



escola superior de
enfermagem
de coimbra

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA –
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA**

**PREVENÇÃO DO RISCO ASSOCIADO À POLIMEDICAÇÃO E GESTÃO SEGURA
DO REGIME TERAPÊUTICO NO DOMICÍLIO**

CARLA DA SILVA SIMÕES

Coimbra, setembro de 2023



escola superior de
enfermagem
de coimbra

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA –
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA**

**PREVENÇÃO DO RISCO ASSOCIADO À POLIMEDICAÇÃO E GESTÃO SEGURA
DO REGIME TERAPÊUTICO NO DOMICÍLIO**

CARLA DA SILVA SIMÕES

Orientadora: Professora Doutora Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

Coorientadora: Professora Cristina Maria Figueira Veríssimo

Relatório final de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de
Saúde Comunitária e Saúde Pública

Coimbra, setembro de 2023

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial à excelentíssima senhora professora Marília Neves pela sua disponibilidade, orientação e partilha de conhecimento, fomentando um processo sempre crítico e reflexivo, foi sem dúvida ao longo destes meses uma motivação que me incentivou permanentemente.

Agradeço a todas as pessoas, entidades e instituições que colaboraram na execução do presente trabalho, particularmente à professora coorientadora Cristina Veríssimo pela disponibilidade e sentido crítico em todo o processo.

À equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados na Comunidade Torre de Sinos (UCCTS) particularmente à Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública Anabela Corino e à equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Pública-Pólo Figueira da Foz (USPPFF), em especial às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública Manuela Branco e Fernanda Vitória, pela disponibilidade, colaboração e conhecimento prático.

À Gabriela Lopes, Maria Pinho e Telma Vidinha, pela imprescindível colaboração, paciência e partilha que me proporcionaram neste processo.

Uma palavra de agradecimento à minha irmã, Ana, pelo apoio, foi ela que esteve sempre quando eu não poderia estar, no cuidado aos meus pais.

Agradeço, ao André, companheiro de vida, pelo apoio e paciência ao longo desta caminhada.

Aos meus familiares e amigos, obrigada!

RESUMO

Este relatório reporta-se à prática clínica desenvolvida na Unidade de Saúde Pública – Polo Figueira da Foz e na Unidade de Cuidados na Comunidade Torre de Sinos.

Numa abordagem inicial identificou-se como problema de saúde prioritário a polimedicação e a gestão do regime terapêutico no domicílio. Nos utentes abrangidos pela Unidade de Cuidados na Comunidade Torre de Sinos observa-se um envelhecimento crescente e um aumento da esperança média de vida, verificando-se consequentemente um aumento de patologias relacionadas com a idade e do consumo elevado de medicação.

É competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública o processo de capacitação de grupos/comunidade, assim, delineou-se e implementou-se o projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados “PoliSegura”: Prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio, dirigido às pessoas dependentes e polimedicadas e seus cuidadores informais, abrangidos pela Unidade de Cuidados na Comunidade Torre de Sinos.

Para conhecer as estratégias em uso pelos cuidadores informais e/ou pessoas polimedicadas, as suas necessidades e dificuldades, e identificar potenciais riscos na gestão cotidiana da utilização em simultâneo de diversos medicamentos, realizou-se um estudo exploratório. Identificaram-se como “Estratégias de gestão da polimedicação” o ‘Acondicionamento individualizado dos medicamentos’, o ‘Planeamento das tomas dos medicamentos’, e o ‘Suporte escrito de gestão das tomas dos medicamentos’. Como “Necessidades sentidas”, surgiram o ‘Apoio profissional’ e o ‘Suporte familiar’. As “Dificuldades sentidas” surgiram exclusivamente entre os cuidadores informais, nomeadamente o ‘Desgaste emocional’ e a ‘Sobreposição de papéis’. Como “Riscos de segurança medicamentosa”, identificaram-se a ‘Deficiente identificação dos medicamentos e do seu efeito medicamentoso’, o ‘Deficiente controle da toma dos medicamentos’ e ‘Erros e omissões na toma dos medicamentos’.

Tendo como referenciais teóricos orientadores o Modelo da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger, e os pressupostos da Literacia em Saúde, elaborou-se o Guia de Intervenção de Enfermagem, construiu-se um Protocolo de articulação para a sinalização de utentes no âmbito da prevenção do risco associado

à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio, e efetuou-se parceria com Farmácia de Miranda do Corvo.

Palavras-chave: Pessoa dependente; Cuidador informal; Polimedicação; Gestão segura; Domicilio.

ABSTRACT

This report refers to the clinical practice developed at Unidade de Saúde Pública – Pólo Figueira da Foz and Care Unit in the Torre de Sinos Community.

In an initial approach, it was identified as a priority health problem to polymedication and management of the therapeutic regime at home. In users covered by Care Unit in the Torre de Sinos Community there is a growing aging and an increase in hope average lifespan, thus verifying an increase in pathologies related to age and high medication consumption.

It is the specific competence of the Specialist Nurse in Community Nursing and of Public Health the process of training groups/communities, thus, outlined whether and if the project for continuous improvement of the quality of care was implemented “PoliSegura”: Prevention of the risk associated with Polymedication and safe management of the therapeutic regime at home, aimed at dependent and polymedicated people and their informal caregivers, covered by the Care Unit in the Torre de Sinos Community.

To learn about the strategies used by informal caregivers and/or people polymedicated patients, their needs and difficulties, and to identify potential risks in the day-to-day management of the simultaneous use of several medications, an exploratory study. It was identified as “Strategies for managing the polymedication” the ‘Individual packaging of medicines’, the ‘Planning of medication intake’, and the ‘Written support for administration of of medicines’. As “Felt needs”, ‘Professional support’ and ‘Family support’. The “Difficulties felt” arose exclusively among the informal caregivers, namely ‘Emotional exhaustion’ and ‘Overlapping papers’. As “Drug safety risks”, they identified ‘Deficient identification of drugs and their drug effect’, the ‘Deficient control taking medications’ and ‘Errors and omissions in taking medications’.

Having as guiding theoretical references the Model of Diversity and Universality of Leininger's Cultural Care, and the assumptions of Literacy in Health, the Nursing Intervention Guide was elaborated, an articulation Protocol was created for signalling users in the context of risk prevention associated with Polypharmacy and safe management of the therapeutic regimen at home, and a partnership was established with Miranda do Corvo Pharmacy.

Keywords: Dependent person; Informal caregiver; Polymedication; Management Safe; Residence.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ACeSBM - Agrupamento dos Centros de Saúde do Baixo Mondego

ACeS PIN - Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte

ARS - Administração Regional de Saúde

ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primário

CME - Concelho Municipal de Educação

CMFF - Câmara Municipal da Figueira da Foz

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CS - Centro de Saúde

CSFF - Centro de Saúde da Figueira da Foz

CSMV – Centro de Saúde de Miranda do Corvo

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CVC - Centro de Vacinação Covid

DGS - Direção Geral da Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL- Equipa Coordenadora Local

ELI - Equipa Local de Intervenção

ELSE - Equipa Local de Saúde Escolar

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

EPVA - Equipa de Prevenção de Violência em Adultos

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESMC - Equipa de Saúde Mental Comunitária

FF - Figueira da Foz

GNR - Guarda Nacional Republicana

GRT - Gestão do Regime Terapêutico

IP- Intervenção Precoce

IPSS - Instituições Públicas de Solidariedade Social

MF - Médicos de Família

NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NSE - Necessidades de Saúde Especial

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNV - Plano Nacional de Vacinação

PNSE - Plano Nacional de Saúde Escolar

PNSO - Plano Nacional de Saúde Oral

PSI - Plano de Saúde Individual

REVIVE - Rede Nacional de Vigilância de Vetores

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SISO - Sistema de Informação para a Saúde Oral

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SNIP - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SUB - Serviço de Urgência Básica

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCTS - Unidade de Cuidados na Comunidade de Torre de Sinos

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF - Unidades Funcionais

UICISA-E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USFTD - Unidade de Saúde Familiar Trilhos Dueça

USP - Unidade de Saúde Pública

USPBM - Unidade de Saúde Pública Baixo Mondego

USPPFF - Unidade de Saúde Pública - Pólo de Figueira da Foz

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos utentes abrangidos pela USP-Pólo de Figueira da Foz, por freguesia	26
Figura 2 - Pirâmide etária dos utentes abrangidos na USP Baixo Mondego- Pólo Figueira da Foz.....	27
Figura 3 - Pirâmide etária dos utentes abrangidos na UCCTS.....	34
Figura 4 - Utentes abrangidos por freguesia na UCCTS	35

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da População de acordo com grupos específicos 35

Tabela 2 - Projeto “Polisegura”: prevenção do risco associado à polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio, intervenções propostas e respetiva operacionalização 51

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
CAPITULO 1- CONTEXTO DE ESTÁGIO	23
1. UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA BAIXO MONDEGO- POLO DE FIGUEIRA DA FOZ	25
1.1. PROJETOS DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA E DE MELHORIA DA QUALIDADE	28
2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE TORRE DE SINOS	33
2.1. PROJETOS DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA E DE MELHORIA DA QUALIDADE	37
CAPITULO 2 – INTERVENÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO E DE SAÚDE PÚBLICA	43
1. PROJETO DE INTERVENÇÃO – “POLISEGURA”: PREVENÇÃO DO RISCO ASSOCIADO À POLIMEDICAÇÃO E GESTÃO SEGURA DO REGIME TERAPÊUTICO NO DOMICÍLIO	47
1.1. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE/EPIDEMIOLÓGICO E PLANEAMENTO.....	48
1.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	51
CAPITULO 3 – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO – POLIMEDICAÇÃO E GESTÃO SEGURA DO REGIME TERAPEUTICO NO DOMICILIO	55
1. METODOLOGIA	57
2. RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO	61
CAPITULO 4 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS: REFLEXÃO CRITICA	67
1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	69
1.1. ESTABELECEM, COM BASE NA METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE, A AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE UMA COMUNIDADE	69

1.2. CONTRIBUIR PARA O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DE GRUPOS E COMUNIDADES	70
1.3. INTEGRAR A COORDENAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE DE ÂMBITO COMUNITÁRIO E NA CONSECUÇÃO DOS OBJETIVOS DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE	72
1.4. REALIZAR E COOPERAR NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ÂMBITO GEODEMOGRÁFICO	74
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	75
2.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	75
2.2. MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE	76
2.3. GESTÃO DOS CUIDADOS.....	76
2.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	77
CONCLUSÃO	79
BIBLIOGRAFIA	83

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de ética UICISA-E

ANEXO II – Autorização da UCCTS

APÊNDICES

APÊNDICE I – Consentimento Informado

APÊNDICE II – Guião de entrevista

APÊNDICE III – Matriz de Redução de Informação

APÊNDICE IV – Guia de Intervenções de Enfermagem/Folheto

APÊNDICE V – Protocolo de Articulação

APÊNDICE VI – Convite

APÊNDICE VII – Apresentação do projeto “ PoliSegura” aos profissionais da CSMC/Farmácias

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório, do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, desenvolvido em contexto da prática sob condições definidas pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente na Unidade de Saúde Pública - Pólo Figueira da Foz (USP-PFF) e na Unidade de Cuidados na Comunidade Torre de Sinos (UCCTS) do Centro de Saúde de Miranda do Corvo (CSMC), contribuindo para a aquisição de competências específicas na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Decorreu num período de 20 semanas, de 26 de setembro de 2022 a 24 de fevereiro de 2023, dividido por um período igual (10 semanas) em UCC e USP, num total de 308 horas em contexto da prática clínica (cf. Despacho n.º 8175/2021 de 18 de agosto, ESEnfC).

Foram propostos os seguintes objetivos de aprendizagem/competências:

- Participar na avaliação do estado de saúde de uma comunidade ou na avaliação de programas de âmbito populacional nos domínios da prevenção, promoção e proteção da saúde;
- Participar na conceção e implementação de Programas e Projetos de Saúde de âmbito comunitário;
- Promover e dinamizar processos de capacitação de pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis da comunidade;
- Elaborar relatório referente a um problema de saúde diagnosticado no contexto da prática da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública (Neves, 2022).

Tendo por base estes objetivos, na Unidade Curricular Prática Clínica de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que antecedeu este Estágio, identificou-se e caracterizou-se como problema de saúde prioritário de grupos /comunidade, no âmbito do contexto da prática da enfermagem, a polimedicação e a gestão do regime terapêutico no domicílio.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2007), o uso seguro dos medicamentos é um aspeto fundamental da segurança dos doentes. Contudo, sabemos

que nos últimos anos, tem vindo a aumentar o número de pessoas com multimorbilidades, devido nomeadamente ao aumento da esperança média de vida e envelhecimento populacional (Organização Mundial de Saúde, 2016).

Sendo a multimorbilidade comum em muitos idosos, esta população torna-se assim um grupo vulnerável às consequências negativas da polimedicação e mais permeáveis a possíveis reações adversas, como consequência de uma diminuição das capacidades cognitivas e fisiológicas.

Num estudo realizado em 17 países europeus e Israel para avaliar a prevalência e os fatores associados à polimedicação em idosos com 65 anos ou mais, verificou-se que Portugal apresentava uma prevalência de 36,9% (Midão et al., 2018).

De forma a identificar as necessidades de saúde e fatores de risco dos utentes abrangidos pela UCCTS realizou-se um diagnóstico da situação de saúde desta comunidade, observando-se um envelhecimento crescente, assim como um aumento da esperança média de vida, verificando-se conseqüentemente um aumento das patologias relacionadas com a idade e um consumo elevado de medicação. A segurança da pessoa polimedicada, conseqüente à gestão segura do regime terapêutico no domicílio, constituem um aspeto primordial para a qualidade dos cuidados de saúde e de enfermagem. A polimedicação e a gestão do regime terapêutico no domicílio é um dos grandes desafios em Saúde Pública nos nossos dias e é dever do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública estar desperto para esta problemática.

Assim, direcionou-se a intervenção em contexto Comunitário e de Saúde Pública para a prevenção do risco associado à polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio.

