos a evitar na sua presença, em ambos os quadros se classifica o grau de inadequação das diferentes substâncias em ligeiro ou elevado e as respectivas preocupações terapêuticas. (SOARES et al, 2008)

Apesar de existirem outro tipo de critérios, os Critérios de Beers são os mais conhecidos, pelo que devem de servir aos profissionais de saúde como guia orientador no que respeita à medicação do idoso para que o seu consumo seja feito de forma segura.

A polimedicação, aliada à susceptibilidade dos idosos, relacionada com as mudanças fisiológicas resultantes do processo de envelhecimento, leva a um aumento do risco de interações medicamentosas, provocando um aumento da morbilidade e da mortalidade dos idosos.

Entre 15% a 40% das admissões hospitalares dos idosos devem-se a reacções adversas a medicamentos e não adesão ao regime terapêutico (Col et al., 1990).

Um estudo, realizado por Santis (2009) no âmbito da dissertação de mestrado sobre a temática polimedicação e medicação potencialmente inapropriada no idoso, estudo este que representa a primeira investigação sobre medicação potencialmente inapropriada nos idosos na comunidade em cuidados de saúde primários em Portugal, revela elevadas prevalências de medicação crónica (96,6%) de polimedicação (90,5%), de polimedicação Major (58,1%) e de Medicação Potencialmente inapropriada segundo Beers (27,7%).

São vários os fatores que influenciam a toma correta dos medicamentos nos idosos, Berger e Mailloux-Poirier (1995), referem que os idosos devido ao elevado consumo de medicamentos erram com frequência as tomas por diversos fatores, quer

pela perda de memória, visão deficiente, a solidão, efeitos secundários desagradáveis, quer pela frequente substituição de medicamentos.

Segundo a OMS, além da polimedicação, a falta de cumprimento terapêutico é também frequente nos idosos, calculando-se que 50% dos idosos toma mal a medicação prescrita. O risco potencial de reacções adversas aos medicamentos e de interacções medicamentosas é tanto maior quanto maiores forem o número de fármacos, o tempo de utilização e a dose prescrita. Galvão (2006).

Deve pois existir um especial cuidado na prescrição de medicamentos aos idosos devido às vulneráveis inerentes a esta faixa etária pois as respostas decorrentes da interacção podem acarretar potencialização do efeito terapêutico, redução da eficácia, aparecimento de reacções adversas com distintos graus de gravidade ou ainda, não causar nenhuma modificação no efeito desejado do medicamento. Portanto, a interacção entre medicamentos pode ser útil (benéfica), causar respostas desfavoráveis não previstas no regime terapêutico (adversa), ou apresentar pequeno significado clínico. (Oga & Basile, 1994)

São vários os factores que se prendem com a polimedicação no idoso, segundo Williams, 2002, a prescrição do medicamento pode estar errada ou ser desnecessária, pode ser prescrita uma medicação adicional desnecessária, a dosagem pode não estar adequada, ser muito elevada ou muito baixa, o aparecimento de reacções adversas e a não adesão ao tratamento devido aos factores anteriormente mencionados.

As consequências da polimedicação podem ser classificadas em seis categorias principais (Rollason e Vogt, 2003, pp. 820-821):

- **Não-adesão à terapêutica**, o idoso não irá obter benefícios do tratamento, podendo o resultado variar da ineficácia do tratamento a potencialmente fatal;
- **Reacções adversas**, sendo o efeito adverso dos fármacos, uma consequência indesejável ou toxicidade causada pela administração de medicação concomitante que pode potencializar ou antagonizar os efeitos da mesma. O grau do efeito adverso pode variar entre leve e fatal (Vénès & Thomass, 2001, *cit in*, Fulton & Allen, 2005, p. 124);
- **Interacções Medicamentosas**, reforçam a ideia de quanto maior o número de fármacos ingeridos, maior o risco da interacção entre eles, resultando numa menor eficácia da medicação;
- **Risco de Internamento** aumenta com associação à polimedicação, devido a reacções adversas e interacções medicamentosas, que daí possam suceder;



- **Erros de Medicação**, ou seja, qualquer ocorrência evitável que pode causar ou levar à toma inadequada de medicação. Os idosos correm maior risco de erros de medicação por causa da sua exposição a um grande número de fármacos e à complexidade do seu plano terapêutico;
- **Maior Custo do Tratamento**, a polimedicação aumenta os custos, directamente com a prescrição de elevado número de fármacos, a nível indirecto, os custos aumentam através das cinco consequências acima citadas.

O idoso polimedicado não adere com facilidade ao plano prescrito, na maioria das vezes este não sabe tomar correctamente os medicamentos, outra das causas pode prender-se com os efeitos secundários causadas pela toma excessiva de medicamentos ou também porque o seu orçamento familiar não conseguir suportar os custos elevados da medicação.

Segundo o catálogo da CIPE “Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento” (ICN), sendo a adesão definida como a medida em que o comportamento do cliente é concordante com as recomendações do prestador de cuidados. As consequências da não adesão são tão graves que justificam um maior investimento e em larga escala nas medidas da adesão ao regime terapêutico para reduzir as barreiras ou os obstáculos ao cumprimento do regime terapêutico.

A não adesão ao tratamento provoca complicações médicas e psicológicas da doença, reduz a qualidade de vida dos doentes, aumenta a probabilidade de desenvolvimento de resistência aos fármacos, desperdiça recursos de cuidados de saúde e desgasta a confiança do público nos sistemas de saúde. WHO (2003)

Para que o idoso adira ao tratamento é necessário que este o percepcione como necessário perante a sua situação de doença.

Muitas das vezes as demências comuns no envelhecimento funcionam como obstáculo ao cumprimento da prescrição, o idoso não percebe nem consegue cumprir o plano medicamentoso. Em termos culturais e económicos existem também alguns obstáculos para que esta adesão seja efectiva, os custos elevados levam muitas das vezes ao abandono do tratamento, o facto de o idoso, ou o cuidador não identificar o medicamento prescrito ou tomá-lo apenas quando pensa ser necessário, pode também contribuir para o abandono da sua toma.

Segundo Berger & Mailloux-Poirier (1995 pp. 454-455), a não fidelidade ao tratamento pode dever-se ao número de medicamentos consumidos, quanto maior é o

número de medicamentos, mais dificuldade tem o idoso em aderir ao tratamento prescrito; os esquecimentos e as omissões das tomas, inerente ao processo de envelhecimento os idosos esquecem-se com alguma facilidade das tomas; a solidão, o facto de o idoso viver sozinho pode condicionar a toma correcta se este não for autónomo; o sexo, os homens respeitam mais a prescrição do que as mulheres; o horário da administração, se estes forem complexos o idoso tem mais dificuldade em os compreender e em os cumprir; a duração do tratamento e a ausência de resultados, se o tratamento se arrasta durante muito tempo e o idoso não vê os resultados este percebe-o como não sendo necessário; A ausência de sintomas, no caso de estes não existirem o idoso não entende a necessidade de manter o tratamento; a falta de motivação, o idoso tem que acreditar que o tratamento é necessário; o medo, no que diz respeito aos efeitos secundários; a ignorância, leva muitas das vezes a que este interrompa o tratamento sem qualquer justificação.

Em 2002, Haynes e tal, demonstraram que a adesão reduz o risco de resultado terapêutico nulo ou baixo em 26%, e a probabilidade de um paciente com adesão atingir resultados terapêuticos desejados é três vezes maior que os pacientes que não aderem ao tratamento.

As consequências da não adesão são tão graves que justificam um maior investimento e em larga escala, nas medidas da adesão ao regime terapêutico, para reduzir as barreiras ou os obstáculos ao cumprimento do regime terapêutico (ICN, 2008).

Ainda e segundo a OMS, (2003), nos países desenvolvidos a taxa de adesão ao tratamento nos doentes crónicos é em média de 50%

Perante esta realidade e como consequência do envelhecimento populacional torna-se cada vez mais necessária uma reorganização dos serviços de saúde, relativamente á forma de prestação dos cuidados, apesar da OMS, (2002) defender que os serviços de saúde e de apoio social estão relacionados com a promoção da saúde e prevenção da doença e a adequação do uso dos medicamentos.

As estratégias educativas, que melhoram a adesão entre as pessoas com doenças crónicas, incluem a redução do número de medicamentos e da frequência das doses, o facultar de informação acerca dos efeitos secundários esperados e a motivação das pessoas para as alterações no estilo de vida causadas pela terapêutica. (Ordem dos Enfermeiros, 2009)

O ensino realizado aos idosos na consulta após prescrição médica, quer sejam realizados por médicos quer sejam realizados por enfermeiros não são suficientes para minimizar e assegurar uma toma segura dos medicamentos por parte dos idosos.

É necessária uma abordagem multidisciplinar para tratar as doenças crónicas no sentido de melhorar a adesão, especialmente quando se trata dos mais idosos. A família e a comunidade são determinantes na promoção da adesão. Precisam de ser envolvidos de forma activa no plano de cuidados e nos resultados esperados dos cuidados.

### **1.3.3 - O enfermeiro como gestor de caso**

Os enfermeiros, como profissão mais próxima dos utentes, sempre foram os que mais contribuíram para a melhoria da saúde das populações, principalmente ao nível da prevenção e prestação de cuidados na doença crónica. Porém, é necessário que todos tenhamos a noção da importância do envolvimento com outros sectores da comunidade, se necessário tomando a iniciativa, tal como é desafiado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2008): “.... a compreenderem a enormidade do problema e a reconhecerem que com o saber, a coragem, a visão e o empenho, os enfermeiros estão bem colocados para desempenharem um papel principal”.

Cabe assim ao enfermeiro capacitar o idoso para saber lidar com os efeitos colaterais e interacções medicamentosas, para que este adira ao tratamento, tal só pode acontecer se existir uma relação de confiança entre profissional e utente.

Cuidar do idoso e proporcionar-lhe qualidade de vida é uma das responsabilidades do enfermeiro. Este pode funcionar como agente de mudança nomeadamente nas atitudes dos profissionais de saúde relativamente à velhice, pois apesar de ser considerada como um período da vida de grande fragilidade é também por si só um momento de evolução merecendo por isso toda a atenção e dedicação de forma a minimizar os problemas dos idosos e manter a sua autonomia.

O enfermeiro de saúde comunitária devido às suas competências e proximidade com o idoso encontra-se assim numa posição privilegiada para poder garantir a segurança do idoso.

Cuidar no domicílio torna-se um desafio para o enfermeiro, que não cuida apenas o idoso mas também o cuidador, permitindo-lhe estar atento á forma de organização familiar e á identificação das necessidades reais.

O enfermeiro detém um papel importante face ao controlo do regime medicamentoso e na mudança de comportamento dos idosos face á gestão do regime

medicamentoso, de forma a contribuir para a prevenção das complicações provocadas pela polimedicação.

O idoso ou o cuidador em conjunto com o enfermeiro, deve seguir determinadas estratégias, tais como, enumerar todos os medicamentos prescritos, quer estes tenham sido prescritos pelo médico de família quer por outros (é o caso das ocorrências ao serviço de urgência ou a prescrição pelos médicos particulares), e identificar os medicamentos não prescritos mas que o idoso está a tomar. Torna-se vantajoso proceder à elaboração de uma lista detalhada (com nome e dosagem) de todos os fármacos, incluindo os das medicinas alternativas, lista esta que deve acompanhar o idoso sempre que este se desloque a um serviço de saúde. Esta lista deve ser alvo de avaliação pelo médico e enfermeiro no sentido de retirar medicamentos desnecessários ou duplicados. No caso da pessoa analfabeta ou com alterações visuais, esta deve levar consigo os vários sacos de medicamentos que tem em casa para se poder avaliar os medicamentos necessários.

O idoso deve ser informado que nunca deve tomar um medicamento novo sem se informar junto do profissional de saúde, evitando a auto-medicação; O enfermeiro deve informar o idoso ou o cuidador sobre o que fazer em caso de esquecimento de tomas e de onde guardar os medicamentos; deve ser dada especial atenção aos prazos de validade e acondicionamento dos medicamentos; deve também ser conhecedor de que deve tomar apenas medicamentos dos sintomas que têm e não os que pode vir a ter; acertar o horário da medicação; A utilização da caixa doseadora de medicamentos pode e deve constituir uma alternativa para o uso correcto dos medicamentos caso o idoso seja capaz de a utilizar de forma correcta, esta permite preparar a medicação referente a uma semana o que pode constituir um descanso no que se refere á toma programada dos medicamentos. Quando o idoso não sabe preparar a caixa deve ser o cuidador a fazê-lo de forma a evitar os enganos. Os medicamentos ficam assim disponíveis para o idoso proceder á toma correcta dos mesmos. Berger & Mailloux-Poirier (1995)

O ensino deve ser reforçado as vezes que forem necessárias para que o enfermeiro sinta segurança, por parte do idoso ou do cuidador, em utilizar correctamente os seus medicamentos.

Além de todos os ensinamentos e estratégias utilizadas pelo enfermeiro em conjunto com o idoso, enquanto responsável e gestor da medicação do idoso, ou seja, este deve servir de elo de ligação entre o idoso e o médico transmitindo e identificando todas as suas necessidades relativamente á medicação, como acertos e reacções adversas.

O enfermeiro deve dominar com segurança as técnicas de comunicação, assertividade, espírito de trabalho em equipa, capacidade de liderança, deve ter capacidade de usar instrumentos de avaliação e controlo da medicação de forma a permitir o equilíbrio do seu estado de saúde.

A disponibilidade do profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, para ouvir e ajudar os idosos de forma individualizada e continuada podem contribuir para o aumento da adesão ao plano terapêutico proposto.

A figura do gestor de caso torna-se essencial na gestão do medicamento e aposta na informação para melhor decisão e na afirmação de um processo de confiança e segurança por parte dos idosos.

O fato de ser sempre o mesmo profissional a disponibilizar a informação e em proceder às visitas domiciliárias favorece a adesão ao regime terapêutico pois implica que seja criada uma relação de confiança.

O enfermeiro como gestor da medicação pode funcionar como uma alternativa ao uso incorrecto dos medicamentos por parte dos idosos, através de estratégias de intervenção de proximidade, motivação, educação e confiança entre enfermeiro/Idoso/Cuidador. Pressupõe-se um modelo de cuidados centrado na informação e capacitação do utente/cuidador, caso este exista, para que este seja detentor de conhecimentos, de forma a poder actuar em conformidade com o seu estado de saúde e perante os problemas que possam surgir, decidindo o que é melhor para si.

O Modelo de Cuidados na Doença Crónica (CCM), segundo o Conselho Nacional dos Enfermeiros “consiste na interacção entre um doente informado, participante, e uma equipa de profissionais preparada e proactiva “isto significa um doente informado motivado, com aptidões e confiança necessárias para tomar decisões efectivas acerca da sua saúde e para a gerir, bem como uma equipa de profissionais motivada, com informação para o doente, apoio á decisão e recursos necessários para prestar cuidados de alta qualidade.

O enfermeiro enquanto gestor de caso, promove assim a educação do doente, a qualidade, a continuidade dos cuidados e a monitorização da adesão á auto gestão da doença.

Este modelo aplica-se sempre que a doença em causa seja de evolução prolongada, que existam variações na actuação do profissional, bem como uma desadequação do nível de prestação dos cuidados, ineficiente coordenação de cuidados e sobretudo uma insatisfação por parte dos doentes.

Apesar de ser um modelo dirigido às doenças crónicas este pode ser adaptado e aplicado a outros grupos populacionais mais vulneráveis como é o caso dos mais idosos, tendo em conta que a maior parte deles são portadores de doença crónica.

As vantagens da aplicabilidade deste modelo prende-se sobretudo na melhoria da adesão aos planos terapêuticos, em reduzir as complicações associadas às doenças crónicas, promover uma melhoria de qualidade de vida dos doentes, promover uma participação activa por parte dos mesmos em todo o processo e diminuir os custos relativos às doenças crónicas.

O conhecimento da população acerca do seu estado de saúde e da forma de como minimizar as complicações decorrentes desse estado, resulta num aumento da qualidade de vida o que por sua vez traduz-se numa redução de custos na área da saúde.

No entanto a aplicabilidade do modelo requer dos profissionais uma avaliação do mesmo ao longo do tempo no sentido de se poder identificar o impacto deste no sistema de saúde, ou na população em que estará a ser utilizado. Sendo por isso necessários sistemas de informação fiáveis e que traduzam de uma forma efectiva os resultados ao longo do tempo.