Para melhor compreensão e fundamentação da intervenção planeou-se um estudo exploratório partindo da questão de investigação “Como fazem os cuidadores informais e/ou pessoas polimedicadas a gestão do regime terapêutico no domicílio?” tendo como objetivos conhecer as estratégias em uso pelos cuidadores informais e/ou pessoas polimedicadas relativamente à gestão cotidiana da utilização em simultâneo de diversos medicamentos do regime terapêutico no domicílio e as suas necessidades e dificuldades, e identificar potenciais riscos e/ou efeitos adversos decorrentes da utilização em simultâneo de diversos medicamentos.

Este relatório encontra-se dividido em quatro capítulos:

- No primeiro capítulo será realizado uma contextualização dos locais de estágio, Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), dando

conhecimento da sua missão, visão, valores, organização, funcionamento e recursos, assim como descrição da sua área geográfica e população abrangida, organização e modelo de trabalho das respetivas equipas.

- No segundo capítulo descreve-se a intervenção em contexto comunitário e de saúde pública, abordando conceptualmente a segurança do doente e a polimedicação e contextualizando epidemiologicamente esta problemática. Apresenta-se o projeto de melhoria contínua da qualidade delineado e implementado para assegurar a gestão segura do regime terapêutico em pessoas dependentes abrangidas pela UCCTS, através da utilização de diferentes estratégias de intervenção lideradas por Enfermeiros Especialistas em Saúde Comunitária/Saúde Pública, assim como os referenciais teóricos que constituíram o enquadramento concetual da intervenção.

- O terceiro capítulo é referente à componente de investigação, descrevendo-se o estudo de diagnóstico situacional da gestão da polimedicação no domicílio pela população na área de abrangência da UCCTS, desenvolvido para orientar a capacitação da pessoa dependente e seu cuidador.

- O quarto capítulo apresenta a reflexão crítica relativamente às atividades desenvolvidas e competências específicas e comuns do enfermeiro especialista adquiridas ao longo da prática clínica.

O relatório é finalizado com as conclusões, onde serão refletidas as ideias mais relevantes do Estágio, do projeto de melhoria contínua concebido e implementado, do estudo realizado a partir de uma síntese dos seus resultados, as limitações percecionadas e competências desenvolvidas e as sugestões para a melhoria contínua do projeto implementado. São também apresentadas as referências bibliográficas, onde constam todas as bibliografias que suportaram o desenvolvimento deste Relatório, assim como os apêndices e anexos, que reúnem documentos criados e utilizados para a sua concretização.

A redação do presente relatório obedeceu às normas da Associação Americana de Psicologia, 6ª edição, cuja consulta foi realizada no Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEnfC (Conselho Pedagógico, 2016).

CAPITULO 1- CONTEXTO DE ESTÁGIO

O Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório, decorreu em contexto da prática sob circunstâncias definidas pela Ordem do Enfermeiros (OE): Unidades de Saúde Pública (USP) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

Estes contextos clínicos proporcionam oportunidades de aprendizagem, através da integração em equipas multidisciplinares e da participação em intervenções de prevenção, promoção e proteção da saúde facultando o desenvolvimento de competências específicas de acordo com o perfil do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho , OE, 2018).

O estágio foi desenvolvido na Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), respetivamente na USP do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego (ACeSBM) e na UCC Torre de Sinos do Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Interior Norte (ACeSPIN).

Relativamente ao ACeSBM este abrange enquanto área geográfica os concelhos de Cantanhede, Coimbra, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Mealhada, Mira, Montemor-o-Velho, Mortágua, Penacova, Soure.

O ACeSBM, criado pela Portaria nº 394-A/2012, de 29 de novembro, integra os centros de saúde (CS) de Cantanhede, Celas, Eiras, Fernão de Magalhães, Norton de Matos, Santa Clara, São Martinho, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Mealhada, Mira, Montemor-o-Velho, Mortágua, Penacova e Soure.

O ACeSBM é constituído por unidades funcionais, que operam nos CS que o integram, individualizadas pela sua missão, localização e denominação, agrupando 21 Unidades de Saúde Familiar (USF), 13 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e 11 UCC (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

Quanto ao ACeSPIN a sua área geográfica abrange os concelhos de Alvaiázere, Ansião, Arganil, Castanheira de Pera, Figueiró dos Vinhos, Góis, Lousã ,Miranda do Corvo, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Pedrógão Grande Penela, Tábua, Vila Nova de Poiares.

O ACeSPIN foi criado pela Portaria nº 394-A/2012, de 29 de novembro, é um serviço dependente da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) e por isso sujeito

ao seu poder de direção. Este ACeSPIN integra nos seus 14 Centros de Saúde (CS), dos 14 concelhos que constituem a Região do PIN.: 4 USF; 11 UCSP; 12 UCC, 1 Serviço de urgência Básica (SUB), 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), 1 USP. O ACeSPIN dispõe de serviços para resposta à doença aguda, complementares à resposta dada pelas UCSP e USF, nomeadamente um SUB, sediado em Arganil, e um Serviço de Atendimento Permanente, na Pampilhosa da Serra, com funcionamento de 24 horas (PLS, 2017-2020).

1. UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA BAIXO MONDEGO- POLO DE FIGUEIRA DA FOZ

A USP–Pólo de Figueira da Foz (USPPFF) integra-se na USP do ACeSBM, que contém na sua organização 9 pólos de Saúde Pública: Pólo de Cantanhede, Pólo de Mira, Pólo de Montemor-o-Velho, Pólo de Soure, Pólo de Figueira da Foz, Pólo de Condeixa-a-Nova, Pólo de Penacova, Pólo de Mortágua e Pólo de Mealhada (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

Iniciou a sua atividade a 4 de março de 2013, estando integrada no CS de Figueira da Foz e opera como observatório de saúde da área de abrangência geodemográfica do ACeSBM.

Esta unidade tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

A sua visão prende-se com a articulação das várias unidades funcionais do ACeS com outras unidades de saúde e restantes instituições comunitárias, assim como a interação com os cidadãos, tendo como imperativo a transparência e disponibilidade, contribuindo para o bem público em saúde (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

A USPPFF com o objetivo de alcançar o estabelecido para o seu projeto em saúde propõe-se, durante a prestação de serviços, tendo em conta as características da sua equipa e comunidade, a preservar e promover os seguintes valores: o trabalho em equipa, a satisfação dos profissionais, a equidade e garantia de acessibilidade à população, a garantia de qualidade interna e externa, a excelência técnica e eficiência, a procura de uma inovação técnica e metodologia, o sentido de responsabilidade, a lealdade e respeito pelo trabalho dos diversos profissionais de saúde, transparência nas atividades desenvolvidas e o dever de cooperação e partilha entre profissionais e instituições (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

É da sua competência produzir informação e elaborar planos de atuação em áreas da Saúde Pública; promover a investigação e a vigilância epidemiológica; coordenar programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde da comunidade, de grupos vulneráveis e de problemas de acentuado impacto social, incidindo nos determinantes de saúde relacionados com os comportamentos e com o ambiente em geral e em meios específicos; colaborar no exercício das funções de

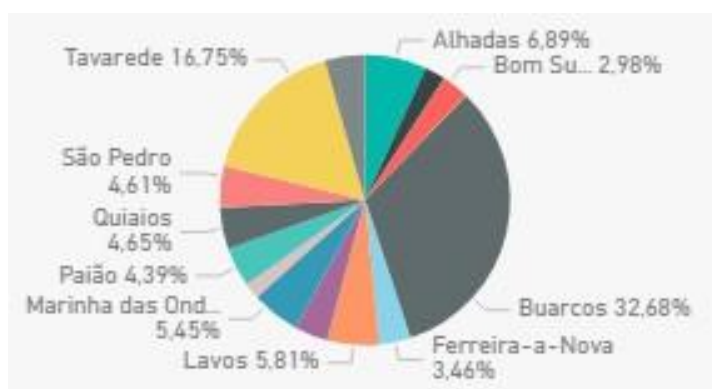
autoridade de saúde; e desenvolver estratégias locais de saúde adequadas à gestão de intervenção para o desenvolvimento ou implementação dos Planos Regionais e dos Planos Nacionais de Saúde, tendo em conta as necessidades da sua área geodemográfica (ACeSBM, 2016; Decreto-Lei n.º28, 2008).

Área geográfica/População abrangida

A USPPFF abrange todas as freguesias do município da Figueira da Foz (FF), situado no centro de Portugal, pertencente ao distrito de Coimbra. O concelho da FF apresenta uma área de 379.4 Km² e o município distribui-se por 14 freguesias agregadas por três zonas geográficas: Norte, Sul e Urbana (PORDATA, 2022). Inclui as freguesias de Alhadas, Alqueidão, Bom Sucesso, Buarcos e São Julião, Ferreira-a-Nova, Lavos, Maiorca, Marinha das Ondas, Moinhas da Gândara, Paião, Quiaios, São Pedro, Tavarede e Vila Verde.

Segundo os Censos de 2021, a população residente no município da FF era de 58.962 residentes, destes 52,7% são mulheres e 43,7% homens. A população ativa era de 60,5% e a de idosos de 28,3%, apresentando uma densidade populacional de 155.6 habitantes/Km² (PORDATA, 2022).

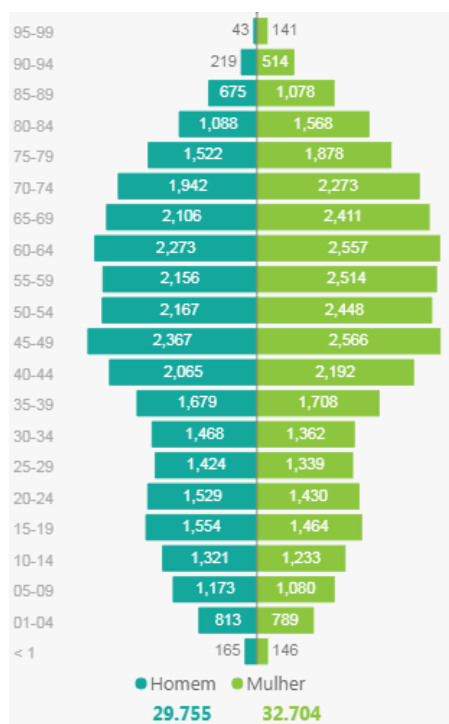
Segundo o Registo Nacional de Utentes, em junho de 2022, a população abrangida pela USPPFF era de 62.459 utentes, distribuídos por 14 freguesias com diferentes e variadas densidades populacionais, conforme se verifica na Figura 1.



Fonte: (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

Figura 1 - Distribuição dos utentes abrangidos pela USP-Pólo de Figueira da Foz, por freguesia.

O atual processo de transição demográfica, com a consequente ampliação da longevidade remete para a realidade atual de Portugal e do mundo com um envelhecimento demográfico. Na Figura 2, pirâmide etária dos utentes abrangidos pela USPPFF, verifica-se um encurtamento na base, consequência do declínio da população jovem e um alargamento nas faixas etárias medianas, sendo esta uma característica dos países afetados pelo envelhecimento, através do aumento do número de idosos.



Fonte: (Serviço Nacional de Saúde, 2022)

Figura 2 - Pirâmide etária dos utentes abrangidos na USP Baixo Mondego- Pólo Figueira da Foz

Na população abrangida, 32.704 são mulheres e 29.755 são homens, apresentando um índice de dependência total de 63,24%, correspondendo 17,56% a jovens e 45,68% a idosos (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

Estrutura orgânica e recursos

A USPPFF é constituída por uma equipa multidisciplinar de 7 profissionais: 2 médicos especialistas de Saúde Pública (Delegado de Saúde e Sub Delegado), 2 enfermeiras especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, 2 Técnicas Superiores de Saúde Ambiental e 1 Assistente Administrativo. Todos em regime de horário de trabalho de 35 h semanais.

As instalações estão sediadas no mesmo edifício da USF de São Julião, encontrando-se no Piso 1 as instalações próprias, compostas por 5 gabinetes: 1 gabinete médico, 1 gabinete de enfermagem, outro destinado às Técnicas de Saúde Ambiental, 1 gabinete

para a administrativa e ainda 1 gabinete para médicos internos. Neste mesmo piso existem 2 wc, um para profissionais, outro para utentes, 1 sala de arquivo e 1 de arrumos. A sala de reuniões e a copa, que se encontram no R/c, são partilhadas pelos profissionais da USPPFF e da USF de São Julião.

Não dispõe de viaturas afetas à atividade, mas foi cedida pela comunidade intermunicipal uma viatura elétrica partilhada pela USPPFF, Centro de Vacinação Covid (CVC) e USF São Julião, sendo assegurado um motorista.

Funcionamento e modelo de trabalho

O trabalho desenvolvido pela equipa multidisciplinar, é concretizado com autonomia de acordo com as competências definidas em regulamento das carreiras específicas.

Assim, cada profissional desenvolve as suas atividades de acordo com os objetivos do projeto onde se encontra integrado e com as suas competências, os recursos materiais e humanos necessários em articulação com os demais elementos da equipa, as outras unidades funcionais do ACeS e parceiros da comunidade.

A comunicação interna e entre os elementos dos diferentes grupos profissionais da USPPFF é realizada através dos apoios definidos para o efeito em cada projeto, via suporte informático, por referência interna via SClinico, SINUS e Glint, por telefone e/ou de forma informal. A monitorização de dados é ainda feita pelos enfermeiros especialistas através de alguns sistemas de informação disponíveis, nomeadamente o Registo Nacional de Utentes, e pelo Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO).

A comunicação com os profissionais de outras unidades funcionais do ACeS é feita via suporte informático, por telefone e/ou de forma informal.

A USPPFF fica localizada na Figueira-da-Foz e funciona todos os dias úteis, sendo o horário de funcionamento das 08 às 17h. Cumprindo os profissionais da sua equipa, a tempo inteiro, 35 horas semanais.

1.1. PROJETOS DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA E DE MELHORIA DA QUALIDADE

A USPPFF apresenta vários projetos em parceria com diferentes entidades da comunidade, que objetivam a promoção da saúde, a prevenção da doença e a proteção da comunidade. Desenvolve atividades em função do plano de saúde da ARSC e das prioridades a nível local, das necessidades da população, e da disponibilidade dos seus recursos, nomeadamente:

Saúde Escolar - A coordenação e a monitorização e avaliação do Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) é da responsabilidade da USPPFF. Esta operacionalização é feita em parceria com a UCC e a URAP que integram a equipa de saúde escolar, colaborando na aplicação do PNSE de todo o concelho, abrangendo escolas agrupadas e não agrupadas. Tendo em conta a escassez de recursos humanos, são os profissionais da USPPFF os responsáveis pela operação prática do parque escolar do ensino pré-escolar e do 1º ciclo do ensino básico, ficando os profissionais da UCC responsáveis pelos 2º e 3º ciclos do ensino básico, o que permite abranger maior número de alunos.

Vacinação - A vacinação faz parte de um programa de prevenção que permite eliminar, controlar e minimizar o impacto da doença na comunidade. É gratuito e acessível a todas as pessoas elegíveis de acordo com as orientações da Direção Geral da Saúde (DGS). A evolução da situação epidemiológica, o conhecimento científico alcançado sobre a efetividade vacinal ao longo do tempo e a experiência acumulada, consolidam a estratégia de vacinação para o outono inverno 2022 /2023 com o reforço sazonal da vacina contra a COVID-19, com o objetivo de maximizar a proteção das populações mais vulneráveis, prevenindo a doença grave, a hospitalização e a morte por COVID 19, e por sua vez mitigar o impacto da incidência da doença por SARS-CoV-2 no sistema de saúde. A par destas medidas e no âmbito da pandemia COVID-19, manteve-se em 2022, como medida excecional e específica, no âmbito da vacinação gratuita, a vacinação contra a gripe, com um início mais precoce, para grupos elegíveis de acordo com as orientações da DGS.

Assim, e dando cumprimento ao que é recomendado pelas normas da DGS, a USPPFF, deu cumprimento com a organização de um CVC, que se manteve em funcionamento nas instalações da Guarda Nacional Republicana (GNR) da Figueira da Foz, nos dias de terça-feira, quinta-feira e sábado.

É também, em estreita articulação entre o Enfermeiro Especialista em funções de coordenação e as equipas coordenadoras das Entidades Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) que foi realizada a vacinação dos idosos aí institucionalizados, da área de abrangência da USPPFF.

- Divulgação entre todos os profissionais das diferentes USF, de novas normas e orientações da DGS.

- Levantamento do estado de saúde/vacinal das comunidades migrantes.

Projeto “Quero crescer forte” em colaboração com a URAP, executa as atividades inerentes ao projeto “Quero crescer forte” para crianças, pais e educadores, nas

vertentes da Saúde Pública (saúde oral), envolvendo a colaboração multiprofissional, nomeadamente de nutricionista (alimentação) e fisioterapeuta (exercício físico), e da Saúde Mental, com participação de psicólogo.

Projeto “3 C” (Comunicar, Cuidar, Capacitar) tem como entidade promotora a USPPFF e UCC Farol do Mondego em parceria com Câmara Municipal da Figueira da Foz (CMFF), outras unidades funcionais do Centro de Saúde da Figueira da Foz (CSFF), Juntas de Freguesia, Instituições Públicas de Solidariedade Social (IPSS), Associação Novo Olhar e Agrupamentos de Escolas do Concelho da Figueira da Foz. Tem como população alvo de intervenção cidadãos ucranianos deslocados, com o objetivo geral de integrar os refugiados da Ucrânia na comunidade Figueirense e prevenir emergências de Saúde Pública. O projeto iniciou a 16 de março 2022 e tem como objetivos específicos: identificação das pessoas alojadas no centro de acolhimento; levantamento das necessidades em saúde; realização de rastreio à COVID 19; verificação da situação vacinal de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (PNV); verificação e registo da cicatriz pós vacinal de BCG e inquérito de sintomas; administração e registo de vacinas com doses em atraso; vigilância sindrómica no centro de acolhimento; questionamento, junto da tutela (ACES) sobre os procedimentos para acesso às instituições e a medicamentos; solicitação junto da CMFF sobre a localização dos restantes refugiados no Concelho da Figueira da Foz.

Vigilância da qualidade da alimentação, em escolas, lares e outras entidades públicas no início do ano letivo.

Vigilância da água de consumo e recreativas (piscinas e mar - com maior intervenção nos meses de junho, julho e agosto, nomeadamente em praias com mais afluência de pessoas, assim como em piscinas interiores e exteriores abertas ao público.

Sanidade internacional (especialmente no Porto da Figueira da Foz).

Programa Rede Nacional de Vigilância de Vetores (REVIVE) - Em colaboração com os técnicos de saúde ambiental é feita a vigilância de vetores através de “armadilhas” colocadas em locais estratégicos. Este programa deveu-se principalmente à necessidade de instalar capacidades nas regiões, para aumentar o conhecimento sobre as espécies de vetores presentes, a sua distribuição e abundância, detetar atempadamente espécies invasoras com importância na saúde pública. O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, como autoridade competente na vigilância epidemiológica, formação e divulgação de conhecimento, participa através do Centro de Estudos de Vetores e Doenças Infeciosas (CEVDI) no REVIVE. O primeiro protocolo REVIVE (2008-2010) foi criado como uma rede entre a Direcção-Geral da Saúde,

Administrações Regionais de Saúde do Algarve, do Alentejo, do Centro, de Lisboa e Vale do Tejo e do Norte e o INSAO segundo protocolo REVIVE (2011-2015) prorrogou a vigilância para incluir também as carraças e vetores com importância em Saúde Pública em Portugal. Desde a sua implementação, o REVIVE - Mosquitos e o REVIVE - Carraças, têm contribuído para o conhecimento ecoepidemiológico das espécies vetor presentes nas várias regiões do País, a sua distribuição e abundância, bem como clarificar o seu papel como vetores de agentes de doença. O REVIVE tem como objetivos: monitorizar a atividade de artrópodes hematófagos; caracterizar as espécies e sua ocorrência sazonal; identificar agentes patogénicos importantes em saúde pública, dependendo da densidade dos vetores, o nível de infeção ou a introdução de espécies exóticas para alertar para as medidas de controlo.

Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) - Vigilância/epidemiologia de doenças infectocontagiosas.

A USPPFF integra também os serviços prestados pela USPBM na sua sede (Coimbra), nomeadamente a consulta do viajante (Centro de Vacinação Internacional) e as Juntas Médicas de Incapacidade (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE TORRE DE SINOS

A UCCTS integra o ACeSPIN e a sua atividade teve início a 20 de março de 2012 e está integrada no CSMC.

Tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACeS em que se integra, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que exija acompanhamento próximo, assentes nos mais altos Padrões de Qualidade Técnico-Científica ao seu dispor e promovendo valores consagradas como a acessibilidade e a satisfação do utentes, atuar ainda na educação para a saúde e na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (BI-CSP, 2022).

A sua visão é ser uma unidade de referência, na área dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente no trabalho em parceria com a comunidade, assumindo a obtenção de ganhos em saúde na população de Miranda do Corvo como o seu principal compromisso (BI-CSP, 2022).

Para alcançar a excelência dos cuidados o trabalho de equipa pretende-se coeso e partilhado com transparência, tendo presentes a satisfação e o respeito dos profissionais e cidadãos.

A UCCTS com a intenção de se aproximar o mais possível das metas estabelecidas para o seu projeto de saúde, e tendo em consideração as características pessoais da sua equipa e da população, pretende, durante a prestação de serviços, preservar e promover os seguintes valores, tais como a cooperação, exigida a todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos de acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde, a solidariedade e trabalho de equipa, a autonomia, assente na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de ação, a articulação com outras unidades funcionais do ACeS, a parceria com estruturas da comunidade local (autarquias, segurança social, instituições privadas de solidariedade social, associações e outras) bem como a avaliação contínua que, sendo objetiva e permanente, visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação e da qualidade dos cuidados, e ainda a

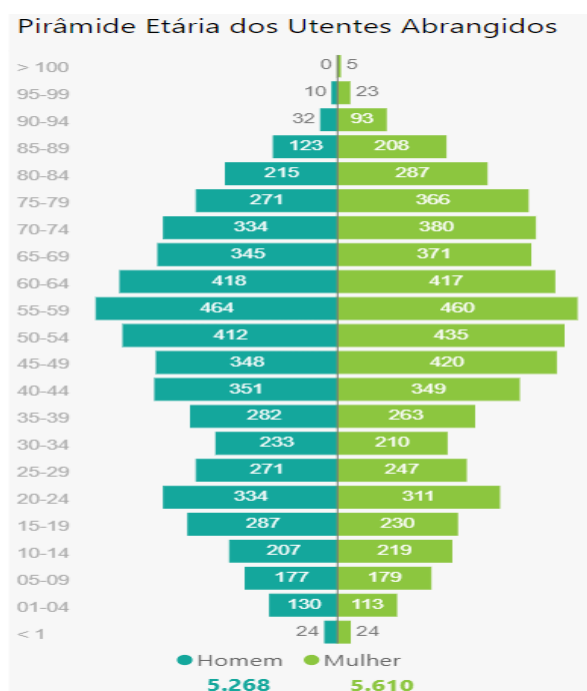
gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional (BI-CSP, 2022).

Área geográfica/população abrangia

A população residente no Concelho de Miranda do Corvo é 12005, em 126,40 Km² de área apresentando uma densidade populacional de 95 hab./km² (PORDATA, 2022).

A população inscrita no CS de Miranda do Corvo é de 10878 utentes, contudo a UCC disponibiliza toda a sua carteira de serviços aos residentes, ainda que temporariamente, na área geográfica do concelho de Miranda do Corvo. A população residente no Concelho de Miranda do Corvo é de 12 005 habitantes (INE, 2022).

O atual processo de transição demográfica, com a conseqüente ampliação da longevidade remete para a realidade atual de Portugal e do mundo com um envelhecimento demográfico. Na pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCCTS, verifica-se um encurtamento na base, com alargamento das faixas medianas, verificando-se o aumento da população idosa, evidenciando-se assim a redução da taxa de natalidade e de mortalidade e conseqüentemente o aumento da esperança de vida, aumentando o número de idosos, o que leva a considerar o envelhecimento da população um problema de saúde pública.



Fonte: (BI-CSP, 2022)

Figura 3 - Pirâmide etária dos utentes abrangidos na UCCTS

Os utentes inscritos estão distribuídos por 4 freguesias (Miranda do Corvo, Lamas, Vila Nova e a União de Freguesias de Semide e Rio de Vide), como se pode observar na figura seguinte.



Fonte: (BI-CSP, 2022)

Figura 4 - Utentes abrangidos por freguesia na UCCTS

De acordo com os grupos etários específicos, a população encontra-se distribuída tal como está descrita na tabela seguinte.

Tabela 1 - Distribuição da População de acordo com grupos específicos

Distribuição da População de acordo com grupos específicos				
Descrição específica	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total
Crianças no 1º ano de vida	< 1 Ano	24	24	48
Exames Globais de Saúde	10 - 13 Anos	166	178	344
Vacinação	15 - 17 Anos	178	129	307
Mulheres em idade fértil	15 - 49	***	2.030	2.030
Grupo etário de acordo com DL 298/2007				
	≤ 6 Anos	225	207	432
	07-64 Anos	3.713	3.670	7.383
	65 - 74 Anos	679	751	1.430
	≥ 75 anos	651	982	1.633

Fonte: (BI-CSP, 2022)

Estrutura orgânica e recursos

Esta unidade integra-se no CSMC e é constituída por uma equipa multidisciplinar de 7 profissionais. A coordenação da UCCTS está a cargo de uma enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, a restante equipa de enfermagem é composta por 2 enfermeiras, 1 enfermeira especialista em Saúde Comunitária e uma enfermeira graduada.

Relativamente à equipa alargada é constituída ainda por uma Técnica Superior de Serviço Social, um Fisioterapeuta, um Nutricionista e um Assistente Técnico.

Apenas 2 profissionais de Enfermagem estão vinculados a tempo inteiro à UCCTS, os restantes elementos participam a tempo parcial.

As instalações estão sediadas no edifício do CSMC, ocupando parte do antigo internamento. É constituída por 1 gabinete de coordenação e 2 de trabalho (1 utilizado pela Equipa Local de Saúde Escolar (ELSE) e outro pela Equipa Local de intervenção (ELI). Possui ainda 1 sala de trabalho para Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), duas instalações sanitárias, 1 vestiário, 1 armazém de produtos farmacêuticos e outro de consumos e produtos hoteleiros. Tem ainda à sua disposição 1 sala para arrumos e arquivo. No mesmo corredor está instalada a Equipa de Saúde Mental Comunitária (ESMC) que ocupa dois gabinetes e existe ainda uma sala de tratamentos partilhada. Ao fundo do corredor, esteve a área de atendimento Covid, por ter gabinetes com acesso direto ao exterior.

Dispõe de duas viaturas concedidas pela Câmara Municipal de Miranda do Corvo, com apenas um motorista para as várias unidades funcionais.

A estrutura orgânica inclui o Coordenador da UCC, o Conselho Geral e a Equipa Técnica. De acordo com o estabelecido em Regulamento Interno, os responsáveis pelos projetos são designados de acordo com as suas competências e áreas de intervenção. O Conselho Geral é constituído por todos os profissionais da equipa e reúne pelo menos duas vezes por ano. A Equipa técnica reúne pelo menos 1 vez por mês.

Funcionamento e modelo de trabalho

O trabalho desenvolvido pela equipa multidisciplinar, é concretizado com autonomia de acordo com as competências definidas em regulamento das carreiras específicas.

Assim, cada profissional desenvolve as suas atividades de acordo com os objetivos do projeto onde se encontra integrado e com as suas competências, os recursos materiais e humanos necessários e solicitados no Plano de Ação e em articulação com os demais elementos da equipa, as outras unidades funcionais do ACeS e parceiros da comunidade.

A comunicação interna e entre os elementos dos diferentes grupos profissionais da UCC é realizada através dos apoios definidos para o efeito em cada projeto, via suporte informático, por referência interna via SClínico, por telefone e/ou de forma informal.