A reforma dos cuidados de saúde primários e a própria reestruturação dos agrupamentos dos centros de saúde tem vindo a reunir as condições necessárias para a aplicação destes modelos, pois implica um maior envolvimento dos cidadãos no próprio planeamento dos seus cuidados de saúde.

A intervenção comunitária traduz-se assim no pilar essencial no sentido de contribuir para a informação e capacitação da população através da proximidade e participação. As unidades de cuidados na comunidade (UCCs) representam actualmente esta proximidade, em que o enfermeiro funciona como o coordenador de todo o processo, numa equipa multidisciplinar em que o objectivo comum são os ganhos em saúde de uma determinada população.

Os cuidados de saúde primários devem facilitar ao cidadão o acesso a cuidados de saúde de qualidade.

A aposta quer na promoção de estilos de vida saudáveis quer na prevenção de complicações deve constituir e funcionar como um direito dos cidadãos.

Cientes de que os idosos representam a grande fatia dos portadores de doenças crónicas, o Modelo da gestão Integrada da Doença Crónica pode centrar-se neste grupo

no sentido de contribuir para um melhor controlo das mesmas, traduzindo ganhos em saúde que se reflectem na segurança e bem-estar dos idosos.

O gestor do regime medicamentoso no idoso, e tendo por base as *guidllines* do Modelo da Gestão Integrada da Doença Crónica, pressupõe uma prestação de cuidados participativa, quer no domicílio, quer noutro local que vá de encontro às reais necessidades dos idosos. Pretende-se uma monitorização da adequação da auto administração de medicamentos por parte do idoso ou cuidador, no sentido de delinear estratégias de educação e capacitação tendo como objectivo final que este seja capaz e compreenda a necessidade de tomar os seus medicamentos de forma segura.

Segundo o PNS (2011-2016) o gestor pode ter uma intervenção electiva nos casos minoritários de maior complexidade e acuidade clínica ou social que exigem maior intensidade de vigilância e acompanhamento podendo intervir directamente no domicílio.

Segundo a WHO, (2003), o doente deve ser apoiado no que respeita á adesão terapêutica e não culpado por não aderir á mesma. Tal facto implica em questionar o porquê da não adesão através de uma avaliação multidisciplinar e multisectorial, sendo vários os factores que interferem na não adesão, desde factores sociais e económicos a factores intrínsecos ao indivíduo. O acesso aos serviços de saúde, o elevado custo relativo aos medicamentos e a falta de escolaridade, a existência de disfunção familiar, podem influenciar a toma correcta dos medicamentos. O enfermeiro deve pois questionar qual ou quais as barreiras existentes que podem condicionar a mesma. Factores funcionais e cognitivos associados ao envelhecimento podem só por si condicionar este facto.

O tipo de tratamento tem que ser tido em conta no que diz respeito á complexidade do mesmo, tratamentos anteriores sem benefício, mudanças frequentes no tratamento, efeitos secundários e o tempo de acção dos medicamentos, podem por parte do idoso ser considerados como um entrave á sua toma.

O enfermeiro como gestor do regime medicamentoso deve, segundo Berger & Poirier, (1995):

**Coordenar** todo o processo, planear os cuidados e visitas domiciliárias, servir ao mesmo tempo de elo com os restantes elementos da equipa de saúde.

**Vigiar a administração de medicamentos**, assegurar que o idoso faz as tomas correctas, vigiar reacções e respostas aos medicamentos, verificar posologias, doses, duplicação de medicamentos, horários de administração, tomar nota dos medicamentos que parecem supérfluos, inúteis ou ineficazes. Deve também

identificar caso o idoso não tenha capacidade para tal quem lhe administra a medicação.

**Ensinar** os idosos e as famílias, sendo necessário para tal adquirir formação mais específica relativamente à farmacocinética e farmacodinâmica, no sentido de poder identificar as reacções frequentes nos idosos quando consomem medicamentos. As estratégias de ensino aos idosos devem ser adequadas, deve ser explicado de forma clara, sugerir a identificação das embalagens, sugerir utilização de caixa doseadora de medicamentos.

**Defender o cliente**, o enfermeiro deve questionar a pertinência de alguns medicamentos e avaliar com o médico a necessidade do mesmo, avaliar a autonomia dos idosos face ao consumo dos medicamentos e ajudá-los a manter essa autonomia o maior tempo possível ou a tomar medidas concretas para a recuperar.

**Deteção e prevenção**, o enfermeiro deve ser capaz de reconhecer sintomas e mudanças no estado do idoso para poder agir no sentido de contrariar ou prevenir as mesmas, tais como as quedas, a confusão, a incontinência e a imobilidade.

Neste sentido Fulmer *et al.* (2003), Medication in Older Adults, evidenciam ainda mais algumas das competências do gestor:

- Avaliar a capacidade cognitiva e suporte social;
- Avaliar a adesão terapêutica;
- Avaliar história de efeitos adversos prévios;
- Avaliar as capacidades funcionais, sensoriais, afetivas e estado nutricional;
- Fazer uma revisão de toda a medicação, incluindo os medicamentos não sujeitos a receita médica.

As intervenções devem ser dirigidas às necessidades do indivíduo para estas possam ter mais impacto.

É necessário que o enfermeiro tenha e desenvolva competências no sentido de criar motivação no idoso ou familiar para que este aceite e perceba a importância da adesão á terapêutica.



Segundo Potter, (1998) “o papel do profissional de enfermagem é principalmente de ensinar, auxiliando os pacientes idosos em terapia medicamentosa”, o mesmo autor refere ainda que “o enfermeiro deve conhecer as alterações no organismo do idoso, considerar os níveis de função física, sensorial e cognitiva do paciente quando o instrui a tomar, comprar e usar medicamentos correctamente”.

Uma boa adesão por parte dos doentes requer um processo contínuo e dinâmico, intervenções isoladas não traduzem efectividades em termos de adesão. (WHO, 2003)

É pois urgente que os profissionais de saúde apostem na educação terapêutica do utente ou na educação para a autogestão, de forma a contrariar a actual e problemática situação com que nos deparamos nos dias de hoje.

O enfermeiro deve também ter o cuidado de antecipar os diagnósticos de enfermagem potenciais ligados ao consumo de medicamentos e elaborar estratégias adaptadas. (Berger & Mailloux-Poirier 1995)

Em termos de registos de enfermagem, o enfermeiro tem hoje facilitado todo o tipo de registo relativamente aos diagnósticos de enfermagem através da utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) em que é possível definir os focos e os diagnósticos pretendidos bem como as intervenções desejáveis face ao diagnóstico identificado, de forma a avaliar os resultados.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), um programa do ICN, foi concebida para ser uma parte integral da infra-estrutura global de informação, que informa a prática e as políticas de cuidados de saúde para melhorar os cuidados prestados aos doentes em todo o mundo. Os dados originados pela utilização da CIPE® podem sustentar a tomada de decisão, melhorando assim a segurança e a qualidade dos cuidados para os doentes e as famílias. (Ordem dos Enfermeiros, 2009)

A CIPE permite assim elaborar planos de cuidados de enfermagem de forma a orientar os enfermeiros a prestar cuidados de qualidade, permite elaborar diagnósticos de enfermagem e estabelecer as intervenções necessárias no sentido de dar resposta ao diagnóstico levantado.

Um diagnóstico de Enfermagem, de acordo com a CIPE®, é um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a avaliação. Uma intervenção de Enfermagem é uma acção realizada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a originar um resultado de Enfermagem (ICN 2001 *cit in* Ordem dos Enfermeiros 2009).

No que concerne ao regime medicamentoso devem ser levantados os focos segundo a CIPE: **auto administração de medicamentos** é um tipo de comportamento de adesão com as características específicas: desempenhar actividades para obter, arrumar com segurança, tomar de acordo com a prescrição, ajustar as doses, aplicar os medicamentos prescritos, deitar fora os medicamentos de modo adequado; A **gestão do regime terapêutico** é um tipo de comportamento de adesão com as características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrarem actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária.

A **adesão ao regime terapêutico** é um tipo de gestão do regime terapêutico com as características específicas: desempenhar actividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante

A utilização do aplicativo de enfermagem SAPE (Sistema de Apoio à prática de Enfermagem), que tem por base a linguagem CIPE, torna-se hoje uma ferramenta essencial na prática de todos os cuidados de enfermagem possibilitando uma continuidade e planificação dos cuidados de forma a traduzir ganhos em saúde.

Em termos sucintos a actuação do gestor do regime medicamentoso do idoso, tendo por base o modelo da gestão integrada da doença, pode prever:

- Envolver os idosos como parceiros activos na gestão da doença;
- Facultar informação e educação aos idosos, cuidadores, famílias e comunidade;
- Facilitar o autocuidados e a gestão pelo próprio;
- Desenvolver relações com o idoso, cuidador, família, durante um período prolongado e reconhecer as mais valias desse relacionamento e aproveitá-lo como momento de aprendizagem;
- Trabalhar em equipa;
- Coordenar o cuidado de situações complexas;
- Planear e prestar cuidados que vão de encontro às expectativas dos utentes, respeitando a sua cultura;
- Proceder a momentos de avaliação através da aplicação de instrumentos;
- Encaminhar quando necessário;

- Realizar os registos de forma sistematizada de forma a monitorizar e avaliar o plano de cuidados, no sentido de promover a melhoria da qualidade dos mesmos;
- Criar relações com os parceiros existentes na comunidade de forma a potenciar a sua intervenção na comunidade;
- Incentivar os idosos a participar em programas;
- Usar e gerir os recursos para que estes possam responder às necessidades dos idosos.

## **2 - OPÇÕES METODOLÓGICAS**

### **2.1 – DIAGNÓSTICO DE SAÚDE**

Imperatori & Giraldis (1993) consideram que “a concordância entre o diagnóstico e as necessidades determinam a pertinência do plano, programa ou actividades”.

Neste sentido e tentando perceber quais os reais problemas de uma determinada população foi realizado, em Maio de 2010, no âmbito do curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, o Diagnóstico de Saúde aos idosos com 75 e mais anos da Freguesia de Vila de Frades, Concelho de Vidigueira. O Diagnóstico de Saúde realizado pretendeu promover e aprofundar o conhecimento sobre vários aspectos relativos à saúde da população em estudo e alguns dos seus determinantes, de forma a desenvolver, posteriormente, estratégias de intervenção, que dêem respostas efectivas às necessidades da comunidade em estudo.

Após análise dos resultados, da identificação dos problemas e do estabelecimento de prioridades surge a necessidade de desenvolver o presente projecto.

Para a realização do diagnóstico de saúde da população idosa de Vila de Frades, foi considerado o Universo de idosos com 75 e mais anos de idade inscritos na equipa de saúde de Vila de Frades, o que corresponde a 117 indivíduos. A escolha foi baseada no facto desta ser uma subpopulação, dentro da população idosa, que apresenta maiores níveis de morbilidade e de dependência, e que, por isso, carece de uma intervenção mais emergente. Outro facto justificativo da nossa escolha prendeu-se com o tempo escasso para a realização do estudo que não se coadunava com uma população mais alargada. Foram utilizados como critérios de exclusão os idosos que não tivessem residência em Vila de Frades e exclusão após três tentativas de procura para a realização da entrevista.

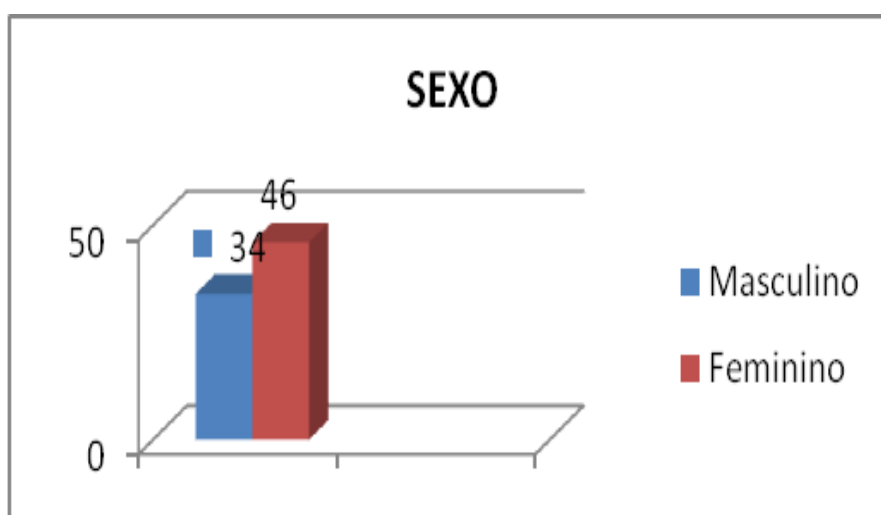
Da população inicial foram excluídos do estudo 19 indivíduos por não terem residência em Vila de frades, reduzindo assim a nossa população para 98 indivíduos.

Destes, 18 indivíduos encontravam-se temporariamente ausentes do domicílio, pelo que a nossa população final ficou constituída por 80 sujeitos.

Aos 80 indivíduos em estudo foi aplicado um formulário que teve por base o instrumento, utilizado pela Rede Nacional de Cuidados Continuados, denominado Instrumento de Avaliação Integral (Anexo I). A este instrumento foram acrescentadas dois novos domínios: regime terapêutico e acesso/utilização dos serviços de saúde. (Anexo II)

Após aplicado o respectivo formulário e ter sido feito o tratamento estatísticos dos dados em SPSS obtivemos os seguintes resultados:

No que diz respeito à caracterização geral da população em estudo podemos observar uma predominância do sexo feminino.



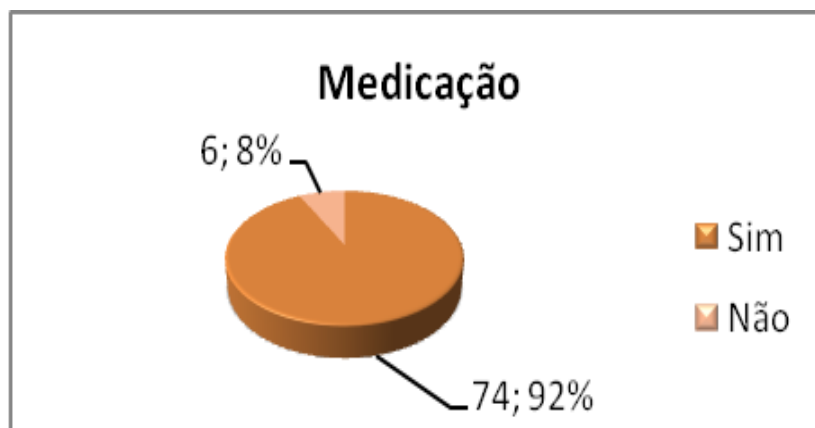
**Gráfico nº. 1** - Distribuição da População por Sexo

Relativamente à idade dos inquiridos, temos que 13 idosos têm 75 anos (idade mínima), seguidos de 9 idosos com 84 anos de idade. Os 88 anos constituem a idade máxima da população em estudo, com uma média de idade de 79,6 e moda de 75 anos de idade.

Apenas 20% dos inquiridos não sabia ler nem escrever e na sua maioria o trabalho rural tinha sido a sua ocupação, facto que se justifica pela estrutura económica desta freguesia ser a actividade agrícola, nomeadamente as vinhas.

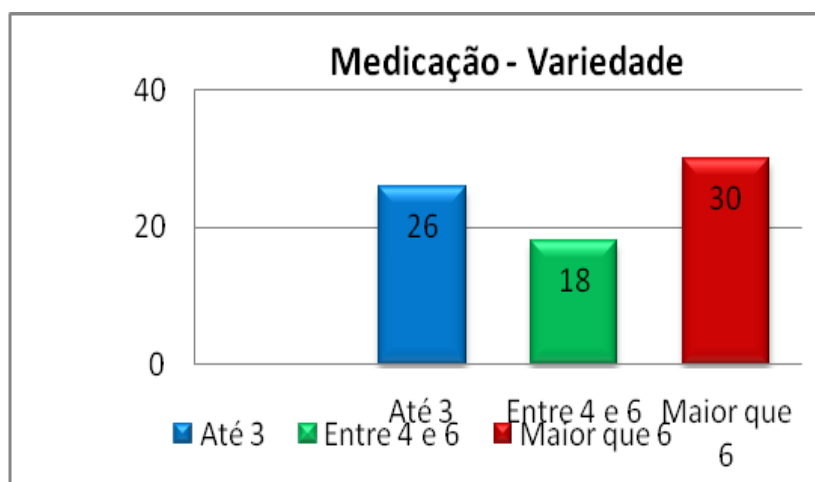
Em relação às restantes variáveis estudadas destacamos apenas aquelas que revelaram valores mais significativos.

No respeitante à área temática Regime Terapêutico a maioria dos inquiridos (92%) está a fazer medicação terapêutica, com uma frequência maioritária de três tomas diárias



**Gráfico n° 2** – Distribuição da população relativamente à medicação

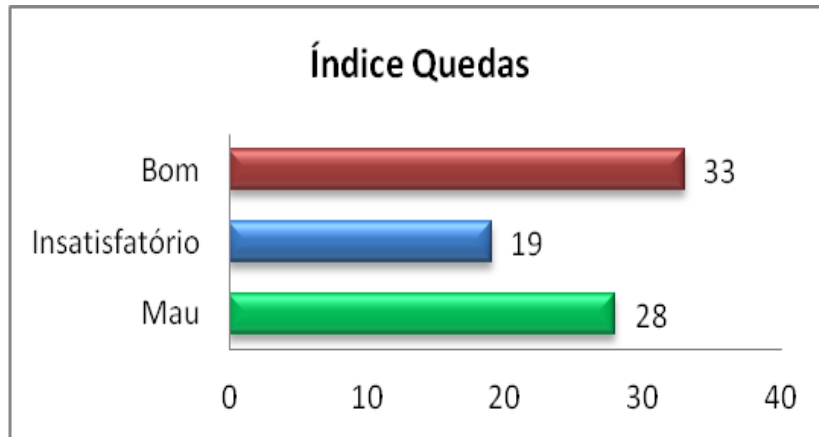
Quanto à variedade terapêutica, verificámos que 30 indivíduos (40,5%) tomam mais de seis tipos de fármacos diferentes, o que aponta nitidamente para uma polimedicação.



**Gráfico n° 3** – Distribuição da população relativamente à variedade da medicação

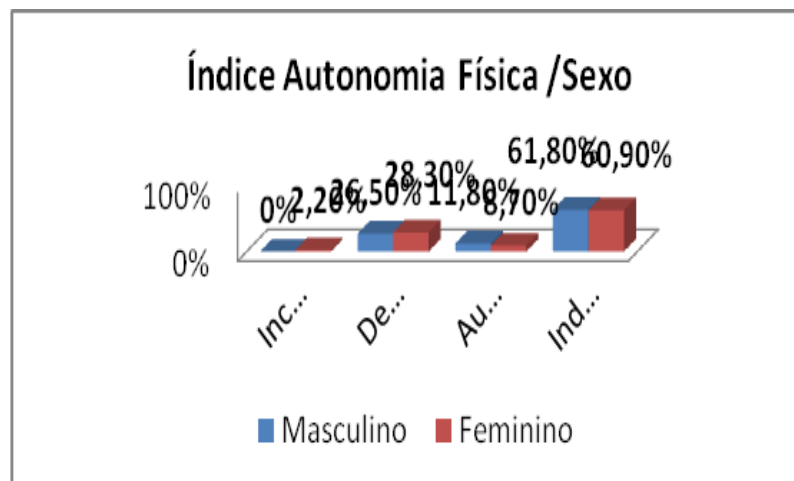
No referente aos outros elementos do plano terapêutico indicado, verifica-se que o plano dietético, assim como a prática de exercício físico são as áreas onde se regista um menor cumprimento.

Estamos também perante uma população com um elevado índice de quedas, 47 indivíduos já sofreram pelo menos uma queda, em que foram referidos como principais causas motivos internos, nomeadamente os relacionados com problemas de equilíbrio.

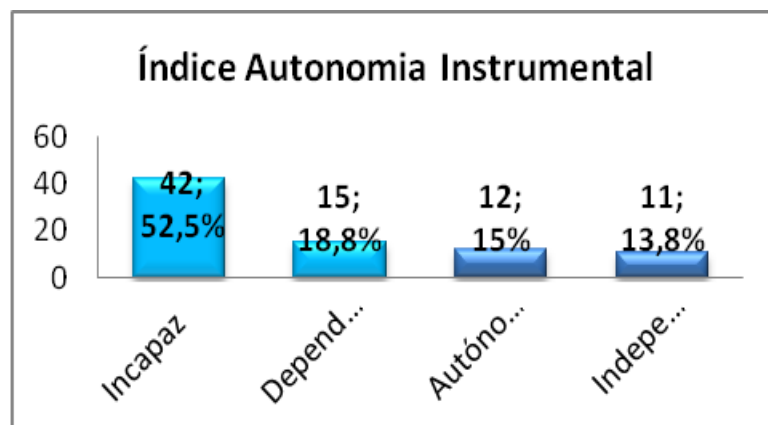


**Gráfico nº. 4** – Distribuição da população relativamente ao Índice de Quedas

Uma população com um elevado nível de independência relativamente á autonomia física e valores contrários, como podemos constatar no Quadro nº.5, relativamente à autonomia instrumental em que o estudo revelou elevados níveis de dependência.



**Gráfico nº. 5** – Distribuição da população relativamente ao Índice Agregado Autonomia Física/Sexo



**Gráfico nº. 6** – Distribuição da população relativamente ao Índice Agregado Autonomia Instrumental

Relativamente às queixas emocionais constatou-se que os sintomas ansiosos e depressivos estão presentes em 33,8% e 35% dos casos, respectivamente, durante metade do tempo. O estudo revela também uma população sedentária, com poucos hábitos de prática de actividade física.

A maior parte destes idosos tem como cuidador a família e poucos beneficiam de apoio domiciliário. Sendo que apenas um indivíduo recebe os serviços da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e 6 indivíduos o apoio domiciliário dos serviços sociais da Santa Casa da Misericórdia de Vidigueira.

Perante os resultados que emergiram deste estudo, foram sugeridas algumas áreas passíveis de intervenção no sentido de reduzir ou anular o impacto dos problemas detectados, nomeadamente nas áreas referentes à polimedicação, aos hábitos de exercício físico, à ingestão hídrica, ao cumprimento do regime dietético quando prescrito, ao incentivo à participação em actividades culturais/sociais, bem como numa tentativa de aumentar a rede de suporte social. Também nos pareceu relevante proceder-se à identificação dos idosos em risco para uma correcta prevenção de quedas e à avaliação do estado de saúde mental.

Tentando responder às sugestões do respectivo estudo e em parceria com a Câmara Municipal da Vidigueira e Junta de Freguesia de Vila de Frades, o Centro de Saúde de Vidigueira implementou o projecto “Envelhecer em Segurança” que tinha como objectivo a prevenção de quedas neste grupo de idosos, o projecto teve a duração de 9 meses, e como estratégias de intervenção foram estruturadas aulas de treino para o equilíbrio e correcção de algumas barreiras arquitectónicas, relativamente á parte da gestão medicamentosa o projecto não conseguiu dar resposta pelo que os indicadores delineados não foram atingidos. O projecto teve uma grande aceitação por parte dos idosos e está neste momento em fase de avaliação no sentido de ser replicado pelas restantes freguesias do Concelho.

Cientes da necessidade de intervir na área da polimedicação no idoso, enquanto área considerada prioritária pelo DACESBA, mas também delineada no Plano nacional de Saúde e no Programa Nacional para as Pessoas Idosas, e ao mesmo tempo alvo de intervenção das equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados e tendo em conta os resultados obtidos neste diagnóstico de saúde, optamos por realizar o nosso projecto nesta área pois a polimedicação, aliada à susceptibilidade dos idosos, relacionada com as mudanças fisiológicas resultantes do processo de envelhecimento, leva a um aumento do risco de interacções medicamentosas, provocando um aumento da



morbilidade e da mortalidade que associados ao isolamento ou a ausência de cuidador contribuem para um uso excessivo ou incorrecto de medicamentos por parte dos idosos.

Estudos recentes em Portugal demonstram que 40% dos medicamentos que os idosos tomam estão errados. A conclusão resulta de um estudo elaborado pela Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa que revelou também que os erros de prescrição dão origem a vários efeitos adversos.

Nos países desenvolvidos as pessoas com mais de sessenta anos consomem aproximadamente 50% de todos os medicamentos prescritos, sendo responsáveis por 60% dos custos relativos á medicação. (WHO, 2003)

O encargo com medicamentos tem vindo a aumentar significativamente nos últimos anos.

A despesa em cuidados de saúde tende a aumentar, sendo um dos maiores fatores para esta despesa o envelhecimento populacional acrescendo outros fatores como o aumento da incidência das doenças crónicas, aumento da obesidade, aumento do consumismo e o impato das doenças infetocontagiosas. Lourenço (2010)

É necessário que os cuidados de saúde primários contribuam para o controle da despesa de saúde, apesar e segundo Lourenço, Revista da Missão dos Cuidados de Saúde Primários (2010), desta ser a menos onerosa contribuindo por isso para uma racionalização da despesa dos cuidados de saúde.

Lourenço, 2010 refere ainda que o acompanhamento permanente do estado de saúde das populações modera a utilização de cuidados desnecessários e evita a longo prazo a necessidade de cuidados mais dispendiosos.

A contribuir para esta despesa o aumento do consumo de medicamentos por parte dos idosos torna-se cada vez maior.

Torna-se cada vez mais necessário e tendo em conta o cenário atual das despesas em saúde uma intervenção junto aos idoso sobretudo no que diz respeito ao uso de medicamentos por parte destes.

Além da polimedicação, a falta de cumprimento terapêutico é também frequente nos idosos, calculando-se que 50% dos idosos toma mal a medicação prescrita. Este facto pode dever-se a erro, esquecimento, desconfiança em relação ao médico, deterioração cognitiva, perda de visão, surdez, entre outros. (Blanco, 2007)

Segundo Lourenço (2010, p. 2), “os serviços de saúde – sejam hospitais ou serviços de proximidade terão uma responsabilidade acrescida em trabalhar em conjunto

com os cidadãos, contribuindo para a sua capacitação e empoderamento, para que possam tomar decisões informadas, melhorando os níveis de saúde”.

Neste sentido o presente projecto pretende intervir neste grupo de idosos no sentido de contribuir para a gestão adequada do regime medicamentoso, através da figura do enfermeiro, enquanto gestor do regime medicamentoso.

Cientes do papel do enfermeiro como elemento de grande proximidade e pela confiança transmitida por este ao idoso, que funcionará como educador, capacitador e elo de ligação com os restantes profissionais. Pretende-se que o enfermeiro identifique as necessidades dos idosos no que se refere á medicação e tome a partir dos seus diagnósticos de enfermagem os cuidados mais adequados no sentido de contribuir para eliminar ou minimizar os problemas identificados.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 35) “os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para liderar e apoiar modelos apropriados de cuidados na doença crónica”, o que se pode adaptar à gestão do regime medicamentoso”.

Pretende-se assim com a implementação deste projecto, chegar mais próximo dos utentes, famílias e comunidades, rentabilizar recursos e recorrer a parcerias existentes no Concelho.

O enfermeiro como gestor do regime medicamentoso pode funcionar como uma alternativa ao uso incorrecto dos medicamentos por parte dos idosos, através de estratégias de intervenção de proximidade, motivação, educação e confiança entre enfermeiro/Idoso/Cuidador. Pressupõe-se um modelo de cuidados centrado na informação e capacitação do utente/cuidador para que este saiba controlar e gerir os seus problemas decidindo o que é melhor para si.

## **2.2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES**

Segundo Imperatori & Giraldes (1993, p.64), “na selecção de prioridades deve-se ter em atenção, o horizonte do plano e área de programação.” O horizonte do plano diz respeito ao tempo para o qual estamos a prever a nossa intervenção e a área de programação diz respeito à área onde podemos intervir, não esquecendo o local onde vamos actuar e os recursos aí disponíveis. Estabelecer prioridades é uma etapa que

acarreta subjectividade uma vez que “a escolha e ponderação dos critérios depende excessivamente do gosto e experiência dos planificadores” (Imperatori, E & Giraldes, M. R. (1993), p. 31). Contudo, existem determinados critérios que podem diminuir a subjectividade.

No sentido de considerarmos o problema da polimedicação, nos idosos, como prioritário, foi necessário recorrer a critérios de selecção como a **magnitude** (importância do problema, ou seja, a dimensão) quantificando o número total de idosos polimedicados na população em estudo. A **vulnerabilidade** (possibilidade de evitar o problema segundo os recursos actuais disponíveis na região, ou seja, a possibilidade de prevenção, ao conhecimento da relação entre o problema e os factores de risco) e a **transcendência** (importância segundo grupos etários). Em relação á magnitude, podemos constatar através do diagnóstico de saúde realizado a este grupo de idosos que a maioria dos inquiridos (92%) está a fazer medicação terapêutica, com uma frequência maioritária de três tomas diárias; Quanto à variedade terapêutica, verificámos que 18 (22,5%) indivíduos tomam quatro a seis medicamentos por dia e que 30 indivíduos (40,5%) tomam mais de seis tipos de fármacos diferentes.

São vários os critérios existentes para a definição de polimedicação, e não existindo unanimidade entre os vários autores, esta surge como o uso de múltiplos medicamentos em simultâneo pelo mesmo indivíduo tal como refere Galvão (2006, p.747).

Face a estes números resultantes do diagnóstico de saúde, estamos assim perante um problema de polimedicação, cuja população alvo de intervenção se irá centrar nos 48 idosos que tomam mais de quatro variedades de medicamentos por dia, tendo em conta a classificação para a polimedicação que inclui três categorias polimedicação ligeira (consumo de dois a três fármacos), polimedicação moderada (consumo de quatro a cinco fármacos) e polimedicação grave (consumo de mais de cinco fármacos) Veehof, L. J., et al. (1999) *cit in* Silva, Luís & Biscaia (2004, p. 323).

Perante o problema da polimedicação pode estar em causa a qualidade de vida deste grupo de idoso, se colocarmos a hipótese do número de acidentes por queda neste grupo populacional.

Relativamente à vulnerabilidade, verifica-se que o desconhecimento face a atitudes que possam minimizar as consequências da polimedicação nesta faixa etária é considerado um problema, a baixa escolaridade dos idosos, tal como revelam os dados do último recenseamento, e o próprio isolamento sentido pelos idosos, bem como o elevado número de idosos portadores de doenças crónicas podem influenciar a toma

excessiva de medicamentos e a dificuldade na gestão do regime medicamentoso por parte deste grupo populacional.

As consequências da polimedicação nos idosos podem ser minimizadas através de um projecto de acompanhamento e ensino sobre a gestão do regime medicamentoso.

Em relação á transcendência, e tendo em conta o grupo alvo de intervenção torna-se importante realçar que o envelhecimento acarreta um aumento da probabilidade de aparecimento de situações de dependência, nomeadamente nos mais idosos, o que exige novas formas de intervenção e respostas.

Considerando ainda outros critérios descritos por Imperatori & Giraldes (1993), nomeadamente a evolução, é considerado um problema que não sendo controlado tende a agravar-se, daí a importância de intervir ao nível da gestão do regime medicamentoso quer no idoso quer no ensino ao prestador de cuidados com o objectivo de assegurar a toma correcta dos medicamentos evitando-se todos os problemas daí decorrentes.

O critério da irreversibilidade torna-se importante na medida em que a polimedicação pode provocar reacções adversas colocando em risco a própria saúde e segurança destes idosos, se tivermos em conta que o outro problema que resultou do mesmo diagnóstico foi o número elevado de quedas neste grupo de idosos (58%).

Tendo em conta os critérios referidos podemos considerar este problema como prioritário em termos de intervenção no sentido de minimizar os efeitos adversos da polimedicação e contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida destes idosos.

## **2.3 – SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS**

Definida a problemática e fixados os objectivos e metas segue-se a fase da selecção de estratégias. Com ela pretende-se alcançar uma forma de procedimento adequada para reduzir os problemas de saúde prioritários.

Imperatori & Giraldes (1993, p. 87) definem estratégias de saúde como: “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo, reduzindo, assim um ou mais problemas de saúde.”