A comunicação com os profissionais de outras unidades funcionais do ACeS é feita via suporte informático, por telefone e/ou de forma informal.

A UCCTS encontra-se localizada em Miranda do Corvo e pode funcionar todos os dias do ano, inclusive aos fins-de-semana e feriados. O horário de funcionamento nos dias úteis é das 08 às 20h e aos fins-de-semana e feriados funciona através da ECCI, das 09h00m às 17h00m, com agendamento prévio.

Durante todo o período de atendimento da UCC é garantida a acessibilidade e continuidade de cuidados.

Os enfermeiros da UCC são escalados para o serviço de atendimento complementar aos fins-de-semana, feriados e tolerâncias, entre as 10h e as 18h.

Cada profissional da UCC tem o seu horário definido de acordo com as atividades que desenvolve.

Na UCC não existem serviços mínimos, à exceção da ECCI. Neste caso, se a enfermeira responsável pelas atividades de ECCI faltar, as colegas devem substituí-la.

As visitas domiciliárias no âmbito da ECCI durante a semana são agendadas entre o utente/família/cuidador e os profissionais da equipa de acordo com as necessidades do utente, tendo em conta a correta e eficaz gestão dos recursos.

2.1. PROJETOS DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA E DE MELHORIA DA QUALIDADE

A UCCTS apresenta vários projetos em parceria com diferentes entidades da comunidade, que objetivam a promoção da saúde, a prevenção da doença e a proteção da comunidade. Estes programas e projetos são operacionalizados de forma a abranger pessoas, famílias e grupos em situações de maior vulnerabilidade, e atuam no âmbito da promoção de estilos de vida saudável.

A organização das atividades de cada projeto da carteira de serviços da UCCTS e a participação dos diferentes grupos profissionais envolvidos, é realizada de acordo com os objetivos definidos no Plano de Ação para cada projeto.

Saúde escolar

Os objetivos do PNSE estão relacionados com o aumento da literacia em saúde, com a promoção da adoção de estilos de vida saudável, a inclusão de crianças e jovens com necessidades especiais, bem como a contribuição para um ambiente escolar seguro e saudável (PNSE, 2015b).

A Saúde Escolar abrange projetos de intervenção na promoção da saúde nas áreas da sexualidade, violência doméstica, alimentação, saúde oral, estilos de vida saudáveis, substâncias psicoativas (álcool, droga e tabaco), prevenção do suicídio em meio escolar (+ contigo), gabinete de apoio ao aluno e formação de pares educadores. Desenvolvimento de ações de promoção da saúde para a restante comunidade educativa (pais, docentes e não docentes). Rastreios vários, a toda a comunidade educativa de acordo com as necessidades identificadas/referenciadas.

As intervenções são previamente decididas e agendadas no final de cada ano letivo para serem desenvolvidas no ano seguinte. Esta articulação faz-se com os responsáveis da promoção da saúde e com a direção de cada escola. A população alvo é composta pelas comunidades educativas do Agrupamento de Escolas de Miranda do Corvo, e de duas IPSS com as valências de creche e jardim de Infância, outra apenas com valência de creche e um Jardim de Infância Privado.

Os profissionais da UCC que constituem a ELSE, reúnem sempre que considerarem haver necessidade de discussão de algum processo de saúde individual, para planear programas de intervenção e/ou Sessões de Educação para a Saúde, e ainda, quando haja referenciação de alguma situação de maior vulnerabilidade ou fragilidade, seja relacionada com a situação de saúde e/ou social. Articulando a ELSE muitas das suas intervenções com a USP.

Crianças e Jovens com Necessidades de Saúde Especiais

A UCCTS garante os cuidados e as intervenções necessárias a todas as crianças com Necessidades de Saúde Especial (NSE) sinalizadas à equipa.

Desenvolve trabalho de parceria com a Equipa multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva (EMAEI) com aperfeiçoamentos do documento – Plano de Saúde Individual (PSI). A ELSE perante a referenciação de crianças ou jovens com NSE, articula com os serviços de saúde, a família e a escola, com as quais elabora um PSI, apoiando a sua implementação, monitorização e eventual revisão.

Encontravam-se sinalizadas 18 crianças e jovens (em 2019 tinham sido sinalizadas 6). Estas situações incluem crianças com Diabetes Mellitus tipo 1, com alergias alimentares e outras, com epilepsia, com asma, com doenças neurológicas, hematológicas e outras, com atrasos de desenvolvimento e com paralisia cerebral. Todas estas crianças e jovens possuem PSI.

A enfermeira responsável pela ELSE é também a representante da saúde no Conselho Municipal da Educação (CME), onde, periodicamente, partilha os dados da saúde escolar para a melhor concertação de recursos e metodologias que promovam a saúde, o bem-estar e a inclusão de todos.

São realizadas reuniões periódicas com a escola e com as famílias, assim como intervenções em contexto escolar, com alunos, pessoal docente e não docente sempre que se justificar.

Equipa local de intervenção precoce na infância (SNIPI)

A Intervenção Precoce (IP) é uma resposta social desenvolvida através de um serviço que promove o apoio integrado, centrado na criança (até aos 6 anos de idade, especialmente dos 0 aos 3 anos, com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento) e na família mediante ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente do âmbito da educação, da saúde e da ação social (DGSSFC, 2006).

A metodologia de trabalho desenvolvida em equipa transdisciplinar é a abordagem sistémica. As sinalizações de crianças para a equipa são feitas através de formulário próprio disponibilizado a todas as equipas prestadoras de cuidados e instituições de ensino e solidariedade social.

A UCCTS efetua apoio à ELI, articulando com a equipa e com as equipas de saúde, no sentido de promover o bom acompanhamento das crianças sinalizadas ao SNIPI.

Esta equipa reúne todas as segundas-feiras do mês, das 14:00 horas às 18:00 horas no CSMC. A Equipa de Intervenção Precoce rege-se pelo regulamento interno da própria Equipa Local de Intervenção.

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)

O NACJR insere-se no Programa Nacional “Maus-tratos em crianças e Jovens – Intervenção de Saúde” da DGS e tem como objetivo estabelecer a primeira linha de identificação e intervenção na prevenção de maus-tratos em crianças e jovens.

O NACJR tem por base a lei de proteção de crianças e jovens em risco (Lei n.º147/99 de 1 de Setembro, 1999).

O Despacho n.º 3129/2008 de 5 de Dezembro (2008), cria a “Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco”, com o objetivo de criar uma resposta estruturada do SNS à problemática dos maus tratos. Este despacho reforça a necessidade de dar continuidade e aprofundar o processo de organização e funcionamento dos Núcleos (em todos os CS e Hospitais).

Os profissionais deste NACJR reúnem às quintas-feiras de manhã, quinzenalmente, e analisam sinalizações e planeiam intervenções, em articulação com a equipa de saúde da criança ou jovem, de forma a potenciar fatores protetores e minimizar fatores de risco.

Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)

As crianças e os jovens podem viver situações de risco ou ocorrência de maus tratos, assim como apresentarem necessidades de saúde especiais. Tais casos exigem

atenção redobrada por parte dos serviços de saúde, que devem desenvolver estratégias de intervenção particulares adequadas aos mesmos (DGS, 2013a) .

As CPCJ são instituições oficiais não judiciárias que protegem as crianças e jovens em perigo, envolvendo os pais ou representante legal, para evitar ou adiar a intervenção dos Tribunais. Estas visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações que possam colocar em risco a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, APAV, 2018).

A UCCTS continua a ter um elemento representante da saúde na CPCJ, com gestão de casos. Participa em todas as reuniões restritas e alargadas, exceto por motivo de férias. Este elemento, no âmbito da CPCJ, gere processos de promoção e proteção, colabora na avaliação diagnóstica de todos os casos acompanhados, uma vez que considera essencial a perspetiva da saúde, em todas as situações.

Equipa de Prevenção de Violência em Adultos (EPVA)

As intervenções em EPVA durante os anos de 2021 e 2022, devido à pandemia, foram centralizadas na assistente social, dando uma enfermeira da UCC apoio em situações específicas.

Os elementos da EPVA reúnem às quintas feiras de manhã, quinzenalmente, e analisam sinalizações e articulam intervenção quer com a equipa de saúde, quer com o serviço de violência familiar do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

ECCI-Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada através do Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho de 2006 e insere-se na prestação de cuidados de saúde e de apoio social às pessoas em situação de dependência. O seu objetivo é investir na promoção da autonomia da pessoa em situação de dependência, visando a recuperação das funcionalidades afetadas pela situação de saúde com base na continuidade de cuidados e articulando os seus diferentes níveis. A sua abordagem está centrada na pessoa e é operacionalizada através de um plano de intervenção, documentado e fruto do trabalho de uma equipa multidisciplinar, intervindo nas dimensões de nível intermédio e complementar de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar.

É através da UCC, em particular da ECCI, que o ACeS se articula com a RNCCI. De acordo com o enquadramento legal, Despacho nº 10143/2009, de 16 de abril de 2009, a ECCI é uma tipologia de resposta de prestação de cuidados da RNCCI, enquadrada

na prestação de cuidados de saúde primários e deve integrar sempre, enquanto programa prioritário as UCC, fazendo parte integrante das suas carteiras de serviços.

O ingresso na RNCCI é sempre realizado, através de uma Equipa Coordenadora Local (ECL), mediante uma proposta, cuja origem pode ser hospitalar ou dos CSP (USF ou UCSP), independentemente do âmbito dos cuidados serem de internamento, ambulatorio ou de apoio domiciliário. Face à proposta de ingresso, a ECL, depois de analisar e decidir sobre a situação referenciada, identifica e providencia o melhor recurso da Rede que responde às necessidades do utente/família, sendo, também, a responsável pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação (ACSS, 2007).

A população alvo de referenciação será a que se encontra na área de influência do CSMC em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença cuja situação não requeira internamento, mas que não possam deslocar-se de forma autónoma.

O profissional da UCCTS, Enfermeira Gestora de caso, e a Técnica Superior do Serviço Social, dão início ao processo através da entrevista inicial à família/ cuidador. A informação prestada pela equipa será colocada na plataforma informática GestCare CCI cumprindo os critérios legalmente exigidos.

A ECCI da UCCTS assegura os cuidados globais integrados de forma contínua, valorizando e monitorizando sintomas para despiste precoce de complicações e atempada atuação/encaminhamento dos seus utentes. Os utentes da ECCI continuam a ser assistidos pelos respetivos Médicos de Família (MF) da USF. As profissionais da ECCI informam os MF da evolução ou agravamento clínico dos citados utentes, bem como de alterações do estado geral, idas à urgência, gestão de medicação. Esta informação será transmitida pelo email profissional para o profissional em causa.

São desenvolvidas diversas atividades, nomeadamente: articulação com as Unidades Funcionais (UF) para identificar os utentes dependentes com necessidades de cuidados continuados integrados; Colaboração com as Unidades Funcionais (UF) na referenciação dos utentes para ECCI; articulação com a ECL (Equipa Coordenadora Local) para que o processo de colocação de utentes seja célere; realização de visitas domiciliárias de consultadoria com o médico/enfermeiro de família da UF a fim de identificar as necessidades de Cuidados Continuados Integrados dos utentes; sensibilização dos profissionais das UF sobre critérios de referenciação para ECCI.

A intervenção da ECCI tem sido limitada, devido à escassez de recursos, quer em número quer em diferenciação técnica. A profissional de fisioterapia, alocada com 7 H semanais, manteve apoio muito irregular aos utentes.

A ECCI de Miranda do Corvo manteve as 5 vagas com uma taxa de ocupação média de 92% superior ao resultado de 2020.

Relativamente ao Nº de utentes acompanhados em ECCI: em 2022 é de 5 utentes.

Projeto de Apoio ao Cuidador Informal: "Dar a Mão"

O projeto "Dar a Mão" em fase de reformulação, tem como objetivo diminuir a sobrecarga do cuidador informal e identificar as necessidades destes cuidadores no processo de cuidar. A população alvo são todos os Cuidadores Informais de utentes dependentes, residentes no Concelho de Miranda do Corvo.

Projeto Piloto Nacional do Estatuto do Cuidador informal

O Concelho de Miranda do Corvo integrou o Projeto Piloto do Estatuto de Cuidador Informal, projeto este que atualmente abrange todo o território Nacional. A UCCTS tem uma Profissional de Referência da Saúde no projeto. Prevê-se a realização de reuniões, bem como troca de comunicações com o Interlocutor regional dos projetos pilotos da ECL, enfermeiro Manuel Oliveira. Assim como se está a delinear uma parceria com o Município de Miranda do Corvo no sentido de criar um Gabinete do Estatuto do Cuidador Informal, com o objetivo de oferecer suporte, apoio e esclarecimento a todos os cuidadores informais.

CAPITULO 2 – INTERVENÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO E DE SAÚDE PÚBLICA

A segurança dos doentes é um aspeto primordial para a qualidade dos cuidados de saúde e de enfermagem, especificamente.

A segurança do doente pode ser definida como uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que, de uma forma consistente e sustentável, reduzem riscos, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto dos danos quando estes ocorrem (Organização Mundial de Saúde, 2021-2030).

O movimento de qualidade e segurança nos cuidados de saúde foi fortemente potenciado pela publicação do relatório “To Err is Human: Building a Safer Health System” do Institute of Medicine (Institute of Medicine, 2000). Em junho de 1998, foi criada uma Comissão de Qualidade de Cuidados de Saúde do Institute of Medicine nos Estados Unidos da América, com o objetivo de desenvolver uma estratégia para alcançar um patamar de melhoria na qualidade dos cuidados de saúde nos próximos dez anos. Esta comissão, no relatório “To Err is Human: Building a Safer Health System”, destacou várias questões relacionadas com a segurança dos utentes (Cook, 1998 conforme citado por Institute of Medicine, 2000).

A nível mundial tem-se dado uma enorme relevância a este tópico, tendo sido criada inclusive uma aliança internacional para facilitar o desenvolvimento de políticas e práticas de segurança dos utentes, a Aliança Mundial para Segurança do Doente (Organização Mundial de Saúde, 2021-2030).