A selecção de estratégias escolhidas de forma a dar resposta ao objectivo geral do projecto prendem-se essencialmente com o acompanhamento caso a caso no domicílio dos idosos polimedicados.

As visitas domiciliárias constituem o centro de todo o projecto, uma vez que a maioria das intervenções de enfermagem se vão centrar no domicílio do idoso, sendo este considerado como o local privilegiado para o contacto com os idosos, pois permite poder criar uma relação mais próxima e que ao mesmo tempo transmita confiança, além de que no domicílio, podemos assegurar o contacto com os cuidadores, familiares ou mesmo com a rede de vizinhança, rede essa que funciona como único apoio para muitos destes idosos, dado às características deste meio rural.

Segundo Soresen & Luckmann (1998, p 501) “A visitação domiciliária é um lugar privilegiado onde o Enfermeiro assume papéis como prestador de cuidados de alto nível técnico, educador, advogado do doente, colaborador, líder e gestor de casos”.

As visitas têm como objectivo orientar os idosos no sentido de estes ou os cuidadores conseguirem uma gestão do regime medicamentoso adequada. A periodicidade das visitas será em função das necessidades identificadas caso a caso.

A identificação do cuidador será uma ferramenta essencial para o sucesso do projecto nas situações em que o idoso não consiga por si só gerir a sua medicação. Nos casos em que este não exista será necessário a articulação com os parceiros nomeadamente da equipa de apoio domiciliário, de forma a assegurar que o utente cumpra o regime medicamentoso proposto pelo seu médico.

O gestor de caso deve por isso identificar os idosos polimedicados e em conjunto com a equipa de saúde reavaliar a sua medicação, apontar estratégias para que estes cumpram a prescrição, sem erros e em segurança. Deve avaliar se estão reunidas as condições para que tal aconteça.

Poderá ser necessário distribuir os doseadores de medicamentos, identificar embalagens, verificar se existem duplicação de medicamentos e estabelecer horários das tomas.

O ensino será assim dirigido quer ao cuidador quer aos idosos, por isso será necessário uma vigilância dos mesmos no sentido de contribuir para o aumento da confiança no que se refere à toma correcta dos medicamentos por parte destes.

Para se poder identificar o número total de idosos polimedicados (com a toma de mais de quatro variedades diárias de medicamentos) que vão fazer parte do projecto, é necessário proceder á identificação dos mesmos através do questionário aplicado

aquando do diagnóstico de saúde realizado a esta população em Maio de 2010 e identificar também as respectivas moradas para se proceder às visitas domiciliárias.

A estratégia a utilizar por parte do gestor de caso é a educação para a saúde e o devido encaminhamento quando necessário para o seu médico de família.

A educação é necessária para a auto-gestão, para o sucesso dos cuidados prestados, sobretudo aos idosos portadores de doenças crónicas, é pois fundamental que além dos idosos a família e ou o cuidador esteja envolvido no processo.

A educação para a saúde irá basear-se na gestão adequada do regime medicamentoso, no sentido de demonstrar a importância sobre o uso racional de medicamentos, no sentido de prevenir as complicações tais como interacções medicamentosas, prevenção de acidentes, deslocações aos serviços de urgência bem como o aumento dos custos associados à toma de medicamentos considerados desnecessários.

A educação pretende também reforçar a importância do enfermeiro como gestor de caso, no sentido de contribuir para a segurança dos idosos no que se refere à medicação, tendo este enfermeiro como o técnico de saúde de referencia no caso de existir alguma dúvida ou complicação que o idoso ou o cuidador não conseguem resolver autonomamente.

Pretende-se ainda reforçar e demonstrar a importância da utilização das caixas doseadoras dos medicamentos e os cuidados que se devem ter relativamente ao acondicionamento dos medicamentos.

Além das visitas domiciliárias a educação para a saúde irá centrar-se em sessões de educação que serão dirigidas quer aos idosos quer aos cuidadores formais e informais.

Relativamente à articulação com a equipa de saúde o gestor de caso funcionará como elo de ligação, com o objectivo de corrigir alguma medicação, caso haja necessidade, informar e solicitar colaboração em determinadas situações e mesmo solicitar apoio de técnicos da equipa multidisciplinar mais alargada como psicólogo, assistente social, nutricionista ou fisioterapeuta.

O estabelecimento de parcerias torna-se fundamental para o sucesso do projecto, sendo o apoio dos parceiros existentes na comunidade fundamental para a sua realização quer no que diz respeito à disponibilidade das instalações necessárias ao desenvolvimento das sessões de educação para a saúde, como à disponibilidade dos

transportes necessários à deslocação dos idosos, por parte da Junta de Freguesia de Vila de Frades quer pela Câmara Municipal da Vidigueira.

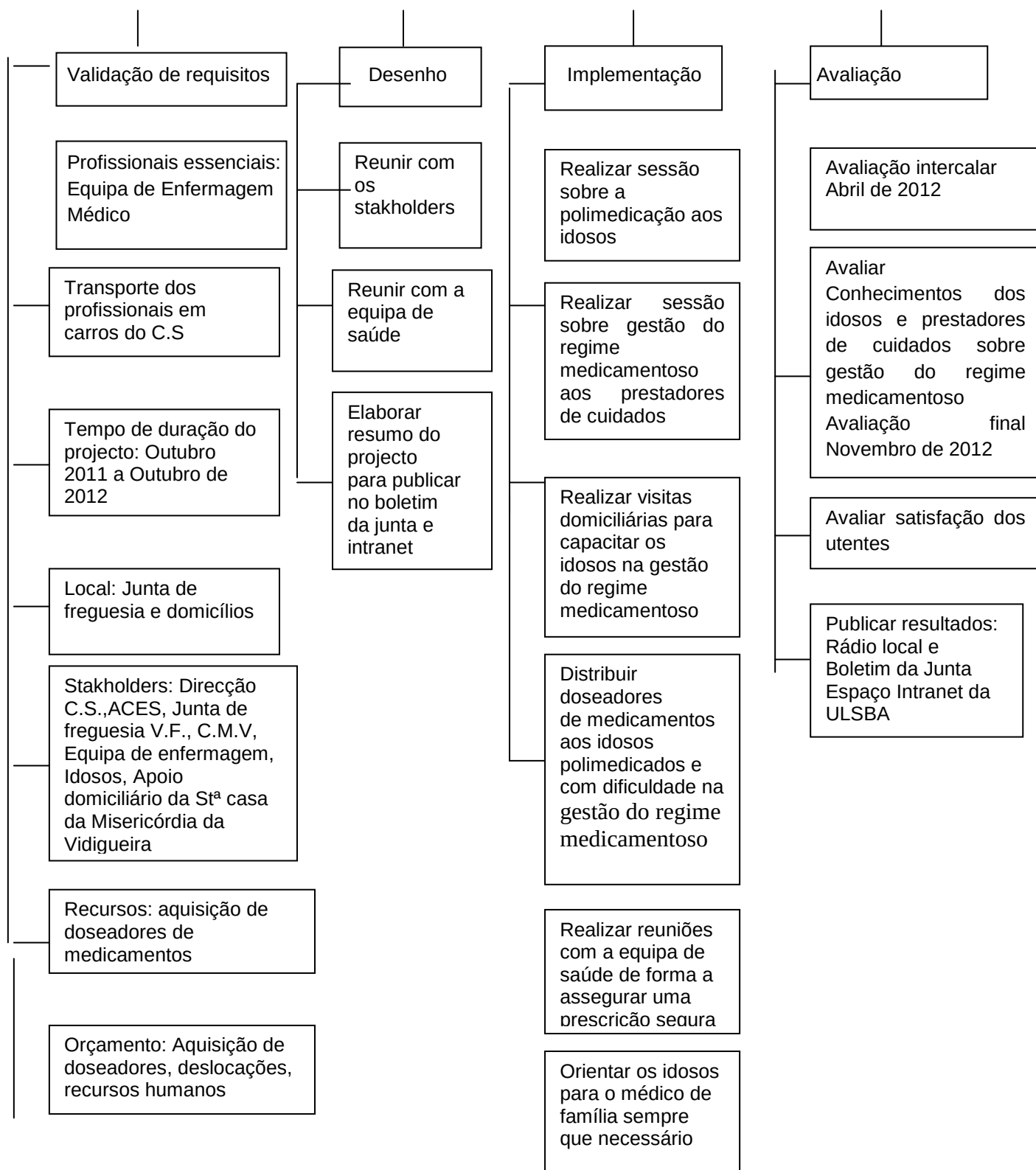
Esta contribuição dos parceiros, irá permitir também uma continuidade de cuidados nomeadamente no que se refere às equipas de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia da Vidigueira, que acompanham alguns dos idosos que fazem parte da população alvo do projecto.

Pensamos deste modo ter delineado as melhores estratégias para o cumprimento dos objectivos propostos.

## **2.4 -ESTRUTURA DO PROJETO (Work Breakdown Structure)**

A WBS (Work Breakdown Structure) apresentada de seguida facilitará a compreensão de todo o processo. No sentido em que inclui a validação dos requisitos necessários ao projecto, o desenho, a forma como se irá implementar o projecto e a avaliação. Pretende, de uma forma esquemática, a visualização de todas as fases do projecto tendo em conta e partindo do objectivo geral.

Objectivo: assegurar a correcta gestão do regime medicamentoso aos idosos com 75 e mais anos de Vila de Frades através da figura do gestor de caso no sentido de transmitir segurança e confiança na toma correcta dos medicamentos.





### 2.4.1 - Stakeholders

O sucesso de um projecto depende da participação dos stakeholders, para que as necessidades sejam conhecidas e se necessário autorizadas e consideradas pelos gestores. Os intervenientes ou partes interessadas num projecto, são pessoas ou entidades que afectam ou são afectadas pelas actividades planeadas.

Foi assim definido o gestor do projecto, Cristina Palma; o **grupo do projecto**: enfermeira da ECCI e equipa de saúde de Vila de Frades, como gestora de caso dos idosos alvos do projecto; **Equipa de gestão de projecto**: Cristina Palma, enfermeira da ECCI; **Influenciadores**: Junta de freguesia de Vila de Frades, Santa Casa da Misericórdia de Vidigueira, Gabinete de Acção Social da Câmara Municipal de Vidigueira e o **Sponsor**: ULSBA, DACES do Baixo Alentejo. Relativamente ao cliente o projecto será aplicado aos idosos com 75 e mais anos da freguesia de Vila de Frades, concelho de Vidigueira.

## 2.5 – OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Um objectivo é um “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto.” (Imperatori & Giraldes, 1993).

Ainda os mesmos autores referem que um indicador de saúde é uma variável, susceptível de medição directa, que permite avaliar a tendência de evolução natural de um problema de saúde, podendo ser classificados como: indicadores de resultado ou de impacto e em indicadores de actividade ou de execução.

“Os indicadores de resultado medem a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão actual desse problema, ou seja, avaliam os resultados ou a influencia dos fatores. Os indicadores de actividade ou de execução medem actividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado, medindo assim a prestação de cuidados de saúde.” (Imperatori e Giraldes, 1993)

Os objetivos devem pois permitir, no final do projecto, uma avaliação de forma a saber se houve ganhos em saúde, ou alteração da tendência do problema.

O presente projeto pretende assim intervir na gestão do regime medicamentoso junto a este grupo populacional, num total de 48 idosos, para o qual traçámos objectivos.

### **2.5.1 – Objetivo Geral**

Considerando a problemática em estudo foi traçado como objetivo geral: Assegurar a correcta gestão do regime medicamentoso aos idosos com 75 e mais anos de Vila de Frades através da figura do gestor de caso no sentido de transmitir segurança e confiança na toma correcta dos medicamentos

### **2.5.2 - Objetivos específicos**

Para dar resposta ao objectivo geral delineado traçamos objetivos específicos relativamente ao idoso e ao prestador de cuidados.

Relativamente ao idoso:

- Promover o conhecimento sobre a gestão do regime terapêutico, incluindo o regime medicamentoso;
- Promover a auto administração de medicamentos adequada;
- Promover a adesão adequada ao regime terapêutico;
- Incentivar o idoso para a adesão ao regime terapêutico nomeadamente para a adesão ao regime medicamentoso;
- Negociar a adesão ao regime terapêutico.

Relativamente ao prestador de cuidados:

- Promover o conhecimento do prestador de cuidados sobre a gestão do regime terapêutico incluindo o regime medicamentoso;
- Promover o conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de administração de medicamentos;
- Envolver o prestador de cuidados na gestão do regime medicamentoso do idoso.

No sentido de se poder proceder à avaliação dos objectivos delineados foram estabelecidos os seguintes indicadores e metas a atingir.

### Indicadores de Execução

| <b>Indicadores de Execução</b>                                                                                                                                                                                            | <b>Meta</b> | <b>Data</b>   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| Nº de visitas domiciliárias realizadas aos idosos / nº de idosos                                                                                                                                                          | 100%        | Novembro 2012 |
| Nº de idosos que participaram na sessão sobre auto administração de medicamentos/nº de idosos convocados                                                                                                                  | 70%         | Novembro 2012 |
| Nº de prestadores de cuidados que participaram na sessão sobre auto administração de medicamentos/ nº de prestadores de cuidados convocados                                                                               | 70%         | Novembro 2012 |
| Nº de dispensadores distribuídos aos idosos com o diagnóstico de enfermagem auto administração de medicamentos não adequado/ nº de idosos com o diagnóstico de enfermagem auto administração de medicamentos não adequado | 90%         | Novembro 2012 |

### Indicadores de Resultado

| <b>Indicadores de Resultado</b>                                                                                              | <b>Meta</b> | <b>Data</b>   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| Percentagem de idosos com “auto administração de medicamentos adequada”                                                      | 80%         | Novembro 2012 |
| Percentagem de idosos com “Conhecimento sobre auto-administração de medicamentos demonstrado”                                | 80%         | Novembro 2012 |
| Percentagem de idosos com “Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos demonstrado” | 90%         | Novembro 2012 |
| Percentagem de idosos com “Adesão ao regime terapêutico demonstrado”                                                         | 80%         | Novembro 2012 |
| Percentagem de idosos com “Gestão do regime terapêutico eficaz”                                                              | 80%         | Novembro 2012 |
| Percentagem de idosos com “Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico demonstrado”                                      | 80%         | Novembro 2012 |
| Percentagem de idosos “Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico demonstrado”                 | 90%         | Novembro 2012 |

## 2.6 - MATRIZ FUNCIONAL DE RESPONSABILIDADES

A matriz funcional de responsabilidades permite facilmente uma visualização por parte de cada elemento das suas funções no que concebe á realização do projecto. Para este projecto e para as actividades previstas foram distribuídas as seguintes responsabilidades como é possível visualizar no quadro nº 2

| <b>Actividades</b>                                             | Cristina     | Enf.<br>Chefe | Coordena<br>dor<br>Do CSV | Enf<br>EC<br>CI | Enf V.<br>ACES | Equipa<br>de Saúde<br>de V.F. | Junta de<br>Freguesia<br>VF e CMV |
|----------------------------------------------------------------|--------------|---------------|---------------------------|-----------------|----------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Realização de reunião com os stakeholders                      | <b>R + E</b> | <b>A</b>      | <b>A</b>                  |                 | <b>A</b>       |                               | <b>A</b>                          |
| Realização de reunião com a equipa de saúde de V. Frades       | <b>R + E</b> | <b>A</b>      | <b>A</b>                  | <b>E</b>        |                | <b>E</b>                      |                                   |
| Realização de sessão aos idosos                                | <b>R</b>     | <b>A</b>      | <b>A</b>                  |                 |                |                               |                                   |
| Realização de visitas domiciliárias                            | <b>E</b>     | <b>A</b>      | <b>A</b>                  | <b>E</b>        |                |                               |                                   |
| Avaliação intercalar do projecto                               | <b>R+E</b>   |               |                           | <b>E</b>        |                |                               |                                   |
| Aquisição de doseadores medicamento                            | <b>R+E</b>   | <b>A</b>      | <b>A</b>                  |                 | <b>A</b>       |                               |                                   |
| Elaboração do relatório final projecto e respectiva divulgação | <b>R+E</b>   |               |                           | <b>E</b>        |                | <b>R</b>                      | <b>R</b>                          |

**Quadro nº. 2** - Matriz Funcional de Responsabilidades

Legenda: E – Execução A – Autorização C – Consultadoria R – Responsável pela execução

## 2.7 – ESTIMATIVA DE CUSTOS

Esta fase pretende avaliar quais os recursos, materiais e humanos, necessários ao desenvolvimento do projeto.

É de salientar que os custos apresentados não traduzem os gastos reais pois os recursos humanos e de transporte já são neste momento assegurados pela ULSBA, traduzindo o valor real do projeto em 360€. As despesas são reportadas aos primeiros seis meses iniciais do projeto, aquando, em Abril 2012, será realizada uma avaliação intercalar do mesmo.

| Atividades                              | Tipo de despesa          | Nº unidades | Preço Unitário | Custo            |
|-----------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------|------------------|
| Deslocações                             | Quilómetros              | 480Kms      | 0.36€          | 172,8€           |
| Aquisição de doseadores de medicamentos | Doseador de medicamentos | 24          | 15.00€         | 360€             |
| Recursos Humanos                        | Enfermagem               | 240 Horas   | 6.73€          | 1615,2€          |
| <b>Total</b>                            |                          |             |                | <b>2.516.64€</b> |

**Quadro nº. 3** - Estimativa de Custos

### **3 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO**

Esta etapa do planeamento funciona como um elo de ligação entre as fases anteriores e posteriores, o seu objectivo evidencia as relações entre as diferentes atividades, evitar sobreposições ou excessivas acumulações de tarefas em determinados períodos, antever entraves na execução, prever recursos necessários a utilizar e facilitar a realização das atividades. “ A preparação da execução é a etapa do planeamento de saúde que tem mais pontos em comum com as fases que lhe são anteriores e posterior.” (Imperator & Giraldes, 1993)

Consiste essencialmente em definir mais pormenorizadamente os resultados a obter com o projecto, preparar uma lista das actividades do mesmo, precisar como cada uma dessas actividades deve ser executada, por quem e quando, determinar as necessidades em recursos ao longo do tempo.

Esta fase possibilita ainda a identificação das inter-relações entre as actividades a desenvolver e visualizar obstáculos na execução, facilitando a realização das mesmas.

---

#### **3.1 - ATIVIDADES**

As atividades traduzem a forma de como vamos intervir de forma a atingir os objetivos propostos inicialmente.

Para compreendermos e visualizarmos de forma mais rápida e sequencial as actividades a desenvolver ao longo do projecto, construímos o diagrama de Gant (Anexo III)

As actividades a desenvolver para a implementação do projecto são:

- Reunião com os stakeholders para avaliar a viabilidade do projecto, requerer autorizações, validar a necessidade de parcerias, aquisição de recursos materiais;

- Reunião com a equipa de saúde e ECCI para apresentação do projecto e escolha da figura “gestor de caso”;
- Identificação dos idosos polimedicados (Diagnóstico de Saúde Maio 2010);
- Identificação dos idosos com conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso não demonstrado (SAPE);
- Aquisição de caixas doseadoras de medicamentos;
- Distribuição das caixas doseadoras de medicamentos aos idosos com dificuldade na gestão do regime medicamentoso;
- Realização de uma sessão de educação aos idosos para apresentação do projecto e ensinar sobre a gestão do regime medicamentoso;
- Realização de uma sessão de educação aos prestadores de cuidados (formais e informais) para ensinar sobre a gestão do regime medicamentoso e administração de medicamentos;
- Realização de visitas domiciliárias periódicas, do gestor de caso, aos idosos e cuidadores para orientar a gestão do regime medicamentoso e capacitar na auto administração de medicamentos;
- Reuniões pontuais de acordo com as necessidades com a equipa de saúde para acerto de medicação ou sinalização de alguma inter-corrência;
- Registo dos contactos de enfermagem no aplicativo SAPE (utente e comunidade);
- Avaliação intercalar;
- Avaliação final;
- Divulgação do projecto através do boletim informativo da Junta de Freguesia, rádio local e espaço intranet da ULSBA.

As atividades desenvolvidas até à data foram a realizações das reuniões quer com os stakeholders quer com a equipa da ECCI, relativamente à reunião com os stakeholders a necessidade prendeu-se com a viabilização do projecto, nomeadamente a autorização para a implementação do mesmo na qual foi obtido o referido consentimento pelo Concelho de administração da ULSBA (Anexo IV), O projeto foi avaliado pelo enfermeiro coordenador da UCSP de Vidigueira do qual resultou o parecer positivo pela pertinência da área do projeto e pela necessidade de o aplicar a esta.

Na reunião com a equipa da ECCI foi garantida a disponibilidade e organização da mesma no sentido de disponibilizar uma enfermeira para gestor de caso destes idosos.

Durante o mês de dezembro procedeu-se à identificação dos idosos polimedicados, num total de 45 (Diagnóstico de Saúde Maio 2010) e suas respetivas moradas no sentido de se dar início à realização das visitas domiciliárias.

Neste momento, e dos 45 idosos alvo do projeto, estão a ser identificados quais os idosos com conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso não demonstrado (SAPE).

As visitas domiciliárias tiveram início em Janeiro de 2012 e terão continuidade ao longo do ano, no sentido de, o gestor de caso, orientar a gestão do regime medicamentoso ao idoso/cuidador, distribuir caixas doseadoras de medicamentos e capacitar na auto-administração de medicamentos.

A periodicidade, quer das visitas domiciliárias, quer das reuniões com a equipa de Saúde de Vila de Frades, ficará a cargo do enfermeiro gestor de caso tendo em conta cada situação.

O gestor de caso deve ainda proceder a todos os registos após os contactos com os idosos quer estes sejam a nível individual quer estes sejam em grupo, o referido registo deve ser feito no aplicativo informático SAPE para permitir uma continuidade dos cuidados, para que no final do projecto se possa proceder à recolha e tratamento dos dados de forma a permitir avaliar os indicadores delineados anteriormente para cumprimento dos objectivos, bem como para avaliar das intervenções de enfermagem com alteração ou não dos referidos diagnósticos de enfermagem no sentido de avaliar os ganhos em saúde.

Pensamos que através destas actividades possamos dar resposta aos objectivos inicialmente traçados para o projecto.



## **4 – AVALIAÇÃO**

Sendo a avaliação a última fase do projecto pretende-se que esta permita uma avaliação do mesmo, no sentido de contribuir para atingir ganhos em saúde.

Podemos com a avaliação comparar os progressos alcançados com as atividades anteriormente definidas com os objectivos e respetivos indicadores delineados.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), “... avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”.

Os mesmos autores referem ainda que, avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir. Este conceito leva-nos ao objecto e ao objectivo da avaliação: determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão. Assim, os progressos alcançados com as atividades, serão comparados simultaneamente com a situação inicial e com os objetivos e metas marcadas.

O presente projeto de intervenção comunitária já teve início em Outubro de 2011, em que foram realizadas as reuniões iniciais com os Stakeholders e equipa de enfermagem, foi elaborada a lista de utentes que vão fazer parte do mesmo, que perfaz um total de 45 idosos, menos três idosos relativamente aos dados do diagnóstico do ano passado. Foram ainda identificadas as moradas dos respetivos idosos para se poderem iniciar as visitas domiciliárias, pela proximidade com os idosos no domicílio e pelo conhecimento da população da freguesia em questão, o enfermeiro coordenador disponibilizou um enfermeiro que integra a ECCI do Centro de Saúde de Vidigueira para funcionar como gestor de caso destes idosos. As visitas domiciliárias ficam assim a cargo da enfermeira da ECCI (gestor de caso) que disponibilizará numa fase inicial do projecto 2 horas por dia para a sua realização. O gestor tem o papel de ensinar, capacitar, orientar e instruir o idoso ou o cuidador na auto-administração de medicamentos.

Até á data já tiveram inicio algumas visitas domiciliárias, nas quais tem vindo a ser identificados quais os idosos com conhecimento sobre a gestão do regime medicamentoso não demonstrado, identificação do respetivo cuidador, no caso de existir e avaliação da necessidade da utilização da caixa doseadora de medicamentos, tendo

sido realizados os registos informáticos no aplicativo SAPE referentes quer aos diagnósticos identificados quer às respetivas intervenções realizadas ou a realizar. O gestor de caso agenda sempre o próximo contacto com as intervenções a desenvolver de forma a poder organizar a prestação de cuidados, possibilitando sempre que necessário a continuidade dos mesmos.

Até ao momento não é possível apresentar os resultados em termos de percentagens referentes às visitas realizadas, o fato de não existir programa estatístico torna esta tarefa mais morosa pois a mesma é realizada pelo informático responsável pelo programa, optou-se assim por retirar os dados aquando da avaliação intercalar, Maio de 2012.

A avaliação final do projecto irá incidir sobre os objectivos específicos e indicadores delineados (de resultado e de execução), no sentido de se obter resultados para avaliar os ganhos obtidos pela operacionalização do projeto.

Quer na avaliação intercalar quer na avaliação final a fonte dos dados será o aplicativo informático SAPE.

## **5 – LIMITAÇÕES**

O tema da polimedicação nos idosos é um tema bastante estudado, são vários os estudos que comprovam esta evidência neste grupo populacional, a principal dificuldade na execução deste trabalho prendeu-se sobretudo com a escolha dos estudos mais relevantes.

O fato da polimedicação estar nos dias de hoje muito ligada à área médica tornou-se outra dificuldade no sentido de tentar delinear a melhor estratégia para fazer face a esta problemática.

Após a identificação da necessidade e de delineada a melhor estratégia, o enfermeiro como gestor de caso do regime medicamentoso nos idosos, foi necessário reunir com o responsável de enfermagem e avaliar a possibilidade de reestruturar o trabalho desta equipa de enfermagem no sentido de disponibilizar um enfermeiro duas horas por dia, no início, para poder dar uma resposta efectiva de acompanhamento a estes idosos. Tendo em conta a necessidade de dar resposta às várias actividades destes enfermeiros, não foi fácil esta disponibilidade, tendo o enfermeiro responsável optado por uma enfermeira que pertence à ECCI desta UCSP, pelo facto desta estar mais próxima da comunidade.

A falta de tempo para realizar uma pesquisa mais aprofundada foi outra das dificuldades sentidas, no entanto pensamos ter fundamentado a necessidade de intervir nesta área e ter delineado a melhor estratégia para fazer face a esta problemática.

## **6 - QUESTÕES ÉTICAS**

Para a realização deste trabalho projecto de intervenção comunitária procurámos respeitar os princípios éticos e deontológicos imprescindíveis ao desenvolvimento de estudos desta natureza.

Segundo o artigo 5º do REPE no que respeita á caracterização dos cuidados de enfermagem, os mesmos caracterizam-se por: 1) terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, individuo, família, grupos e comunidade; 2) estabelecerem uma relação de ajuda com o utente; 3) utilizarem uma metodologia científica; 4) englobarem de acordo com o grau de dependência, do utente, as seguintes formas de actuação: a) fazer por substituir a competência funcional em que utente esteja totalmente incapacitado, b) ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado, c) orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias; d)encaminhar orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro; e)avaliar identificando o resultado das avaliações de enfermagem, através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e através dos registos efectuados.

Foi formalizado o pedido de autorização para desenvolvimento e implementação do projecto, por ofício aos responsáveis do serviço (Enfermeiro director da ULSBA, Director executivo do DACES, Enfermeiro vogal do DACES, Coordenador e enfermeiro chefe do Centro de Saúde de Vidigueira), para o qual se obteve autorização. (Anexo V)

Inicialmente procedeu-se à elaboração do resumo do projecto que foi entregue no Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, no sentido de se obter autorização para a implementação do mesmo, bem como para dar conhecimento dos objectivos e custos que este acarreta, após adquirida a autorização foi feita a apresentação do mesmo ao coordenador do Centro de Saúde de Vidigueira e ao Enfermeiro Coordenador de forma a que estes compreendessem as mais valias da implementação deste projecto numa das freguesias do concelho.

Para que o projecto fosse exequível foi necessário avaliar a disponibilidade em termos de recursos humanos e forma de organização do serviço. Para tal foi necessário afectar um enfermeiro ao projecto no sentido de se criar a figura do gestor de caso.

A equipa de enfermagem foi informada do projecto bem como a equipa de Saúde de Vila de Frades, que viram esta figura como uma mais-valia para segurança dos idosos relativamente á toma correcta dos medicamentos.

Além da parte da saúde foi necessário contactar a Junta de Freguesia de Vila de Frades e o serviço de acção social da Câmara Municipal de Vidigueira para obter colaboração nomeadamente no que se refere a instalações e ao transporte dos idosos aquando da realização das sessões, tal como em projectos anteriores estes parceiros mostraram-se receptivos ao projecto, disponibilizando a sala e assegurando o transporte dos idosos aquando da realização das sessões de educação para a saúde.

Tendo em conta as especificidades do projecto e que o mesmo irá contar como local privilegiado o domicílio será necessário explicar as condições de participação no mesmo e obter por parte dos idoso autorização.

O artigo 84º do EOE prescreve que «No respeito pelo direito á autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; d) informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como a maneira de os obter.»

Os idosos foram informados do projecto aquando das primeiras visitas domiciliárias, em que foi explicado as vantagens de pertencerem ao mesmo e obtida a autorização de participação.

## **7 - IMPLICAÇÕES**

O presente projeto comunitário, tal como todos os trabalhos que requerem pesquisa e por sua vez intervenção na prática com o objectivo de obter ganhos em saúde tem implicações, quer na prática, quer a nível da formação quer a nível da investigação.

O diagnóstico de Saúde realizado a esta população permite promover e aprofundar o conhecimento sobre vários aspectos relativos à saúde da população em estudo e alguns dos seus determinantes, por forma a desenvolver, posteriormente, estratégias de intervenção, priorizadas e que dêem respostas efectivas às necessidades da comunidade em estudo.

Das três áreas apontadas com prioritárias em termos de intervenção, duas, a prevenção de quedas e o problema da polimedicação já foram alvo de projectos de intervenção no entanto importa intervir na terceira que se refere a uma avaliação do estado de saúde mental da população estudada intervindo sobretudo no incentivo à participação em actividades culturais/sociais, aumento assim a rede de suporte social.

Conscientes de que apenas através do trabalho em rede e em parceria se podem alcançar mudanças e efeitos positivos, pretendeu-se partilhar estes resultados e considerações com os líderes da comunidade concelhia, de forma ao delineamento de estratégias concertadas com vista a fazer face às necessidades identificadas.

O enfermeiro como gestor do regime medicamentoso do idoso pode traduzir ganhos em saúde e ser replicado a nível de vários serviços de saúde primários pois privilegia o contacto próximo com os idosos no sentido de identificar as necessidades reais dos mesmos e intervir consoante a identificação dessas necessidades. O facto de o idoso ter alguém que o ensine, motive e faça a gestão correcta da sua medicação implica por si só um aumento da segurança e confiança neste processo. A percepção por parte do idoso que é parte integrante do plano de cuidados traduz um envolvimento e uma maior adesão por parte deste ao regime terapêutico.

Após pesquisa realizada acerca da polimedicação no idoso e o papel do enfermeiro na gestão da sua medicação, podemos afirmar, com base nos estudos realizados nesta área, que apontam como principal necessidade uma reorganização na

prestação de cuidados sendo, para tal, necessário que o enfermeiro desenvolva determinadas competências para poder ensinar, capacitar e gerir a medicação no idoso. A aposta na formação destes profissionais pode conduzir a uma mudança na prestação dos cuidados de saúde nomeadamente no que se refere ao ensino.

Os enfermeiros devem ter formação na área para que possam utilizar estratégias que visem uma gestão correcta da medicação por parte do idoso. Para tal o enfermeiro deve ser conhecedor de todos os aspectos relativos á medicação do idoso de forma a poder prevenir e tratar complicações de uma gestão não adequada do regime terapêutico, bem como transmitir segurança e confiança, tendo como principal objectivo uma correcta gestão do regime medicamentoso por parte dos idosos.