À semelhança do que tem vindo a acontecer em todo o mundo, também em Portugal, se tem vindo a apostar na segurança do doente/utente há já vários anos. A qualidade dos cuidados do sistema de saúde português, na perspetiva do cidadão, está ainda longe de alcançar um nível razoável de satisfação, contribuindo para tal uma deficiente cultura de segurança nos serviços de saúde portugueses e em particular nos cuidados de saúde primários, onde esta temática não tem sido incluída nas prioridades de quem organiza e presta este tipo de cuidados (Mendes & Barroso, 2014).

Em 2021 foi publicado um novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, que vigorará entre 2021 e 2026. Este foi construído com base na experiência de execução

do anterior Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, nas recomendações provenientes dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável propostas pelas Nações Unidas e no Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da Organização Mundial da Saúde (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 está organizado em cinco pilares que integram diversos objetivos estratégicos. O seu objetivo principal é

consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a tele-saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro de 2021, p. 97).

Uma das metas para 2026 do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, no objetivo estratégico 2.1, é que 100 % das unidades de Cuidados de Saúde Primários tenham indicadores da segurança do doente em sede de contratualização.

A segurança do doente, em geral, e a segurança na medicação em particular formam um problema global de saúde pública. A integração das várias estratégias, ajustadas a cada contexto e supervisionadas de forma a validar a sua efetividade, contribui para a prevenção de incidentes e erros de medicação, beneficiando o doente, o profissional e a sociedade, manifestando-se deste modo em ganhos de saúde, financeiros e económicos e de bem-estar (Sales et al., 2021).

A polimedicação e a gestão do regime terapêutico no domicílio é um dos grandes desafios atuais em saúde e é dever do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública estar desperto para esta problemática, procurando estratégias adequadas, de acordo com as suas competências específicas, nomeadamente do que diz respeito à contribuição para o processo de capacitação de grupos/comunidade numa perspetiva de qualidade dos cuidados prestados, prevenindo complicações para a saúde. Deste modo, considerou-se prioritário para a UCCTS, em intercooperação com as demais unidades funcionais do CS e do ACeS e com entidades da comunidade, oferecer uma resposta objetiva, coordenada e integrada sobre esta problemática à população.

Neste sentido, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, são essenciais na avaliação, no diagnóstico e na intervenção na área da adesão ao regime terapêutico, incluindo o regime medicamentoso.

Considerando o exposto, delineou-se o projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados “PoliSegura”: Prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio

1. PROJETO DE INTERVENÇÃO – “POLISEGURA”: PREVENÇÃO DO RISCO ASSOCIADO À POLIMEDICAÇÃO E GESTÃO SEGURA DO REGIME TERAPÊUTICO NO DOMICÍLIO

Nas últimas décadas, tem havido uma transferência da prestação de cuidados hospitalares para ambientes comunitários, incluindo para cuidados domiciliários. A procura crescente de cuidados domiciliários para apoiar as pessoas que querem viver em casa o maior tempo possível tem sido atribuída ao envelhecimento demográfico, à necessidade de reduzir custos em saúde, às preferências dos utentes e ao desenvolvimento de tecnologia para utilização no domicílio.

Devido à transferência de responsabilidade dos cuidados hospitalares para a comunidade, os prestadores de cuidados domiciliários (nomeadamente enfermeiros) têm maiores responsabilidades e uma gama mais ampla de funções. Neste âmbito, com o aumento da complexidade de cuidados no domicílio e devido a um conjunto adicional de outros fatores (por exemplo, dotações insuficientes, visitas domiciliárias reduzidas em número e tempo), pode ocorrer incidentes relacionados com a gestão da medicação pelo enfermeiro e/ou pelos cuidadores.

Contudo, sabemos que nos últimos anos, tem vindo a aumentar o número de pessoas com multimorbidades, devido nomeadamente ao aumento da esperança média de vida e envelhecimento populacional (Organização Mundial de Saúde, 2016).

A multimorbidade ocorre quando uma pessoa apresenta duas ou mais condições crónicas que podem ser: condições de saúde física e mental (como, diabetes ou esquizofrenia), condições contínuas (por exemplo, dificuldade de aprendizagem), condições complexas (como fragilidade ou dor crónica); deficiências sensoriais (por exemplo, perda de visão ou audição), e uso indevido de álcool e substâncias (Organização Mundial da Saúde, 2019). Devido à coexistência de duas ou mais condições, as pessoas com multimorbidade são, muitas vezes, polimedicadas (Organização Mundial de Saúde, 2016).

Todavia, a definição do conceito de polimedição continua pouco clara (Organização Mundial da Saúde, 2016; 2019). Uma revisão sistemática publicada em 2017 acerca da definição de polimedição, incluiu 138 definições e termos associados. Destas, 111 eram definições numéricas (isto é, reportavam apenas o número total de medicamentos a partir do qual se considera que existe polimedição), 15 eram definições numéricas

que incluíam também a duração do tratamento ou o contexto de prestação de cuidados de saúde e 12 eram definições descritivas. A definição mais comum utilizada, apresentada em 51 dos estudos incluídos, foi a definição numérica que considera a polimedicação como a toma de 5 ou mais medicamentos diariamente. Para além disso, há ainda inconsistências relativamente à definição no que toca à consideração da duração do tratamento, e da inclusão ou não de medicamentos de venda livre e medicamentos tradicionais e complementares (Masnoon et al., 2017).

Não obstante a dificuldade em definir polimedicação e o reconhecimento do potencial aumento do risco dos efeitos adversos, a utilização em simultâneo de diversos medicamentos, em determinadas situações, pode ser essencial e benéfica para a pessoa. Neste sentido, é imperativo distinguir aquilo que é a polimedicação adequada e a polimedicação inadequada. A polimedicação adequada ocorre quando: (1) todos os medicamentos são prescritos para alcançar objetivos terapêuticos específicos negociados com o utente; (2) os objetivos terapêuticos estão a ser alcançados ou, pelo menos, há probabilidade razoável de que serão alcançados no futuro; (3) a medicação foi otimizada para minimizar o risco de reações adversas a medicamentos; e (4) o utente está motivado e apto a tomar todos os medicamentos conforme previsto. Por outro lado, a polimedicação inapropriada ocorre quando um ou mais medicamentos são prescritos mas não são mais necessários porque: (1) não há indicação baseada em evidências, a indicação expirou ou a dose é desnecessariamente alta; (2) um ou mais medicamentos não atingem os objetivos terapêuticos a que se destinam; (3) um ou a combinação de vários medicamentos causam reações adversas a medicamentos, ou colocam o utente em alto risco de reações adversas a medicamentos; e (4) o utente não está disposto ou não pode tomar um ou mais medicamentos conforme pretendido (Scottish Government Polypharmacy Model of Care Group, 2018).

Um dos aspetos referidos nestas duas definições está relacionado com a adesão ao regime medicamentoso. Efetivamente quanto mais medicamentos uma pessoa tiver que tomar, maior será o nível de complexidade do regime medicamentoso e, conseqüentemente, a adesão a este regime pode ser comprometida, estando por isso as pessoas polimedicadas em maior risco de segurança (Organização Mundial de Saúde, 2016).

1.1. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE/EPIDEMIOLÓGICO E PLANEAMENTO

O diagnóstico da situação de saúde de uma comunidade constitui a base do planeamento em saúde e tem como objetivo identificar as suas necessidades de saúde e fatores de risco (Imperatori & Giraldes, 1993).

A multimorbilidade é bastante comum em idosos, pelo que muitos são polimedicados. (Organização Mundial da Saúde, 2016). Os idosos tornam-se assim grupos vulneráveis às consequências negativas da polimedicação, mais suscetíveis a reações adversas a medicamentos e ao aumento do risco de quedas, como consequência da diminuição das capacidades cognitivas e fisiológicas.

Num estudo realizado em 17 países europeus e Israel para avaliar a prevalência e os fatores relacionados à polimedicação em idosos com 65 ou mais anos, verificou-se que na globalidade dos países uma média de 32,1% dos idosos tomam 5 ou mais medicamentos por dia, sendo que esta prevalência variava de 26,3 a 39,9% nos diferentes países. Os países com menor prevalência de polimedicação eram a Suíça, Croácia e Eslovênia, enquanto Portugal, Israel e República Checa foram os países onde a prevalência mostrou ser maior. Especificamente Portugal apresentava uma prevalência de polimedicação de 36,9% (Midão et al., 2018).

Nos utentes abrangidos pela UCCTS observa-se um envelhecimento crescente, assim como um aumento da esperança média de vida, verificando-se conseqüentemente um aumento das patologias relacionadas com a idade e do consumo elevado de medicação. De acordo com o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários de 2022, a UCCTS abrange 12 005 utentes. No grupo etário entre os 65-74 anos, tem um total de 1.430 utentes (679 homens e 751 mulheres), e no grupo etário ≥ 75 anos tem um total de 1.633 utentes (651 homens e 982 mulheres). O Índice de Dependência Total é de 61,48%, e o Índice de Dependência de Idosos é de 45,44% (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

A Polimedicação pode ter implicações devastadoras para estes utentes, como risco aumentado de erros com medicação, interações medicamentosas, má adesão à terapêutica e redução da qualidade de vida.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2009), os enfermeiros devem incluir na sua prática a avaliação do risco de não-adesão, a identificação dos diagnósticos e motivos que levam à não-adesão, a implementação de intervenções apropriadas dirigidas e adaptadas aos utentes e a avaliação da adesão após a implementação de intervenções.

Na literatura científica internacional podemos encontrar várias intervenções de enfermagem que foram delineadas para aumentar a adesão ao regime terapêutico/medicamentoso. Numa revisão da literatura publicada em 2017, que incluiu 14 estudos, foram identificadas diferentes intervenções conduzidas por enfermeiros, nomeadamente: a realização de avaliações abrangentes da medicação em uso durante

as visitas domiciliares, aconselhamento verbal, educação/formação sobre medicamentos e fichas técnicas escritas, planos de cuidados e horários de medicamentos, e lembretes verbais e escritos por telefone ou utilização de dispositivos eletrônicos (Verloo et al., 2017).

Assim, delineou-se o Projeto “POLISEGURA”: Prevenção do risco associado à polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio, tendo como:

- **População – alvo**

Pessoas dependentes e seus cuidadores informais, abrangidos pela UCCTS, com gestão da polimedicação no domicílio.

- **Finalidade**

Aumentar a qualidade de vida e segurança em pessoas dependentes e polimedicadas da área de abrangência da UCCTS, cooperando para o desenvolvimento de programas de intervenção com respostas adequadas.

- **Objetivo geral**

Assegurar a gestão segura do regime terapêutico em pessoas dependentes abrangidas pela UCCTS através da utilização de diferentes estratégias de intervenção lideradas por Enfermeiros Especialistas em Saúde Comunitária/Saúde Pública.

- **Objetivos específicos**

- Melhorar a gestão ao regime terapêutico das pessoas dependentes e seus cuidadores informais sobre a gestão do regime terapêutico, que inclui o regime medicamentoso;
- Promover e negociar a adesão adequada ao regime terapêutico das pessoas dependentes;
- Envolver os cuidadores informais na gestão do regime terapêutico das pessoas dependentes.

- **Horizonte Temporal**

Período entre 5 de dezembro de 2022 a 24 de fevereiro de 2023.

- **Metodologia**

Para atingir os objetivos propostos estabelecemos um conjunto de intervenções cuja operacionalização se apresenta na tabela 1.

Tabela 2 - Projeto “Polisegura”: prevenção do risco associado à polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio, intervenções propostas e respetiva operacionalização

Intervenções	Operacionalização da Intervenção
Identificação dos casos de polimedicação em utentes abrangidos pela UCCTS.	- Rastreio de utentes polimedificados através do sistema informático das unidades.
Avaliação da gestão do regime terapêutico pelas pessoas dependentes e seus cuidadores abrangidos pela UCCTS.	- Contacto telefónico para agendamento de visita domiciliária que decorrerá na presença do cuidador informal, caso exista. - Realização de visitas domiciliárias, com utilização de entrevista.
Capacitação da pessoa dependente e seu cuidador abrangido pela UCCTS, para gestão do regime terapêutico	- Execução/realização de visitas domiciliárias periódicas para intervenções breves e monitorização.
Realização de estudo de diagnóstico situacional da gestão da polimedicação no domicílio por pessoas dependentes e seus cuidadores informais abrangidos pela UCCTS.	- Pedido de Parecer à Comissão de ética da UICISA-E. - Pedido de autorização à Coordenadora da UCCTS. - Realização de estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.
Implementação de Programa de prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio, a pessoas dependentes e seus cuidadores abrangidos pelas UCCTS/UCSPMC/USFTD do CSMC.	- Elaboração de Guia de intervenção de Enfermagem para prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio. - Estabelecimento de parceria com Farmácias de Miranda do Corvo. - Elaboração de Protocolo de articulação com Farmácias para sinalização de utentes no âmbito da prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio. - Reunião com as equipas das UCCTC/UCSPMC/USFTD do CSMC, para: - Apresentação dos resultados do Estudo de diagnóstico situacional da gestão da polimedicação no domicílio; - Apresentação do Programa de prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio.

1.2. ENQUADRAMENTO CONCETUAL

Face à finalidade e aos objetivos traçados para o desenvolvimento do Projeto de intervenção delineado, considerou-se o Modelo da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Madeleine Leininger como referencial teórico orientador, uma vez que norteia para uma intervenção culturalmente congruente. Os pressupostos teóricos da Literacia em Saúde constituíram também um referencial para orientar a intervenção de capacitação das pessoas dependentes e seus cuidadores para a gestão segura do regime terapêutico no seu cotidiano.