Segundo o ICN 2008 citado pela ordem dos enfermeiros (2010, p42) as competências dos enfermeiros para prevenir e gerir a doença crónica são as seguintes:

- Participar em actividades relacionadas com a melhoria de acesso ao leque de serviços necessários para a prevenção de serviços de saúde de efetivos (enfermeiro);
- Respeitar o direito do cliente á informação, escolha e auto determinação na enfermagem e nos cuidados de saúde (enfermeiro e enfermeiro especialista);
- Demonstrar integridade profissional, honorabilidade e conduta é rica em resposta às estratégias de marketing da indústria ao prescrever fármacos e outros produtos (enfermeiro especialista e enfermeiro de prática avançada);
- Agir com o recurso de informação e educação para os clientes que procuram melhorar o seu estilo de vida, adaptar actividades de prevenção de doença/lesão e lidar com as mudanças na saúde, incapacidade e morte (enfermeiro);
- Reconhecer oportunidades e disponibilizar orientações/educação aos indivíduos famílias e comunidades para incentivar a adopção de actividades de prevenção de doença e manutenção de estilos de vida saudáveis (enfermeiro e enfermeiro especialista);
- Selecionar estratégias de ensino/aprendizagem apropriadas às necessidades e características do individuo ou do grupo (enfermeiro e enfermeiro especialista);
- Cooperar com outros profissionais, com grupos de interesse na comunidade e na especialidade em actividades para reduzir a doença e promover estilos e

ambientes de vida saudáveis em alíneas importantes para a prática da especialidade (enfermeiro especialista);

- Incorporar na prática uma perspectiva que tenha em consideração os múltiplos determinantes da saúde (enfermeiro e enfermeiro especialista);
- Trabalhar em colaboração com outros profissionais nos cuidados de saúde para a melhoria da enfermagem e outros serviços de saúde acedidos pelos clientes (enfermeiro).

Cabe ao próprio enfermeiro ter vontade e iniciativa para se envolver em planos de formação, e poder envolver-se em actividades inovadoras, motivadas pelo desejo de melhorar os resultados nos cuidados prestados aos doentes. Ordem dos enfermeiros. (2010, p. 47)

Neste sentido o enfermeiro deve ter oportunidade de formação que o capacite para o desenvolvimento destas competências nomeadamente no exercício da sua actividade na comunidade e com grupos concretamente mais específicos como é o caso dos grandes idosos, utentes com baixo nível de escolaridade, com uma cultura muito marcada por hábitos e o percurso toda uma vida. Pretende-se também a aquisição de competências dos outros elementos da equipa multidisciplinar, todos os profissionais devem possuir competências em termos de trabalho em equipa. As equipas multidisciplinares constituem uma estratégia no sentido de existir um contributo por parte de todos os intervenientes, todos mobilizam esforços com o mesmo objetivo, todos devem saber qual o caminho que devem seguir. Os momentos de reunião são importantes para partilha e reajuste de estabelecimento de estratégias. É necessário que o coordenador da equipa proporcione estes momentos no sentido direccionar todos os esforços em estratégias que possam responder à problemática em questão. Centrar os cuidados em grupos vulneráveis, como o caso dos idosos, e adoptar modelos que fundamentem a intervenção dos profissionais de saúde, de preferência inovadores, de forma a ir de encontro às reais necessidades desta população, irá contribuir para a prevenção de complicações e melhoria da qualidade de vida dos idosos.

O projeto de intervenção em questão e as estratégias delineadas para o cumprimento dos objetivos, nomeadamente a visita domiciliária, o ensino ao idoso/cuidador, baseado na capacitação, a partilha com a restante equipa multidisciplinar, o envolvimento dos parceiros, um planeamento da prestação de cuidados e o seu registo em suporte informático, pretende aumentar a segurança dos idosos tendo em conta a gestão adequada do regime medicamentoso.



## 6 – CONCLUSÃO

Todo o cidadão tem direito ao acesso a cuidados de saúde de qualidade.

Pressupõe-se que os cuidados devam estar cada vez mais adaptados às necessidades da população, que se tem vindo a alterar ao longo dos tempos.

Certo é que para dar resposta a essas necessidades os serviços devem sofrer alguma reestruturação.

Os diagnósticos de saúde das populações permitem identificar de forma clara as preocupações já evidenciadas a nível nacional ou mesmo a nível mundial, as linhas orientadoras que permitem saber quais as áreas prioritárias de intervenção. O projecto de intervenção comunitária surge pois com base quer nas *guidllines* definidas quer nos diagnósticos de saúde aplicados a uma determinada população e que tem como objectivo contribuir para melhorar a qualidade de vida dessa população.

Além da necessária reestruturação dos serviços os profissionais de saúde estes devem ser capazes de se adaptarem às novas necessidades da população e delinear estratégias de intervenção que vão de encontro aos problemas ou necessidades identificadas.

O enfermeiro assume um papel preponderante no estabelecimento dessas estratégias de intervenção, pois ao longo do tempo conquistou um lugar de proximidade e confiança na população.

Tendo em conta o diagnóstico de saúde realizado a esta população de idosos, em que se evidenciaram como áreas prioritárias de intervenção o problema das quedas e os idosos polimedicados, e partindo dos vários documentos que orientam a prestação dos cuidados nos serviços de saúde quer a nível nacional quer a nível mundial, pensamos ter justificado a pertinência, tendo por base toda a pesquisa bibliográfica realizada, de intervir na área da polimedicação do idoso, cientes de todas as complicações que acarreta uma toma de medicamentos excessiva e sem controlo por parte desta faixa etária.

O envelhecimento demográfico e o conseqüente aumento das doenças crónicas tornam cada vez mais necessária a intervenção dos profissionais de saúde nesta área.

No sentido de que uma actuação atempada permite prevenir todas as complicações que decorrem da polimedicação bem como contribuir para uma redução dos custos a nível da saúde.

O modelo da gestão integrada da doença pode constituir uma resposta no sentido de contribuir para um processo de autogestão, informação e capacitação da população, nomeadamente nos grupos mais vulneráveis, como é o caso dos idosos. O objetivo prende-se com um doente ou uma família informada, activa e capaz de gerir a sua situação de saúde. Um planeamento da prestação de cuidados e um sistema de registo pode facilitar todo o processo de forma a assegurar a continuidade e a efetividade dos mesmos.

A capacitação e a delegação de competências tornaram-se hoje uma ferramenta essencial nos cuidados de saúde. O cidadão informado e capacitado consegue por si responder aos problemas de saúde ou às complicações da sua situação de doença da melhor forma.

Cientes da complexidade da intervenção a nível da gestão do regime medicamentoso nos idosos, pensamos ter seleccionado a estratégia que melhor dá resposta ao problema em questão.

O gestor do regime medicamentoso, no papel do enfermeiro preferencialmente com especialização em saúde comunitária, pretende um acompanhamento e uma avaliação do uso correcto dos medicamentos por parte dos idosos.

O envolvimento do cuidador do idoso, a sua capacitação, de forma a este saber lidar e controlar a medicação, a visitação domiciliária e o envolvimento de todos os parceiros irão constituir um fator essencial para uma gestão adequada do regime medicamentoso dos idosos.

Decerto que se os cuidados prestados se basearem neste tipo de estratégias o resultado irá traduzir um aumento de ganhos em saúde que se reflectem na segurança e no bem-estar dos idosos bem como contribuir para reduzir os gastos na saúde no que respeita a medicamentos.

## 8 - **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ACSS Administração Central do Serviço de Saúde (2009). Memorando sobre a gestão da doença. Consultado em 28 03 2012:  
<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Memorando%20sobre%20gestão%20da%20doença.pdf>
- Ballone, G. (2002) – O uso de medicamentos em idosos e iatrogenia. PsiquWeb, internet. Consultado em 01/11/2011:  
<http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/210/184>
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). Pessoas Idosas: uma abordagem global. Loures: Lusodidacta.
- Banning, M. (2004). Enhancing older people's concordance with taking their medication. British J Nursing. 2004; Jun, 13(11):669-674.
- Barber, N. et al. (2004) – Patients' problems with new medication for chronic conditions. Qual. Saf. Health Care. 2004; 13:172-75.
- Blanco, H. (2007). *Síndromes Geriátricas*. Madrid: Revisfarma- Edições Médicas Lda.
- Bugalho, A.; Carneiro, A.V. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. CEMBE-FML. Lisboa 2004.
- Castro, Mauro. Fuchs, Flávio (2008). Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle Strategies to improve adherence to treatment in patients with resistant Hypertension Rev Bras Hipertens vol.15(1):25-27, 2008.
- CIPE (2005). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. ICN .Ordem dos Enfermeiros 2005.
- Direcção Geral de Saúde – DGS (2004). Programa Nacional para a saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa nº: 13/DGCG de 02 de Julho.

- Direcção Geral de Saúde – DGS (2011) Plano Nacional de saúde 2011 – 2016. Consultado em 08, Julho de 2011. Disponível em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/>
- Direcção Geral de Saúde – DGS (2004). Plano Nacional da Saúde 2004-2010. consultado em: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>
- Direcção Geral de Saúde. SAÚDE XXI. Programa Operacional da Saúde. 2000-2006. Disponível em: <http://www.gca.pt/pos/download/2000/saude.pdf>
- Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho. Ministério da Saúde, Trabalho e Solidariedade Social.
- Fulton, M. M., & Allen, E. R. (Abril, 2005). Polypharmacy in the Elderly: A Literature Review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14 (4), 123-132.
- Fulmer T, Foreman MD, Zwicker CD. Medication in older adults. In: Mezey M, Fulmer T, Abraham I, Zwicker DA, editor(s). *Geriatric nursing protocols for best practice*. 2 nd ed. New York (NY) : Springer Publishing Company, Inc; 2003. p. 207-28. Medication in older adults. [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)
- Galvão, C. (2006). O Idoso Polimedicado – estratégias para melhorar a prescrição. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, n.º 22, 747-752.
- Goodman, L. S. As bases farmacológicas da terapêutica. Rio de Janeiro: MC Griw-Hill, 1996.
- Imperatori, E & Giraldes, M. R. (1993). Metodologia do planeamento da saúde. Lisboa: Edições de saúde.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O Envelhecimento em Portugal*. Consultado em Maio, 10, 2010. em: [http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades\\_29.pdf](http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_29.pdf)
- Haynes, K. (2005). Designing written medication instructions. Effective ways to help older adults self-medicate. *J Gerontological Nursing*.2005.
- Henriques. Maria. Revisão sistemática da literatura (2006). Adesão ao regime terapêutico em idosos. Consultado em 12 11 2011 em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959\\_td\\_MAdriana\\_Henriques.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959_td_MAdriana_Henriques.pdf)

- Wagner EH, et al. A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*.1999;7(3):56-66.Wagner EH, et al., Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff* (Millwood). 2001 Nov-Dec;20(6):64-78.
- World Health Organization (2003). ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES Evidence for action. Consultado em 11 11 2011 em: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_introduction.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf)
- World Health Organization. 2010. Tackling Chronic Disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. Reinhard Busse, Miriam Blumel, David Scheller-Kreinsen, Annette Zentgraf. Observatory Studies Series nº 20.
- World Health Organization 2002. Promoting rational use of medicines: core components. Consultado em 11 11 2011 em <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf>
- World Health Organization (2010) European Observatory on health Systems and Policies. Health Systems in Transition Template for Authors. Bernd Rech;Sarah Thomson; Ewout van Ginneken.
- Williams CM. Using medications appropriately in older adults. *Am Fam Physician* 2002 Nov 15; 66 (10): 1917-24.
- Wick Jy, Zanni Gr. Geriatric Pharmacology. Novembro de 2004. Consultado em <http://www.pharmacytimes.com>
- Marques, C. B. (2006). Multipatologia e polimedicação: O MF, o idoso, e o seu “Saquinho dos remédios”. *Médico de Família*, n.º 104, 25.
- MacKee, M.&Nolte, E. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Open university Press. Consultado em 04, Julho de 2011. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98414/E92058.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98414/E92058.pdf)
- Merck, S. D. *Manual Merck de informação médica*. São Paulo: Manole, 2002.
- Ministério da Saúde. Gabinete de Informação e Prospectiva. PNS em foco. Envelhecer e Saúde em Portugal. Boletim informativo nº 2/Setembro 2008.
- Ministério da Saúde. Missão dos Cuidados de Saúde primários. Abril. 2010. Revista. MCSP
- Missão, Visão e Valores (2011). Unidade Local de saúde do Baixo Alentejo,EPE. Consultado em 20,Novembro de 2010. Disponível em:

[http://www.google.pt/search?sourceid=navclient&ie=UTF&rlz=1T4GGLR\\_enPT270PT271&q=miss%c3%a3o%2c+vlores+da+ULSBA](http://www.google.pt/search?sourceid=navclient&ie=UTF&rlz=1T4GGLR_enPT270PT271&q=miss%c3%a3o%2c+vlores+da+ULSBA)

- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de primavera 2010.: disponível em:  
[http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/780\\_RP%202010%20Final.pdf](http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/780_RP%202010%20Final.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Saúde 2.1 Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na região europeia da OMS*. (S. Abecassis, Trad.) Loures: Lusociencia.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde (2007). *“Estratégia Regional e Plano de Acção para um Enfoque Integrado da Prevenção e Controle de Doenças Crónicas*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *“Servir a comunidade e garantir a qualidade”*. “Os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários”. (Hermínia Castro, trad.). Lisboa: OE. Obra original publicada pelo ICN. Lisboa 2009.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). “Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe ®)”.
- Ordem dos enfermeiros “Código deontológico republicado pela lei nº 111/ 2009 de 16 de Setembro”.
- Pena, R. Manual do Formando. Metodologia de planeamento de projectos por objectivos. Disponível em: [www.arvoredeproblemas.com](http://www.arvoredeproblemas.com)
- P., Luís, S., & Biscaia, A. (2004). Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, n.º20, 323-336.
- Potter, P e Perry, A.G. Fundamentos de Enfermagem 4ª ed. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 1999.
- REPE, Regulamento do exercício profissional do enfermeiro decreto de lei nº 161/96, 4 de Setembro.
- Rollason, V. & Vogt, N. (2003). Reduction of polypharmacy in the Elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. *Drugs Aging*. 20 (11), 817-832.

- RNCCI\_Manual\_do\_Prestador.pdf. Consultado em 13 11 2011 em: <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI>
- Santis, Teresa. Estudo descritivo de base populacional em cuidados de saúde primários. Polimedicação e Medicação Potencialmente inapropriada no Idoso. Dissertação de mestrado em geriatria, 2009. Consultado em 09 12 2011 em: [https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/14808/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o\\_mestradoTSantis.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/14808/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_mestradoTSantis.pdf)
- Silva, A., Cassiani, S., Miasso, A. & Opitz, S. (2007). Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20 (3), 272-276.
- Simão, Ana. Estudo exploratório sobre “ Adesão às prescrições médicas por parte de idosos institucionalizados e em centros de dia” no âmbito do mestrado integrado em psicologia (2009) consultado em 13 11 2011 em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2169/1/22353\\_ulfp034915\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2169/1/22353_ulfp034915_tm.pdf)
- Santos, M. & Almeida, A. (Dezembro, 2010). Polimedicação no Idoso. *Revista de Enfermagem Referência*, III (2), 149-162.
- Secoli, S. (2001, Março). Interações medicamentosas: fundamentos para a prática clínica da enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 35, (1), 28-34.
- Soares, M. A., et. al. (2008). Operacionalização para Portugal: Critérios de Beers de Medicamentos Inapropriados nos Doentes Idosos. *Acta Médica Portuguesa*, 21 (5), 441-452.
- Soares, Maria Augusta. (2009) Doutoramento em Farmacoepidemiologia. Consultado em 12 11 2011 em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/279/18/21295\\_ulsd\\_re394\\_tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/279/18/21295_ulsd_re394_tese.pdf)
- Sorensen & Luckmann (1998). *Enfermagem fundamental – Abordagem psicofisiológica*. Lisboa, Lusodidacta, p 501.
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. Agrupamento de Centros de Saúde (2011). *Plano de Acção para 2011*. Beja: ULSBA – ACESBA.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados, 2008. *Problemas Relacionados Com Medicamentos (PRM) No Idoso*.

## **ANEXOS**



## **Anexo nº. I**

### **Instrumento de Avaliação Integrada IAI**

| INTERNAMENTO NA RNCCI                     |                                               | Data: ____/____/____                 | Data de nascimento: ____/____/____ |                                         | Respondeu ao inquérito:     |                         | Pontuação | Classificação |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------|---------------|
| MAB - Método de Avaliação Biopsicossocial |                                               |                                      | Idade: ____ anos                   | Iniciais: ____                          | o próprio                   | o prestador de cuidados |           |               |
|                                           |                                               |                                      | BI / Passaporte: ____              |                                         |                             |                         |           |               |
| <b>SEXO</b>                               |                                               |                                      | 0 feminino                         | 1 masculino                             |                             |                         |           |               |
| <b>IDADE</b>                              |                                               |                                      | 0 80 ou mais anos                  | 1 65 a 79 anos                          | 2 50 a 64 anos              | 3 18 a 49 anos          |           |               |
| P1                                        | Queixas Musculo-esqueléticas *                |                                      | 0 com queixas                      |                                         |                             | 3 sem queixas           |           |               |
| P2                                        | Queixas Visão *                               |                                      | 0 com queixas                      |                                         |                             | 3 sem queixas           |           |               |
| P3                                        | Queixas Audição *                             |                                      | 0 com queixas                      |                                         |                             | 3 sem queixas           |           |               |
| P4                                        | Queixas Pele *                                |                                      | 0 com queixas                      |                                         |                             | 3 sem queixas           |           |               |
| P5                                        | Queixas Outros Órgãos/Sistemas *              |                                      | 0 com queixas                      |                                         |                             | 3 sem queixas           |           |               |
| <b>QUEIXAS DE SAÚDE</b>                   |                                               | a menor pontuação                    | 0 com queixas                      |                                         |                             | 3 sem queixas           |           |               |
| OB1                                       | IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²)        | peso ____ / altura ____ = ____       | 0 menos de 16,0 magreza            | 1 16,0 a 18,4 baixo peso                |                             | 3 18,5 a 25,0 adequado  |           |               |
| OB2                                       | CINT - Cintura - feminino (cm)                | 1ª ____ ; 2ª ____ ; 3ª ____          | 0 mais de 30,0 obesidade           | 1 25,1 a 30,0 excesso peso              |                             | 3 35 a 40 adequado      |           |               |
|                                           | CINT - Cintura - masculino (cm)               | média (1ª+2ª+3ª)/3 = ____ cm         | 0 mais de 88 obesidade II          | 1 80 a 88 obesidade I                   |                             | 3 menos de 84 adequado  |           |               |
| <b>ESTADO DE NUTRIÇÃO</b>                 |                                               | média: (pont. IMC+CINT)/2 = ____     | 0 0 a 0,9 magro ou obeso           | 1 1 a 2,9 baixo peso ou excesso de peso |                             | 3 3 adequado            |           |               |
| P6                                        | Nº de Quedas (último ano)                     | nº ____                              | 0 4 ou mais quedas                 | 1 2 a 3 quedas                          | 2 1 queda                   | 3 sem quedas            |           |               |
| P7                                        | Momento de Quedas                             | ou ____ dias; ou ____ meses          | 0 menos de 1 mês                   | 1 1 mês a 1 ano                         | 2 mais de 1 ano             | 3 sem quedas            |           |               |
| P8                                        | Motivo de Quedas                              |                                      | 0 interno+externo                  | 1 interno                               | 2 externo                   | 3 sem quedas            |           |               |
| P9                                        | Sequelas de Quedas ocorridas                  |                                      | 0 com alt mobilidade               | 1 sem alt mobilidade                    | 2 sem sequelas              | 3 sem quedas            |           |               |
| <b>QUEDAS</b>                             |                                               | média: (P6+P7+P8+P9)/4 = ____        | 0 0 a 0,9 mau                      | 1 1 a 1,9 insatisfatório                | 2 2 a 2,9 satisfatório      | 3 3 bom                 |           |               |
| P10                                       | Andar em casa, dentro de edifícios            |                                      | 0 incapaz, não anda                | 1 dependente de 3ºs                     | 2 meios                     | 3 independente          |           |               |
| P11                                       | Andar na rua                                  |                                      | 0 incapaz, não sai                 | 1 dependente de 3ºs                     | 2 meios                     | 3 independente          |           |               |
| P12                                       | Andar em escadas                              |                                      | 0 incapaz, não usa                 | 1 dependente de 3ºs                     | 2 meios                     | 3 independente          |           |               |
| P13                                       | Locomoção e meios para visão e audição        |                                      |                                    |                                         | 2 meios                     | 3 independente          |           |               |
| <b>LOCOMOÇÃO</b>                          |                                               | a menor pontuação                    | 0 incapaz                          | 1 dependente                            | 2 autónomo                  | 3 independente          |           |               |
| P14                                       | Lavar-se/tomar banho                          | entrar/sair, estar, lavar-se         | 0 incapaz, não se lava             | 1 dependente de 3ºs                     | 2 meios                     | 3 independente          |           |               |
| P15                                       | Vestir-se/despir-se                           | escolher, preparar, vestir           | 0 incapaz, não se veste            | 1 dependente de 3ºs                     | 2 meios / acabamentos       | 3 independente          |           |               |
| P16                                       | Usar a sanita e/ou bacio/urinol               | usar, limpar-se, roupa, despejar     | 0 incapaz, não usa                 | 1 dependente de 3ºs                     | 2 meios                     | 3 independente          |           |               |
| P17                                       | Deitar-se/levantar-se da cama                 | mover-se, transferir-se, andar       | 0 incapaz, não se levanta          | 1 dependente de 3ºs                     | 2 meios                     | 3 independente          |           |               |
| P18                                       | Sentar-se/levantar-se de cadeiras             | mover-se, transferir-se, andar       | 0 incapaz, não se senta            | 1 dependente de 3ºs                     | 2 meios                     | 3 independente          |           |               |
| P19                                       | Controlar a urina                             |                                      | 0 incapaz, não controla            | 1 dependente de 3ºs                     | 2 meios / incont esporádica | 3 independente          |           |               |
| P20                                       | Controlar as fezes                            |                                      | 0 incapaz, não controla            | 1 dependente de 3ºs                     | 2 meios / incont esporádica | 3 independente          |           |               |
| P21                                       | Alimentar-se/comer                            | servir-se, preparar alimentos, comer | 0 incapaz, não se alimenta         | 1 dependente de 3ºs                     | 2 meios / prótese dentária  | 3 independente          |           |               |
| P22                                       | Autonomia Física e meios para visão e audição |                                      |                                    |                                         | 2 meios                     | 3 independente          |           |               |
| <b>AUTONOMIA FÍSICA</b>                   |                                               | a menor pontuação                    | 0 incapaz                          | 1 dependente                            | 2 autónomo                  | 3 independente          |           |               |
| <b>AUTONOMIA INSTRUMENTAL</b>             |                                               |                                      |                                    |                                         |                             |                         |           | 9             |
| P32                                       | Triste / deprimido *                          |                                      | 0 mto tempo / sem resp             | 1 metade de tempo                       | 2 pouco tempo               | 3 nunca                 |           |               |
| P33                                       | Nervoso / ansioso *                           |                                      | 0 mto tempo / sem resp             | 1 metade de tempo                       | 2 pouco tempo               | 3 nunca                 |           |               |
| P34                                       | Outras Queixas Emocionais *                   |                                      | 0 com queixas                      |                                         |                             | 3 sem queixas           |           |               |

## **Anexo nº. II**

### **Instrumento de Colheita de dados**

FORMULÁRIO  
DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA COM 75 E MAIS ANOS DE  
IDADE INSCRITA NA EXTENSÃO DE SAÚDE DE VILA DE FRADES

|                                                                                                          |                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Data de nascimento: ____/____/____                                                                       | <b>Nº Questionário</b>                                                     |
| Idade: ____ anos                                                                                         | Iniciais: _____                                                            |
| NOP: _____                                                                                               | Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> |
| Respondeu ao questionário: O próprio <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Quem? _____ |                                                                            |

**QUEIXAS DE SAÚDE**

|                                |                                                             |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Queixas Musculo-esqueléticas   | Sim <input type="checkbox"/> ; Não <input type="checkbox"/> |
| Queixas Visão                  | Sim <input type="checkbox"/> ; Não <input type="checkbox"/> |
| Queixas Audição                | Sim <input type="checkbox"/> ; Não <input type="checkbox"/> |
| Queixas pele                   | Sim <input type="checkbox"/> ; Não <input type="checkbox"/> |
| Queixas outros órgãos/sistemas | Sim <input type="checkbox"/> ; Não <input type="checkbox"/> |

Quais? \_\_\_\_\_

**REGIME TERAPÊUTICO**

**Medicação** Sim ☐ Não ☐

Nº de vezes/ dia Jejum ☐; P'al ☐; Almoço ☐; Lanche ☐; Jantar ☐ ;  
Deitar ☐

Via de administração: Oral ☐; SC ☐; IM ☐; IV ☐; Inalação ☐

Variedade (nº de medicamentos diferentes) Nenhum ☐; Até 3 ☐; Entre 4 e 6 ☐; >6 ☐

Prescrição (Médico de família ou outro) Sim ☐ Não ☐ Alguns não prescritos ☐

Adesão (todos os prescritos) Sim ☐ Não ☐

Conhece os medicamentos que toma? Todos ☐ Alguns ☐ Não conhece ☐

**Outros elementos do plano terapêutico:** Sim ☐; Não ☐;

|                    |                                                                     |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Dieta              | Cumpr <input type="checkbox"/> ; Não cumpr <input type="checkbox"/> |
| Exercício          | Cumpr <input type="checkbox"/> ; Não cumpr <input type="checkbox"/> |
| Avaliação TA       | Cumpr <input type="checkbox"/> ; Não cumpr <input type="checkbox"/> |
| Avaliação glicémia | Cumpr <input type="checkbox"/> ; Não cumpr <input type="checkbox"/> |
| Outros             | Cumpr <input type="checkbox"/> ; Não cumpr <input type="checkbox"/> |

**ESTADO DE NUTRIÇÃO**

Índice de MC (Kg/m<sup>2</sup>)      Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso/altura<sup>2</sup> = \_\_\_\_\_

Prega cutânea      Sim ☐; Não ☐

### QUEDAS E OUTROS ACIDENTES

Quedas      Sim ☐ Não ☐

Tempo:      menos 1 mês ☐; 1 mês a 1 ano ☐; mais 1 ano ☐

Nº de quedas (último ano)  
1 queda ☐; 2 a 3 quedas ☐; 4 ou mais quedas ☐

Motivo de quedas: \_\_\_\_\_ Interno ☐ Externo ☐ Interno + Externo ☐

Sequelas de quedas ocorridas: \_\_\_\_\_  
C/ alteração da mobilidade ☐; S/alteração da mobilidade ☐; S/sequelas ☐

Outros acidentes (último ano)      Sim ☐ Não ☐

Motivo: \_\_\_\_\_

Sequelas:      Sim ☐ Não ☐

### LOCOMOÇÃO

#### Andar em casa, dentro de edifícios

Incapaz/não anda ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios ☐ Independente ☐

#### Andar na rua

Incapaz/não sai ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios ☐ Independente ☐

#### Andar em escadas

Incapaz/não usa ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios ☐ Independente ☐

#### Locomoção e meios para visão e audição

Meios ☐ Independente ☐

### AUTONOMIA FÍSICA

#### Lavar-se/tomar banho (entrar/sair, estar, lavar-se)

Incapaz/não se lava ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios ☐ ; Independente ☐

**Vestir-se/despir-se** (escolher, preparar, vestir)

Incapaz/não se veste ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios/acabamentos ☐ ; Independente ☐

**Usar a sanita e/ou bacio/urinol** (usar, limpar-se, roupa, despejar)

Incapaz/não usa ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios ☐ ; Independente ☐

**Deitar-se/levantar-se da cama** (mover, transferir-se, andar)

Incapaz/não se levanta ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios ☐ ; Independente ☐

**Sentar-se/levantar-se de cadeiras** (mover, transferir-se, andar)

Incapaz/não se senta ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios ☐ ; Independente ☐

**Controlar a urina**

Incapaz/não controla ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios/incont esporádica ☐ ;  
Independente ☐

**Controlar as fezes**

Incapaz/não controla ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios/incont esporádica ☐ ;  
Independente ☐

**Alimentar-se/comer**

Incapaz/não se alimenta ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios ☐ ; Independente ☐

**Autonomia física e meios para visão e audição**

Meios ☐

Independente ☐

**AUTONOMIA INSTRUMENTAL**

**Usar o telefone** (marcar n<sup>os</sup>, atender)

Incapaz/não usa ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios ☐ ; Independente ☐

**Fazer compras** (todas as compras necessárias)

Incapaz/não faz ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios/ajuda ocasional ☐ ; Independente ☐

**Preparar refeições** (planejar bem, preparar, servir-se)

Incapaz/não faz ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios/ajuda ocasional ☐ ; Independente ☐

**Tarefas de lida da casa** (pesadas e leves, com limpeza)

Incapaz/não faz ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios/ajuda ocasional ☐ ; Independente ☐

**Lavar/tratar da sua roupa** (grande e pequena)

Incapaz/não faz ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios/ajuda ocasional ☐ ; Independente ☐

**Usar transportes** (onde não pode ir a pé; Exp: públicos, táxi, carro/conduzir)

Incapaz/não usa ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios/ajuda ocasional ☐ ; Independente ☐

**Tomar os seus medicamentos** (nas doses e tempos correctos)

Incapaz/não toma ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios/ajuda ocasional ☐ ; Independente ☐

**Gerir o seu dinheiro** (contas, cheques, idas ao banco)

Incapaz/não faz ☐ ; Dependente de 3s ☐ ; meios/ajuda ocasional ☐ ; Independente ☐

**Autonomia instrumental e meios para visão e audição**

Meios ☐

Independente ☐

**QUEIXAS EMOCIONAIS**

**Triste/deprimido**

Muito tempo ☐ ; metade do tempo ☐ ; pouco tempo ☐ ; nunca ☐

**Nervoso/ansioso**

Muito tempo ☐ ; metade do tempo ☐ ; pouco tempo ☐ ; nunca ☐

**Outras queixas emocionais** (pert. do sono; sentir-se irritável/zangado; diminuição do desejo sexual; diminuição da satisfação sexual; abuso crónico do álcool; abuso agudo do álcool; abuso do tabaco; abuso de medicação; abuso de drogas; alterações da memória; problemas de fase de vida de adulto; limitação funcional/incapacidade; outros sinais/sintomas)

\_\_\_\_\_

**ESTADO COGNITIVO**

**Orientação no Tempo**

Ano (em que ano estamos)

☐

Não responde/não sabe/errado ☐ ; certo

Mês (em que mês estamos)

☐

Não responde/não sabe/errado ☐ ; certo

Dia do mês (quantos são hoje)

☐

Não responde/não sabe/errado ☐ ; certo

Estação do ano (em que est. do ano estamos)

☐

Não responde/não sabe/errado ☐ ; certo

Dia da semana (que dia da semana é hoje)

☐

Não responde/não sabe/errado ☐ ; certo

**Orientação no Espaço**

País (como se chama o nosso País)

☐

Não responde/não sabe/errado ☐ ; certo

Distrito (Em que Distrito vive)

certo ☐

Não responde/não sabe/errado ☐ ;

Terra (em que terra vive)

certo ☐

Não responde/não sabe/errado ☐ ;

|                                                                  |                                                       |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Casa (como se chama esta casa)<br>certo <input type="checkbox"/> | Não responde/não sabe/errado <input type="checkbox"/> |
| Nº porta (Qual o nº da porta)<br>certo <input type="checkbox"/>  | Não responde/não sabe/errado <input type="checkbox"/> |

## ESTADO SOCIOECONÓMICO

### Características habitacionais

|                                     |                              |                              |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Casa própria                        | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Água canalizada                     | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Sistema de esgotos                  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| WC no interior da habitação         | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Degradação da habitação             | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Janelas (luminosidade e arejamento) | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

### Fontes de rendimento

Apenas Pensão ☐ ; Pensão e outra fonte rendimento ☐  
Quais? \_\_\_\_\_

### Isolamento Social

- Estado civil (em relação a união com outra pessoa)  
Viúvo/separado /solteiro ☐ Casado/união de facto ☐
- Nº de coabitantes na sua residência \_\_\_\_\_ ; Vive só ☐
- Tempo em que está só nas 24H < 8 horas ☐ ≥ 8 horas ☐
- Ter com quem desabafar/ter confidente (falar de assuntos pessoais )  
Tem ☐ Quem? \_\_\_\_\_ Não tem ☐
- Fontes de suporte social  
Apoio familiar regular ☐; participação em grupos comunitários ☐; igreja ☐ ;  
actividades culturais ☐; outras ☐ Quais? \_\_\_\_\_
- Sentimento (sente-se só?) Sempre ☐; Muitas vezes ☐ Poucas vezes ☐ Nunca ☐