Ao compreender as crenças e valores das pessoas dependentes e seus cuidadores informais relacionadas com a gestão da polimedicação no domicílio, podemos atuar na preservação, acomodação ou reestruturação dessas práticas, seguindo as ações e decisões de enfermagem três formas de atuação (Tomey & Aligood, 2003):

- Preservando ou mantendo o cuidar cultural através de intervenções e decisões profissionais que consistem em assistir, facilitar ou capacitar as pessoas dependentes e seus cuidadores informais a manter hábitos favoráveis à saúde e uma gestão segura da polimedicação;
- Acomodando ou negociando o cuidar cultural com intervenções e decisões profissionais, que ajudem a formas de adaptação ou negociação das práticas no domicílio para a gestão segura da polimedicação;
- Repadronizando ou reestruturando o cuidar cultural, desenvolvendo intervenções e decisões profissionais, que ajudam as pessoas dependentes e seus cuidadores informais a reordenar, alterar ou modificar as práticas de gestão da polimedicação, respeitando os seus valores culturais e crenças, procurando formas mais seguras, com menor risco para a saúde e maior qualidade de vida.

Ter por base este referencial teórico na realização de práticas educativas, favorece a relação entre os sistemas profissional e popular de cuidado, permitindo estabelecer uma maior proximidade entre o enfermeiro e esta população alvo, facilitando o conhecimento do contexto em que vivem, a visão que têm da saúde e os fatores que possam influenciar o seu comportamento e adesão às orientações terapêuticas.

Para que tal aconteça torna-se imperativo conhecermos o domicílio e a família, e assim perceber alguns dos seus fatores sociais, culturais e económicos. É no domicílio que se observa a realidade da população alvo, tornando-se desta forma o local privilegiado para compreendermos o contexto de vida da pessoa dependente e seus cuidadores. Verificou-se nas diversas visitas domiciliares e na realização das entrevistas a cuidadores informais e/ou pessoas dependentes polimedicadas, que cada pessoa apresenta hábitos, crenças e valores relativamente à gestão segura do regime terapêutico conforme o grupo, família ou comunidade a que pertence.

Ter como quadro concetual à teorização de Leininger na intervenção para a gestão segura da polimedicação no domicílio por parte dos cuidadores informais e/ou pessoa dependente polimedicada, permite cuidar de forma cultural congruente, tendo por base princípios éticos e respeito mútuo, no qual é possível a pessoa polimedicada ter autonomia, liberdade e poder para tomada de decisão na adesão adequada ao regime terapêutico. Aliando o conhecimento científico e popular, temos a possibilidade de juntamente dos cuidadores informais e/ou pessoa dependente decidir sobre as ações que devem ser preservadas, negociadas ou reestruturadas relativamente às estratégias, dificuldades e necessidades na gestão do regime terapêutico, assim como evitar

eventuais riscos que possam ocorrer, sempre no intuito de alcançar o resultado mais benéfico e satisfatório para ambos.

Concomitantemente, os pressupostos de Leininger vão ao encontro das oportunidades e necessidades dos cuidadores informais e/ou pessoa dependente polimedicada, sendo por isso potenciadores da literacia em saúde.

A Organização Mundial de Saúde citado por Arriaga define Literacia em Saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde. (Arriaga et al., 2019, p. 6).

Em conformidade com o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, ao longo do nosso percurso de vida torna-se fundamental compreender e utilizar a informação e os serviços de saúde, em vários momentos, pelo que a Literacia em Saúde passa a ser uma prioridade, pois permite capacitar as pessoas para tomar decisões de saúde fundamentais no seu cotidiano (Arriaga et al., 2019).

De acordo com Almeida et al., (2019), baixos níveis de Literacia em Saúde estão intimamente ligados a uma maior procura dos serviços de urgência, maior número de internamentos e a uma menor prevalência de comportamentos e atitudes individuais e familiares preventivas no âmbito da saúde, o que conduz a uma diminuição da qualidade de vida. A DGS, no Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde, alerta para que a saúde é um recurso para as pessoas e para a sociedade, e deve ser vista como uma responsabilidade partilhada, sendo fundamentais o esforço e a dedicação de todos, devendo os profissionais de saúde potenciar oportunidades de promoção da Literacia em Saúde, de modo a capacitar e motivar a comunidade para a saúde, bem-estar e desigualdades em saúde (Almeida et al., 2019).

A Literacia em Saúde é crucial para a promoção da saúde, para a prevenção da doença e para o aproveitamento eficaz e eficiente dos serviços de saúde. A sustentabilidade do SNS requer a colocação da saúde e da literacia em saúde no centro da política nacional e da União Europeia como uma responsabilidade compartilhada, exigindo uma estreita ligação e articulação entre todos os parceiros dos setores, público, social e privado.

A Literacia em Saúde é indiscutivelmente uma prioridade de saúde pública e, simultaneamente, um desafio para toda a sociedade no que se refere à divulgação de conhecimento e aplicação do mesmo, de uma forma assertiva nas melhores escolhas de saúde (Almeida et al., 2019). Pelo anteriormente exposto a literacia em saúde assume um papel relevante na gestão segura da polimedicação, pelas capacidades que a pessoa dependente e seus cuidadores possam desenvolver para reduzir o risco de

erros com medicação, evitar interações medicamentosas, para melhorar a adesão à terapêutica.

Segundo dados constantes no Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, relativamente à população portuguesa verifica-se como grupos muito vulneráveis no campo da Literacia em Saúde, pessoas com 65 anos ou mais, com baixos níveis de escolaridade, com doenças crónicas e em que a sua auto - percepção da saúde é “má” (Arriaga et al., 2019). É precisamente nesta faixa etária que enquadra a nossa população alvo.

Para Almeida et al. (2019) é fundamental ajustar à população idosa, as estratégias de promoção da Literacia em Saúde tendo em atenção o provável declínio cognitivo, já que as possíveis alterações em capacidades como a memória ou rapidez de processamento da informação explicam uma proporção significativa das associações entre Literacia em Saúde dos adultos mais velhos e a sua saúde física e mental. Sendo assim, é importante, promover a autonomia da pessoa idosa e o direito à sua autodeterminação, mantendo a sua dignidade, integridade e liberdade de escolha, oferecendo acompanhamento de proximidade, de acordo com as características e necessidades exclusivas de cada pessoa, tendo em atenção as suas diferentes incapacidades. No processo de capacitação desta população é imprescindível que a informação fornecida seja simples e clara, assim como repetida as vezes que forem necessárias, dando o tempo para o seu processamento e envolvendo sempre que possível o cuidador, assim como identificando os diversos recursos e apoios disponíveis para a gestão segura da polimedicação no domicílio.

Os cuidados de saúde primários, nomeadamente as UCC representam um contexto privilegiado de prestação de cuidados de proximidade, prestando cuidados de saúde de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas e grupos mais vulneráveis tendo um papel importante na promoção da Literacia em Saúde. Para tal devem ser facilitadoras e dinamizadoras na transmissão e comunicação de informação e a promoção da Literacia em Saúde sobre gestão segura da polimedicação, seja produzindo conteúdos adaptados às necessidades da população, aos seus contextos, linguagem e capacidade de interpretação, seja na articulação com as diferentes unidades de saúde e recursos da comunidade.

CAPITULO 3 – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO – POLIMEDICAÇÃO E GESTÃO SEGURA DO REGIME TERAPEUTICO NO DOMICILIO

É dever do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública procurar estratégias adequadas, de acordo com as suas competências específicas, nomeadamente do que diz respeito à contribuição para o processo de capacitação de grupos/comunidade numa perspectiva de qualidade dos cuidados prestados, prevenindo complicações para a saúde. Justificou-se assim, a necessidade de realizar um estudo de diagnóstico situacional da gestão da polimedicação no domicílio pela população na área de abrangência da UCCTS.

Tendo por base a questão de investigação – “Como fazem os cuidadores informais e/ou pessoas polimedicadas a gestão do regime terapêutico no domicílio?” delineou-se um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.

Os principais objetivos das investigações qualitativas são descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência, considerando os diferentes aspetos do fenómeno do ponto de vista dos participantes. As investigações qualitativas visam todas o mesmo fim, ou seja, dar conta da experiência humana num meio natural (Fortin, 2009).

Nestes pressupostos, delinearam-se como objetivos do estudo:

- Conhecer as estratégias em uso pelos cuidadores informais e/ou pessoas polimedicadas relativamente à gestão do regime terapêutico no domicílio;
- Conhecer as necessidades e dificuldades dos cuidadores informais e/ou pessoas polimedicadas na gestão cotidiana da utilização em simultâneo de diversos medicamentos;
- Identificar potenciais riscos e/ou efeitos adversos decorrentes da utilização em simultâneo de diversos medicamentos.

Foram executados todos os procedimentos formais e éticos para a realização do estudo. Este foi submetido para parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da ESEnfC, que tem como princípio zelar pela observância dos padrões de ética da investigação desenvolvida, tem sido dado Parecer favorável (Anexo I).

Foi solicitada a devida autorização à coordenadora da UCCTS para a realização do estudo, e obtida a sua permissão (Anexo II).

1. METODOLOGIA

Para Fortin (2009) a população-alvo é um grupo de pessoas ou elementos que têm características em comum e que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos. Para a mesma autora, a amostra é a fração da população que compõe o objeto de estudo, correspondendo a uma menor dimensão da população. O método pelo qual é selecionada uma porção da população para representar a população inteira dá-se o nome de amostragem.

Optamos pela amostragem não probabilística e de conveniência, que será constituída por pessoas polimedicadas dependentes no domicílio e seus cuidadores informais.

Fortin (2009) considera como amostragem não probabilística aquela que tem características semelhantes às conhecidas na população, e de conveniência quando os indivíduos que a compõem são acessíveis e respondem aos critérios de inclusão. A seleção dos participantes no estudo foi feita pelo método de bola de neve, sendo os casos conhecidos da investigadora ou da Enfermeira Especialista Tutora, ou referenciados por outros participantes, ou conhecidos da comunidade. Definiram-se como critérios de inclusão:

- Aceitação da participação no estudo de forma livre e voluntária;
- Pessoa dependente com regime terapêutico polimedicamentoso;
- Cuidador informal responsável pela gestão simultânea de diversos medicamentos.

De acordo com Streubert e Carpenter (2013), só estabelecendo uma relação de confiança com as pessoas é possível alcançar os objetivos do estudo. Para tal, foi realizado um primeiro contacto pela investigadora com os participantes conhecidos ou referenciados, para verificar se aceitavam participar no estudo de forma livre e voluntária e agendar uma visita domiciliária. Este primeiro contato foi fundamental para estabelecer uma relação de confiança e proceder à devida assinatura do consentimento informado (Apêndice I).

Relativamente ao número de participantes numa investigação qualitativa este não deverá ser definido antecipadamente. Uma vez que não se determina uma amostra com um número específico de pessoas que permita a significância após a manipulação

estatística, mas sim procurar-se a repetição e confirmação dos dados previamente colhidos (Streubert & Carpenter, 2013).

Desta forma a colheita de dados continua até à saturação dos dados, garantindo a credibilidade do estudo, tornando fundamental que a análise dos dados se processe simultaneamente com a colheita de dados (Fortin, 2009; Streubert & Carpenter, 2013). Explica-se assim, que na investigação qualitativa é a saturação dos dados que determina o número de participantes.

Com base nos critérios de inclusão e na saturação dos dados, incluíram-se 7 participantes, dos quais 6 cuidadores informais e 1 pessoa polimedicada. De referir que da amostra apenas dois são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 50 e 85 anos, quanto ao grau de parentesco são cônjuges, com exceção de duas cuidadoras, em que uma é filha e a outra irmã.

Os dados foram recolhidos através de entrevista, tendo presente que possibilita uma aproximação maior da perspetiva do ator, no fundo, permite entrar no mundo da outra pessoa (Denzin & Lincoln, 2006). Optou-se pela entrevista semi-estruturada que, de acordo com Streubert & Carpenter (2013), apesar de apresentar questões orientadoras, possibilita a partilha da experiência pessoal do entrevistado. Assim, foi desenvolvido um guião de entrevista (Apêndice II), tendo os participantes a possibilidade de descrever a sua experiência de acordo com a sua perspetiva e experiência.

Os dados foram colhidos no período de 3 a 20 de janeiro na residência de cada um dos participantes, durante visita domiciliária realizada pela investigadora, após obtido o devido consentimento livre e esclarecido de todos os participantes para a entrevista e respetiva gravação. Foi garantido que ao participar no estudo os cuidadores informais e/ou pessoa dependente no domicílio concordavam também com a edição do material e a eventual publicação dos resultados.

Foi assegurado o anonimato através da codificação das entrevistas. Recorreu-se à audiogravação da entrevista e posterior transcrição dos testemunhos, atribuindo-lhes um código alfanumérico (E₁, E₂, ...).

Foi também salvaguardada a confidencialidade e proteção dos dados, ficando armazenados no computador da investigadora responsável em documento protegido através de chave de acesso. Garantiu-se que apenas foram partilhados com a Enfermeira Especialista Tutora e Professoras Orientadoras.

Para a análise dos dados obtidos seguiram-se as etapas explicitadas por Bardin (2013): pré-análise e leitura exaustiva dos depoimentos, exploração do material e construção das categorias, tratamento dos resultados e interpretação.

Assim, o *corpus* de informação foi analisado com base nas três categorias pré-definidas, relativas às estratégias, necessidades e dificuldades, e riscos associados, bem como identificação de outras subcategorias que fossem surgindo dos discursos. Durante o processo de análise foi desenvolvida uma matriz com a redução da informação cujo excerto pode ser consultado no Apêndice III.

2. RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

Iniciado o processo analítico, sobressaíram os discursos que permitiram a sua integração nas três categorias pré-definidas, relativas às estratégias de gestão da polimedicação pelos participantes, as suas necessidades e dificuldades, e os riscos de segurança medicamentosa associados. Mas foi a sua interpretação, em grande parte facultada pela informação não verbalizada que foi sendo recolhida através da observação aquando da realização das entrevistas, e que não surge explícita no *corpus* de informação resultante dos discursos, que fez perceber as diferentes perspetivas que cada categoria abrangia. Isto permitiu desdobrar a categoria das necessidades e das dificuldades, resultando assim quatro categorias, como também destringir e identificar as dez subcategorias que englobam.

Assim, na categoria “Estratégias de gestão da polimedicação” sobressaíram três subcategorias respeitantes a diferentes estratégias identificadas, designadamente o “Acondicionamento individualizado dos medicamentos”, o “Planeamento das tomas dos medicamentos” e o “Suporte escrito de gestão das tomas dos medicamentos”;

A estratégia mais utilizada, tanto pela pessoa polimedificada como pelo cuidador informal, surge associada à arrumação das embalagens ou dos medicamentos, como ilustram estes discursos:

“(...) tenho uma caixa em que guardo a medicação (...) tiro diretamente da caixa” E₁;

“(...) tento também que as caixas sejam sempre as mesmas, com a devida identificação” E₂;

“Eu já tenho divididos numa caixa lá ao pé dele.” E₆.

Outra das estratégias usadas passa pelo planeamento das tomas dos medicamentos, como referem estes participantes:

“(...) faz-se uma preparação semanal de uma caixa de medicação, com a identificação dos dias e do momento da administração (...)” E₂;

“Preparo diariamente para o dia seguinte” E₃.

O suporte escrito de gestão das tomas dos medicamentos é também uma estratégia usada, como mostram as palavras destes participantes:

“Tenho uma agenda e coloco o medicamento, o dia e a hora...” E₁;

“Tenho uma folha terapêutica para dar apoio, tenho escrito nas caixas as quantidades.” E₃.

Estas estratégias, sobretudo se conjugadas e ajustadas a cada pessoa polimedicada e a cada contexto, e supervisionadas de forma a validar a sua efetividade, contribuem para a prevenção de incidentes e erros de medicação, beneficiando o doente e manifestando-se em ganhos de saúde e de bem-estar, como referem Sales et al. (2021). A supervisão da forma como estas estratégias são postas em prática é fundamental, para garantir que são eficazes. Assim, é essencial que o enfermeiro compreenda o contexto das pessoas polimedicadas e dos seus cuidadores informais relacionadas com a gestão da polimedicação no domicílio, para poder preservar, acomodar ou reestruturar essas estratégias, conforme advoga Leininger (Tomey & Aligood, 2003).

Relativamente à categoria “Necessidades sentidas”, surge o ‘Apoio profissional’, como referem estes participantes:

“Às vezes pergunto ao médico, outras vezes não... às vezes pergunto na farmácia e eles dizem-me. Coitada da Enfermeira (...) às vezes ligo-lhe para o telemóvel...” E₅;

“Se preciso de ajuda peço à enfermeira (...)” E₇.

Despontou também a necessidade de ‘Suporte familiar’, sobretudo entre os cuidadores informais, como é visível nestas palavras:

“Ainda consigo... mas quem é que eu tenho para me ajudar?” E₁;

“Eu tenho outra irmã ..., mas ela não consegue...” E₅.

A categoria “Dificuldades sentidas” surge exclusivamente entre os cuidadores informais, tendo-se identificado o ‘Desgaste emocional’ e a ‘Sobreposição de papéis’.

O tempo no papel de cuidador parece contribuir para o desgaste, como indicam estas palavras:

“Cuidar de alguém há 20 anos... e por isso há um cansaço.” E₂;

“Eu há 8 anos que não sei o que isso é (folgar)...por isso é que eu estou “doidinha” da cabeça.” E₅;

“Cuidar do meu marido é uma grande responsabilidade...” E₆.

A sobreposição de papéis é bem ilustrada por este discurso:

“Gerir todo o contexto familiar torna-se por vezes a principal causa dos erros.” E₂.

Ter por base o referencial teórico de Leininger na realização de práticas educativas, possibilita estabelecer uma relação entre os sistemas profissional e popular de cuidado, permitindo suporte e apoio às pessoas polimedizadas e seus cuidadores. A proximidade entre o enfermeiro e esta população alvo, facilita o conhecimento do contexto em que vivem, dos seus fatores sociais, culturais e económicos, bem como a visão que têm da saúde e os fatores que possam influenciar o seu comportamento e adesão às orientações terapêuticas.

Como verificou Verloo et al. (2017) numa revisão da literatura, são diversas as intervenções conduzidas por enfermeiros nomeadamente: a realização de avaliações abrangentes da medicação em uso durante as visitas domiciliárias, aconselhamento verbal, educação/formação sobre medicamentos e fichas técnicas escritas, planos de cuidados e horários de medicamentos, e lembretes verbais e escritos por telefone ou utilização de dispositivos eletrónicos, o que permite afirmar a importância dos cuidados de saúde primários, nomeadamente as UCC pelo seu contexto privilegiado de prestação de cuidados de proximidade, tendo-se constatado nas diversas visitas domiciliárias o papel fundamental de suporte e apoio dos enfermeiros a esta população alvo.

A transferência da prestação de cuidados hospitalares para cuidados domiciliários, é uma realidade nas últimas décadas, quer seja por motivos relacionados com o envelhecimento demográfico, quer seja para a redução de custos em saúde ou mesmo pela preferência das pessoas em viver o maior tempo possível em suas casas. Esta realidade conduz à necessidade de suporte familiar, uma vez que os prestadores de cuidados domiciliários (nomeadamente enfermeiros) assumem também outras responsabilidades e funções que não lhes permitem corresponder às necessidades existentes na comunidade, o que muitas vezes se reflete na sobrecarga dos cuidadores informais, levando conseqüentemente a um desgaste mental e físico, e em algumas situações a uma sobreposição de papéis.

De acordo com Kaschowitz & Brandt (2017), o risco de problemas de saúde e de maior stress psicológico é evidente em todos os prestadores de cuidados. Cabanach, Calvo & Cortés (2021) referem que a prestação contínua de cuidados pode levar a um défice de autocuidado pelo próprio prestador de cuidados, traduzindo-se num baixo nível de bem-estar.

Quanto à categoria “Riscos de segurança medicamentosa”, identificaram-se três subcategorias relacionadas com a ‘Deficiente identificação dos medicamentos e do seu efeito medicamentoso’, o ‘Deficiente controle da toma dos medicamentos’ e ‘Erros e omissões na toma dos medicamentos’.

O principal risco parece advir da inadequada identificação dos medicamentos, de que são exemplo estes discursos:

“Sei quais os medicamentos ... não sei o nome.” E₁;

“Aqui é o meu armazém (caixa de medicamentos sem qualquer identificação), não sei bem para que é, se é um calmante ou não... também não sei bem para que é que é este.” E₅;

“Não sei, não... (para que serve). Estes são iguais, os brancos são diabetes (...) o azul e o branco e depois é este para as dores.” E₆.

Outro dos potenciais riscos associados à segurança medicamentosa parece residir no deficiente controle da toma, como mostram estas palavras:

“Ele toma tudo o que está na mesa de cabeceira... e eu lembro de tomar a medicação ... de manhã, toma 4 comprimidos...” E₄;

“(...) já sei que de manhã só lhe dou 3 e então à noite é que são mais.” E₆.

Os erros e omissões na toma dos medicamentos foi outro dos riscos de segurança identificados, como se percebe pelo dizer destes participantes:

“Pois... (risos) não, por enquanto ainda não (troca de medicação ou horário). ... tenho aqui 4 comprimidos de manhã que não sei... eram só 3... De manhã tem um a mais que não percebo...” E₁;

“Houve uma vez que me esqueci... passou em falso... e tomei no outro dia.” E₇.

De acordo com o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, verifica-se como grupos muito vulneráveis, pessoas com 65 anos ou mais, com baixos níveis de escolaridade, com doenças crónicas e em que a sua auto - percepção da saúde é “má” (Arriaga et al., 2019). Sendo assim como nos refere Almeida et al. (2019) é fundamental ajustar estratégias de promoção da Literacia em Saúde tendo em atenção o provável declínio cognitivo, assim como possíveis alterações em capacidades como a memória ou rapidez de processamento. Para que os riscos de segurança medicamentosa sejam minorados é necessário adaptar estratégias de acordo com as características e necessidades exclusivas de cada pessoa, promovendo um acompanhamento de proximidade tendo em atenção as suas diferentes incapacidades e fornecendo informação simples e clara, dando o tempo para o seu processamento e envolvendo sempre que possível o cuidador. É crucial identificar os diversos recursos e apoios disponíveis para a gestão segura da polimedicação no domicílio, para assim reduzir ou

evitar erros com medicação, bem como interações medicamentosas e assim melhorar a adesão à terapêutica.

Uma das metas para 2026 do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, no objetivo estratégico 5.1, é que 90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde utilizem ferramentas de controlo e monitorização da prática segura relativa à segurança da medicação e reconciliação terapêutica. Também no objetivo 5.2 é proposto como meta para 2026, que 90% das instituições de saúde definam estratégias para a implementação de práticas seguras em diferentes áreas, nomeadamente na segurança da medicação (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021, p. 102).

O contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde determinam a segurança e a eficácia dos mesmos, o PNSD 2021-2026 apresenta-se como uma ferramenta de apoio a gestores de topo, gestores de risco e profissionais de saúde, exigindo o empenhamento e responsabilidade de governação, coordenação e operacionalização nos diferentes níveis de cuidados, de forma a aumentar a segurança da prestação dos cuidados de saúde, nomeadamente no que diz respeito a uma gestão segura do regime terapêutico e medicamentoso, tendo sempre como foco o doente e os seus cuidadores.

Através da análise das entrevistas foi possível identificar nos discursos diferentes estratégias relacionadas com a gestão segura da polimedicação no domicílio dos entrevistados, nomeadamente quando questionados sobre que medicamentos tomam e para que tomam, como organizam a toma da medicação de forma segura, assim como gerem dificuldades e necessidades que têm, e os possíveis erros que possam ocorrer e a quem recorrem para os resolver.

CAPITULO 4 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS: REFLEXÃO CRÍTICA

Os cuidados de Enfermagem centrados na população exigem conhecimento sobre a comunidade, não apenas visando os seus problemas de saúde, mas também as suas características populacionais. Esta orientação de cuidados tem permitido reconhecer diferentes áreas de atuação e, simultaneamente, identificar constrangimentos relacionados com o acesso aos cuidados, a sua qualidade e os custos associados (Stanhope & Lancaster, 2016).

Os enfermeiros, pela sua proximidade à população, detêm um papel cada vez mais importante na sociedade, onde é exigida uma conjugação de esforços para responder aos constantes desafios nos CSP e garantir a continuidade dos cuidados e os direitos fundamentais das pessoas (Guedes, Figueiredo, & Apóstolo, 2015).

A Ordem dos Enfermeiros (2011), estabelece que cada enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública deve conseguir avaliar o estado de saúde de uma comunidade, elaborar projetos de saúde direcionados para as necessidades detetadas, implementar intervenções, monitorizá-las e avaliá-las, com vista à capacitação dessa comunidade, e cooperar na vigilância epidemiológica, por forma a produzir indicadores pertinentes à tomada de decisão.

As atividades realizadas, pretenderam dar resposta aos objetivos de aprendizagem/competências definidos para o Estágio, tendo sido desenvolvidas de acordo com as necessidades em saúde da comunidade de abrangência da USPPF e UCCTS, centradas nas competências específicas e comuns do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública.

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

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública são: 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 objetivos do PNS; Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de Setembro, 2018).

Considerando as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, foi possível adquirir as mesmas através das diferentes atividades realizadas nos diferentes contextos da prática clínica.

1.1. ESTABELEECER, COM BASE NA METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE, A AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE UMA COMUNIDADE

O diagnóstico da situação de saúde de uma comunidade constitui a base do planeamento em saúde e tem como objetivo identificar as suas necessidades de saúde e fatores de risco de modo a guiar futuras intervenções, definindo previamente estratégias e objetivos adequados. Neste sentido, foi possível proceder à identificação das necessidades e problemas da população da UCCTS e assim adquirir esta competência específica, através dos momentos de orientação com a Enfermeira Especialista Tutora e restante equipa, na participação em reuniões de serviço, na consulta de documentos internos, nomeadamente plano de ação da UCC e nas visitas domiciliárias no âmbito da ECCI. Apesar da escassez de recursos, torna-se prioritário identificar os problemas da população, atuando não necessariamente nas consequências, mas sim nas causas dos problemas, estabelecendo prioridades e delineando as intervenções a executar. Assim, procedeu-se à consulta dos registos, relatórios e planos de atividades na UCC e na USP, bem como consulta digital do BI dos respetivos ACES de pertença. Após identificação das necessidades de saúde da população abrangida pela UCCTS e estabelecidas as prioridades de intervenção concebeu-se um projeto de intervenção, que contemplou um estudo de diagnóstico situacional da gestão da polimedicação no domicílio por pessoas dependentes e seus

cuidadores informais abrangidos pela UCCTS. Para tal, foram identificados os casos de polimedicação em utentes abrangidos pela UCCTS, através do sistema informático das unidades, e procedeu-se à avaliação da gestão do regime terapêutico no domicílio, através de agendamento de visita domiciliária, por meio de contacto telefónico, para realização de uma entrevista. Durante estas visitas domiciliárias, para além das entrevistas efetuadas, foi possível realizar intervenções breves, tendo por base os pressupostos conceptuais de preservação de estratégias adequadas em uso, acomodação de estratégias de gestão aos recursos e capacidade existente e reestruturação de medidas de gestão de toma de medicamentos identificados como não seguros, consoante o contexto e a realidade de cada um dos intervenientes.

Analisada a informação recolhida junto da população alvo implementou-se um Programa de prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio, a pessoas dependentes e seus cuidadores abrangidos pelas UCCTS/UCSPMC/USFTD do CSMC, através da Elaboração de Guia de intervenção de Enfermagem (Apêndice IV) para prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio, para tal estabeleceu-se parcerias com Farmácias de Miranda do Corvo, com a elaboração de Protocolo de articulação (Apêndice V) para sinalização de utentes no âmbito da prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio. Realizou-se uma reunião com as equipas das UCCTC/UCSPMC/USFTD do CSMC, para apresentar os resultados do Estudo de diagnóstico situacional da gestão da polimedicação no domicílio e apresentar o Programa de prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio.

Paralelamente, no âmbito da ECCI, procedeu-se à capacitação da pessoa dependente e seu cuidador para gestão do regime terapêutico, através da execução de visitas domiciliárias periódicas onde se procedeu a intervenções breves e devida monitorização.