### Habilitações Literárias

Escolaridade (estudos completos) nº anos \_\_\_\_\_

Profissão : \_\_\_\_\_  
Não qualificado ☐; Qualificado ☐ Intermédio ☐ Especialista ☐

## HÁBITOS



### **Actividade Física/semana**

Andar a pé na rua n.º horas/semana: \_\_\_\_\_  
 Ginástica ou desporto n.º horas/semana: \_\_\_\_\_  
 Outra actividade física n.º horas/semana: \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### **Alimentares**

N.º de refeições/dia 0 a 2 ☐; 3 ☐; 4 a 6 ☐; > 6 ☐  
 Consumo Legumes e frutas Todos os dias ☐ 2 a 3 vezes /semana; ☐ Não come ☐  
 Consumo de lacticíneos Todos os dias ☐ 2 a 3 vezes /semana; ☐ Não come ☐  
 Consumo carne e peixe Todos os dias ☐ 2 a 3 vezes /semana; ☐ Não come ☐  
 Consumo de pão e cereias Todos os dias ☐ 2 a 3 vezes /semana; ☐ Não come ☐  
 Consumo de doces Todos os dias ☐ 2 a 3 vezes /semana; ☐ Não come ☐  
 Ocasionalmente ☐ Não come ☐  
 Ingestão água/dia < 1l ☐ Entre 1 e 1,5l ☐ >1,5L ☐

### **Adictivos**

**Fumar** Sim ☐ Não ☐ N.º de cigarros/dia: \_\_\_\_\_

**Consumo de bebidas alcoólicas** Sim ☐ Não ☐

Tipo (s)

Destiladas Diariamente ☐; Ocasionalmente ☐ Não bebe ☐

Cerveja Diariamente ☐; Ocasionalmente ☐ Não bebe ☐

Vinho Diariamente ☐; Ocasionalmente ☐ Não bebe ☐

### **ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

#### **Utilização dos serviços**

Centro de Saúde Muitas vezes ☐; Ocasionalmente ☐; Nunca ☐  
☐

Atendimento Complementar Muitas vezes ☐; Ocasionalmente ☐; Nunca ☐

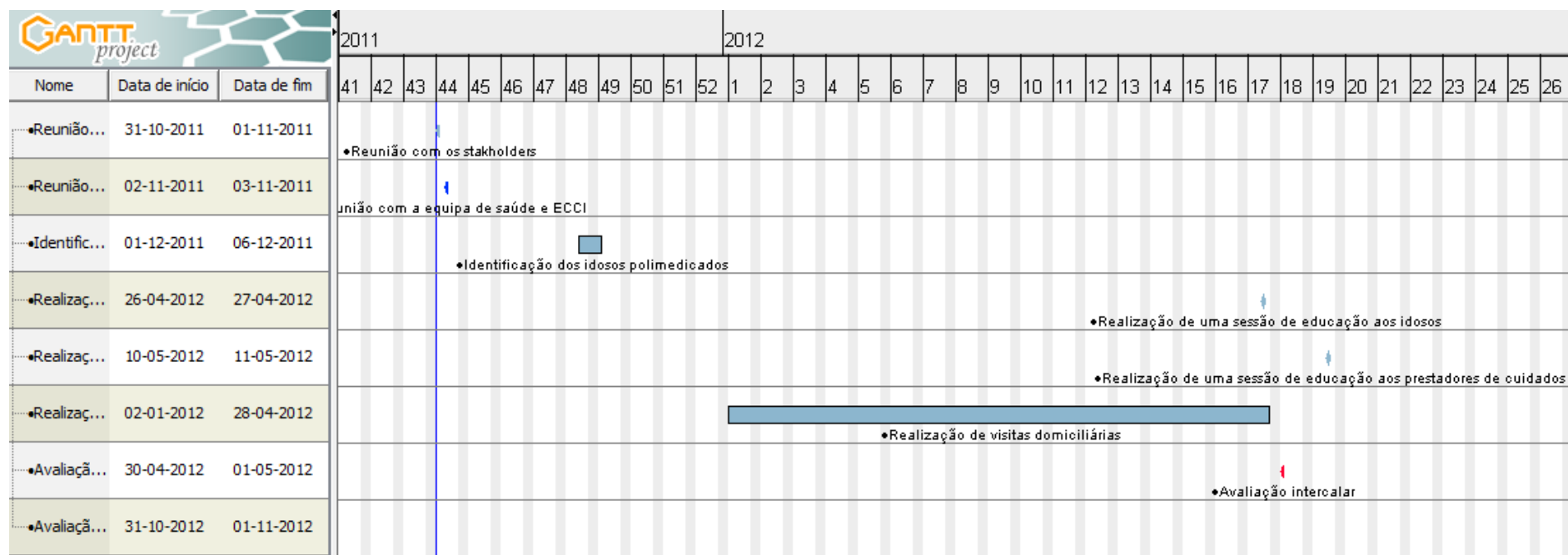
Urgência Hospitalar Muitas vezes ☐; Ocasionalmente ☐; Nunca ☐  
☐

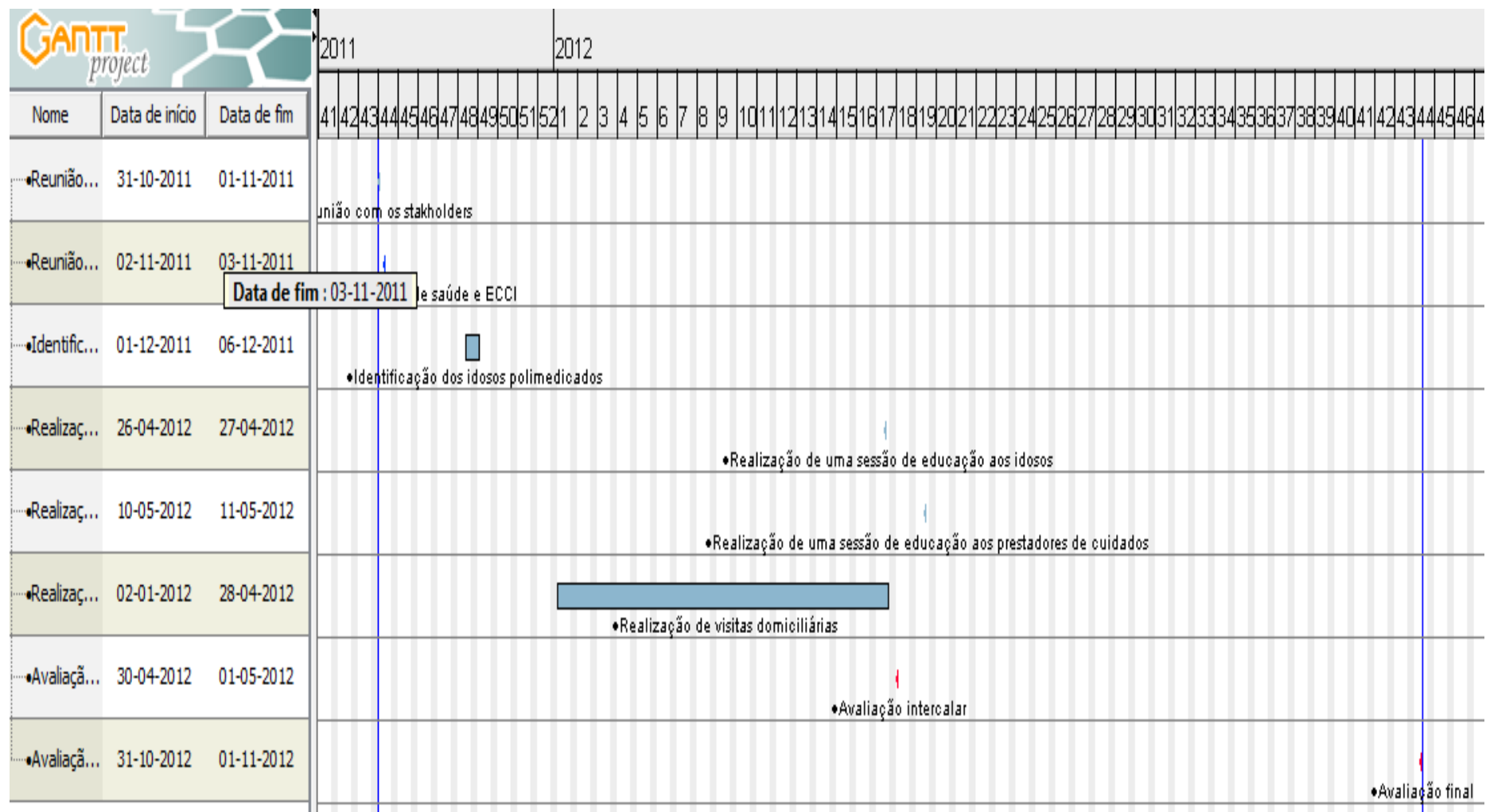
Privados Muitas vezes ☐; Ocasionalmente ☐; Nunca ☐

|                                                          |                                                                                         |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                 |                                                                                         |
| Outros <input type="checkbox"/>                          | Muitas vezes <input type="checkbox"/> ; Ocasionalmente <input type="checkbox"/> ; Nunca |
| Quais? _____                                             |                                                                                         |
| <b><u>Apoio Domiciliário</u></b>                         | Sim <input type="checkbox"/>                                                            |
| Não <input type="checkbox"/>                             |                                                                                         |
|                                                          | ECCI <input type="checkbox"/>                                                           |
|                                                          | Higiene <input type="checkbox"/>                                                        |
|                                                          | Manutenção do lar <input type="checkbox"/>                                              |
|                                                          | Alimentação <input type="checkbox"/>                                                    |
|                                                          | Lavagem da roupa <input type="checkbox"/>                                               |
|                                                          | Administração de medicação <input type="checkbox"/>                                     |
|                                                          | Outros <input type="checkbox"/>                                                         |
|                                                          | Qual? _____                                                                             |
| Se não tem, sente necessidade de ter apoio domiciliário? | Sim <input type="checkbox"/> Não                                                        |
| <input type="checkbox"/>                                 |                                                                                         |

### **Anexo nº. III**

#### **Cronograma de Atividades (Diagrama de Gant)**





## **Anexo nº. IV**

Pedido de autorização para implementação do projeto

Exmº Srº Drº José Manuel Mestre  
Presidente do Conselho de Administração  
da ULSBA,EPE

Eu, Cristina Maria Alves Palma, a exercer atualmente funções de enfermeira no Centro de Saúde de Vidigueira, venho por este meio solicitar a autorização para implementar um projeto de intervenção na comunidade, no âmbito da realização do Curso de Mestrado em Saúde Comunitária a decorrer no Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Enfermagem de Beja.

Dado já ter realizado no ano anterior o diagnóstico de saúde aos idosos com mais de 75 anos da freguesia de Vila de Frades, concelho de Vidigueira, e do qual *resultaram* algumas áreas passíveis de intervenção, nomeadamente o problema da polimedicação, venho por este meio solicitar autorização para implementação de um projeto junto desta população.

O Plano de atividades do ACES estabelece como eixos prioritários para 2011, a doença crónica e a saúde do idoso, com a implementação de estratégias que potenciem a educação para a saúde e educação terapêutica com o objetivo de que os utentes e os seus cuidadores sejam capazes de gerir a sua saúde de um modo mais informado (aplicação tendencial do modelo da gestão da doença crónica), preconiza ainda um envelhecimento ativo com base na prevenção, identificação de situações de risco e acompanhamento através de cuidados continuados integrados.

Assim o presente projeto pretende, contribuir para o cumprimento do Plano de Atividades do ACES 2011, através da implementação da figura do gestor de caso de forma a capacitar e transmitir esta confiança e segurança aos idosos da freguesia de Vila de Frades, nomeadamente no que concerne ao regime medicamentoso.

As estratégias a utilizar são além das sessões de educação para a saúde aos idosos e aos prestadores de cuidados, visitas domiciliárias periódicas realizadas pelo gestor de caso com o objetivo de orientar e ensinar sobre a toma correta de medicamentos.

A implementação do referido projeto tem como horizonte temporal Outubro de 2011 a Junho de 2012, com uma avaliação intercalar prevista para Dezembro de 2011.

Sem outro assunto  
Solicito autorização  
Enf. Cristina Palma

## **Anexo nº. V**

Autorização para implementação do projeto



Relatório Detalhado da Distribuição: EDOC/2011/70164



|                                                                                            |                                                                                |                     |                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Assunto:</b> Autorização para implementação de um projecto de intervenção na comunidade |                                                                                |                     |                                                                                                |
| <b>Observações:</b>                                                                        |                                                                                |                     |                                                                                                |
| <b>Processos</b>                                                                           |                                                                                |                     |                                                                                                |
| Código                                                                                     | Assunto                                                                        |                     | Estado                                                                                         |
| <b>Antecedentes</b>                                                                        |                                                                                |                     |                                                                                                |
| Código                                                                                     | Assunto                                                                        |                     | Data Início                                                                                    |
| <b>Registos Associados</b>                                                                 |                                                                                |                     |                                                                                                |
| Livro                                                                                      | Ano                                                                            | Número Assunto      | Observações Criado em                                                                          |
| INT-ULSBA                                                                                  | 2011                                                                           | 5514                | Autorização para implementação de um projecto de intervenção na comunidade 21-09-2011 17:09:00 |
| <b>Conhecimentos</b>                                                                       |                                                                                |                     |                                                                                                |
| Perfil                                                                                     | Nome                                                                           | Autor               | Data                                                                                           |
| Utilizador                                                                                 | Horácio Feltre - ULSBA                                                         | José Alvaro - ULSBA | 21-09-2011 18:00:25                                                                            |
| Utilizador                                                                                 | João Fragoso - ULSBA                                                           | José Alvaro - ULSBA | 21-09-2011 18:00:25                                                                            |
| <b>Etapas</b>                                                                              |                                                                                |                     |                                                                                                |
| Descrição                                                                                  | Detalhe                                                                        |                     |                                                                                                |
| Distribuição:                                                                              | EDOC/2011/70164                                                                |                     |                                                                                                |
| Etapas n.º:                                                                                | 1                                                                              |                     |                                                                                                |
| Nome:                                                                                      |                                                                                |                     |                                                                                                |
| Descrição:                                                                                 |                                                                                |                     |                                                                                                |
| Percursos:                                                                                 |                                                                                |                     |                                                                                                |
| Estado:                                                                                    | Enviada                                                                        |                     |                                                                                                |
| Operações Efectuadas:                                                                      |                                                                                |                     |                                                                                                |
| Fase:                                                                                      |                                                                                |                     |                                                                                                |
| Interveniente:                                                                             | Vitória Rodrigues - ULSBA                                                      |                     |                                                                                                |
| Executante:                                                                                | Vitória Rodrigues - ULSBA                                                      |                     |                                                                                                |
| Data de Leitura:                                                                           | 21-09-2011 17:09:29                                                            |                     |                                                                                                |
| Envio:                                                                                     | 21-09-2011 17:09:29                                                            |                     |                                                                                                |
| Assinada:                                                                                  | Não                                                                            |                     |                                                                                                |
| Documentos:                                                                                | Nome                                                                           |                     | Assinaturas                                                                                    |
|                                                                                            | Autorização para implementação de um projecto de intervenção na comunidade.pdf |                     |                                                                                                |
| <b>Cópias Para:</b>                                                                        |                                                                                |                     |                                                                                                |
| <b>Parecer/Informação:</b>                                                                 |                                                                                |                     |                                                                                                |
| Descrição                                                                                  | Detalhe                                                                        |                     |                                                                                                |
| Distribuição:                                                                              | EDOC/2011/70164                                                                |                     |                                                                                                |
| Etapas n.º:                                                                                | 2                                                                              |                     |                                                                                                |
| Nome:                                                                                      |                                                                                |                     |                                                                                                |
| Descrição:                                                                                 |                                                                                |                     |                                                                                                |



ACTA N.º 36  
27.09.2011  
Auto 21.1