Durante o desenvolvimento do projeto identificou-se pesquisa bibliográfica, leitura de documentos e revisão dos conteúdos, tendo sempre em atenção as sugestões dadas pela tutora. As minhas intervenções foram sempre baseadas na evidência científica.

1.2. CONTRIBUIR PARA O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DE GRUPOS E COMUNIDADES

Ao desenvolver cuidados coordenados e integrados, na comunidade e estimulando a participação comunitária e a responsabilização dos utentes/famílias/grupos/comunidade, assegurando os seus direitos e protegendo os

mais vulneráveis, numa perspectiva abrangente, equitativa e acessível, o enfermeiro especialista tem a capacidade de atingir o grande objetivo de capacitar para uma vivência autônoma e integrada em sociedade. Das várias atividades realizadas para atingir tal competência, destaco a colaboração na consulta do viajante e vacinação internacional – USP Coimbra, o que confere ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública uma especial importância na capacitação dos viajantes, para uma saída em condições de segurança, do país, alertando para o cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional, tendo tido a possibilidade de facultar informação pertinente, promovendo educação para a saúde relacionada com o risco clínico previamente identificado.

Ainda no âmbito da promoção da saúde e conseqüentemente promovendo a literacia em saúde, de forma a gerar ganhos em saúde, destaco alguns projetos de intervenção na UCC quer no âmbito da Saúde Escolar, através das sessões “Saúde Menstrual” e “Crianças e Jovens com Necessidades Especiais em contexto escolar”, que me permitiram desenvolver esta competência, assim como as visitas domiciliárias realizadas no âmbito da ECCI e a ERPI (USP).

A realização do projeto de intervenção na área da polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio permitiram-me a realização de um “Guia de Intervenção de Enfermagem-Prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio”, de forma a capacitar os enfermeiros da UCCTS/USF/UCSP para esta problemática, tendo por base os pressupostos conceptuais.

A elaboração do Protocolo de articulação com Farmácias para sinalização de utentes no âmbito da prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio, foi outra intervenção pioneira entre os intervenientes e que me permitiu atingir esta competência. Este trabalho de articulação da UCCTS e as farmácias de Miranda do Corvo é uma mais valia para um bem comum, a segurança e qualidade nos cuidados de saúde da comunidade, permitindo capacitar e sensibilizar para esta problemática.

Para a aquisição desta competência contribuiu a minha integração na equipa de Vacinação Covid-19/Gripe, onde tive a oportunidade de presenciar a incerteza e o receio relativamente á administração das duas vacinas em simultâneo, o que permitiu esclarecer e informar para uma tomada de decisão livre e consciente por parte dos utentes.

A passagem pelo Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra nomeadamente na consulta de enfermagem, deu-me também oportunidade para capacitar os utentes através das intervenções e técnicas de diagnóstico e tratamento, nomeadamente na adesão e cumprimento da terapêutica.

1.3. INTEGRAR A COORDENAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE DE ÂMBITO COMUNITÁRIO E NA CONSECUÇÃO DOS OBJETIVOS DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE

A integração e coordenação de programas permite às Unidades Funcionais (UCC/USP) e aos profissionais que as integram, como forma de gerir recursos, na maioria escassos, a prever resultados através do desenvolvimento de atividades previamente planeadas permitindo dar resposta aos objetivos estabelecidos pelo Plano Nacional de Saúde, onde constam as políticas de saúde do nosso país, para diferentes áreas e períodos de tempo específicos. Foram várias as atividades que permitiram compreender e desenvolver esta competência, nomeadamente através das reuniões na USP relativamente ao PNSE e Programa de Saúde Oral (PNSO). Foi possível integrar uma reunião com os responsáveis nas escolas, no final do ano letivo, para caracterização do parque escolar para o ano letivo seguinte. Esta caracterização inclui entre outros, dados referentes ao nº de docentes e não docentes, nº de alunos com Necessidades Educativas Especiais, designação da empresa de *outsorsing* responsável pela alimentação e número e tipologia de acidentes ocorridos na escola. Destaco também a reunião da equipa do projeto “Quero crescer forte”, onde a participação do enfermeiro tem um importante destaque no seio dos outros elementos, entre os quais, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. No âmbito do PNSO e em colaboração com as escolas, a USP solicita as listagens dos alunos elegíveis para cheque dentista (crianças que completem 7 anos, 10 anos e 13 anos até 31 de dezembro) até final do mês de novembro, sendo posteriormente emitido cheque dentista e realizada a sua entrega até dezembro pela USP – Plataforma SISO.

A possibilidade de acompanhar o processo de articulação entre o Enfermeiro Coordenador do CVC e as equipas coordenadoras das ERPI, da área de abrangência da USPPFF, no decurso da vacinação dos idosos institucionalizados, promoveu a integração desta competência específica, através da participação e colaboração dos protocolos estabelecidos entre os serviços de saúde e as várias instituições.

Também no âmbito da UCCTS, acompanhar a ECCI proporcionou desenvolvimento de competências neste domínio. A ECCI é uma tipologia de resposta de prestação de cuidados da RNCCI, enquadrada na prestação de CSP e deve integrar sempre,

enquanto programa prioritário as UCC, fazendo parte integrante das suas carteiras de serviços, daí a ECCI de Miranda do Corvo estar integrada na UCCTS e tem, atualmente, 5 vagas, todas ocupadas à data do final de estágio.

As ECCI, são equipas multidisciplinares, que prestam serviços domiciliários decorrentes da avaliação integral do utente e família, em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento. Apesar de não ser a realidade em Miranda do Corvo, deveriam constituir estas equipas, enfermeiros, médico, técnico do serviço social, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta ou outros. Para além destes profissionais, são envolvidos no processo, utente, família ou cuidador, pelo que os sistemas e mecanismos de articulação e coordenação constituem uma das chaves do processo de avaliação e prestação de cuidados integrais e integrados.

Ao longo do estágio e no acompanhamento da Enfermeira Especialista Tutora aos utentes que têm estas necessidades pude desenvolver esta competência específica uma vez que integrei a equipa e observei a forma como o enfermeiro especialista participa na coordenação da ECCI, acompanhado o processo individual, recolhendo e transmitindo informação aos restantes elementos envolvidos na prestação de cuidados de enfermagem e médico. Sempre que necessário são providenciados apoios a nível psicossocial e terapia ocupacional, a nível das atividades de vida diária e na gestão de fármacos, a nível dos autocuidados da pessoa e na concessão de um ambiente seguro, assim como na educação para a saúde a desenvolver com os utentes, família e cuidadores informais.

Pude participar das reuniões realizadas com a equipa multidisciplinar para a análise e planeamento da situação atual dos utentes, bem como tomada de decisão conjunta, por exemplo no que concerne à alta dos utentes.

Os profissionais da ECCI efetuam rigorosa e sistematicamente, nos sistemas informáticos os registos de toda a sua atividade, através Plataforma GestCare (RNCCI) o que contribui para o aperfeiçoamento na implementação e monitorização do programa. São remarcadas visitas com a periodicidade necessária, permitindo avaliar o programa de cuidados prestados a cada utente e registar no SClínico, conforme preconizado.

Toda esta vigilância e monitorização sistemática, desenvolvida pelos enfermeiros da ECCI nas plataformas de registo informático, é de extrema importância para alcançar bons resultados nestes e noutros indicadores contratualizados.

1.4. REALIZAR E COOPERAR NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ÂMBITO GEODEMOGRÁFICO

Para a aquisição desta competência contribuíram atividades desenvolvidas no Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra nomeadamente na consulta de enfermagem, através das intervenções e técnicas de diagnóstico e tratamento. Foi possível observar além da toma da terapêutica, a capacitação dos utentes para uma tomada de decisão consciente no processo de adesão à terapêutica, assim como participar em rastreios de contactos para Tuberculose Pulmonar, nos diferentes contextos e colaboração no processo de inquéritos epidemiológicos. Outra das atividades desenvolvidas que permitiu atingir esta competência, e a que mais preencheu as oportunidades na prática clínica devido a evolução epidemiológica da doença por SARSCoV2 foi sem dúvida o processo de vacinação covid e gripe integrada na estratégia de vacinação consolidada pela DGS para o outono/inverno 2022 /2023 com o reforço sazonal da vacina contra a COVID-19.

A colaboração com a equipa multidisciplinar da USP nomeadamente com os Técnicos de Saúde Ambiental, permitiu participar nos processos de vigilância da saúde ambiental, no estudo dos problemas resultantes dos efeitos que o ambiente exerce sobre o estado fisiológico e mental das comunidades humanas e na colaboração da identificação, análise e correção ou diminuição dos fatores de risco para a saúde, estabelecendo prioridades nas intervenções de acordo com o nível de risco que representam para a comunidade, sendo uma mais valia para a concretização desta competência.

A elaboração de um projeto de investigação foi um contributo importante para este nível de competência, através da componente de investigação com a devida realização de colheita de dados no âmbito da pesquisa “Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio”, assim como a realização de tratamento e análise de dados e discussão dos resultados, o que permitiu estabelecer um diagnóstico epidemiológico da situação do risco associado á polimedicação no domicilio. O estudo deste fenómeno e todos os procedimentos metodológicos utilizados, tendo por base a evidência científica para a problemática designada, resultou na elaboração do relatório de estágio, com componente de investigação.

Também se pretende contribuir para a criação de indicadores de avaliação nomeadamente o indicador “*Taxa de resolução de ineficácia/compromisso na Gestão do Regime Terapêutico*” e no indicador “*Segurança de utentes*” que carecem de maior investimento na UCCTS.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Considero que todas as oportunidades de desenvolvimento de atividades foram proveitosas e potenciadoras do desenvolvimento das competências preconizadas, assim como tornaram possível compreender a importância, pertinência e a abrangência da intervenção do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. O sucesso de todo este percurso só se tornou possível devido ao empenho, disponibilidade e competência das enfermeiras especialistas tutoras, assim como as estratégias que mobilizaram na tutoria, todos estes fatores contribuíram para adquirir de uma forma satisfatória as competências comuns do Enfermeiro Especialista.

2.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Considero que a minha conduta, tomada de decisão e comportamento teve sempre subjacente os princípios ético-deontológicos que regem o exercício profissional da Enfermagem, não tendo sido observado ou sentido em nenhum momento o comprometimento dos mesmos.

Tendo por base a responsabilidade profissional e os deveres deontológicos, procedeu-se à autorização prévia para realização do estudo de diagnóstico situacional à Comissão de Ética da UICISA-E, e respeitou-se a autonomia e voluntariedade das pessoas dependentes e dos seus cuidadores, realizando a visita domiciliária após obtido o devido consentimento livre e esclarecido de todos os participantes, assim como para a entrevista e respetiva gravação. No tratamento e divulgação dos resultados foi assegurado o seu anonimato e fazendo sempre presente os direitos humanos e a responsabilidade profissional.

De igual modo pautei-me pelos princípios éticos e deveres deontológicos para com as outras profissões no desenvolvimento do projeto de melhoria de cuidados delineado e implementado, nomeadamente na parceria com Farmácia de Miranda do Corvo, e na elaboração de Protocolo de articulação para sinalização de utentes no âmbito da prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio, entre a UCC e a USF/UCSP.

2.2. MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE

A participação nas atividades associadas à Vacinação Covid-19, assim como o envolvimento com o CVC, permitiu-me ter um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, uma vez que desenvolvi cuidados de saúde de qualidade, centrado no doente, garantindo um ambiente terapêutico seguro, através de um circuito seguro para os utilizadores (profissionais, utentes e acompanhantes) no percurso e acessibilidade externa e interna ao centro de vacinação. O desenvolvimento de práticas de qualidade, através da monitorização e circuito do medicamento no CVC, desde o controlo da cadeia de frio à preparação e administração, bem como gestão de resíduos, desde definição de circuitos, triagem, acondicionamento e armazenamento temporário, incluindo o processo de monitorização e adequação do transporte para o seu tratamento e destino final, nomeadamente com verificação das guias transporte, fortalecem competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.

A realização do projeto “Polisegura”: prevenção do risco associado à polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio, foi concebido a partir de um suporte científico, permitindo-me planear atividades que integraram a metodologia de planeamento, indo ao encontro das necessidades das pessoas polimedicadas e dos seus cuidadores, assim como capacitar profissionais de saúde, especialmente enfermeiros. Deste modo possibilitou-me desenvolver práticas de qualidade, no intuito de gerir e colaborar programas de melhoria continua garantindo um ambiente terapêutico e seguro.

2.3. GESTÃO DOS CUIDADOS

O acompanhamento e participação na coordenação de todo o processo de vacinação, desde a convocatória, à gestão de recursos humanos, gestão de stocks materiais e gestão de doses de vacinas permitiram adquirir competências do domínio da gestão dos cuidados, colaborando ativamente na gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

A oportunidade de acompanhar a articulação entre o Enfermeiro Coordenador do CVC e as equipas coordenadoras das ERPI no processo de vacinação, dos idosos institucionalizados, contribuiu também para alcançar competências de gestão dos cuidados de enfermagem, colaborando na otimização da resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde.

Para o domínio das competências comuns destaco a importância de integrar um percurso formativo num contexto novo (UCC e USP). A integração na equipa multiprofissional foi um processo gradual, que se desenvolveu e aprofundou à medida que o estágio decorria e exigia a cooperação com os diferentes profissionais para a concretização de algumas atividades. Afirmando que esta foi positiva e facilitadora para desenvolver a minha autonomia, esclarecer dúvidas e refletir alguns assuntos relacionados com as experiências formativas e os cuidados na comunidade. A articulação com as equipas de saúde foi bem-sucedida, assim como a adaptação aos diferentes contextos e recursos existentes.

2.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

No decorrer da prática clínica, vários foram os momentos de reflexão sobre os acontecimentos diários e de confrontação teoria/prática assistencial, fosse de uma forma individual ou em partilha com a equipa. Procurei aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem que me foram surgindo de modo a conseguir atingir os objetivos propostos.

A elaboração do projeto “Polisegura”: prevenção do risco associado à polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio e todos os documentos elaborados para a implementação das atividades foram concebidos a partir de uma leitura e análise de documentos científicos e de outros considerados pertinentes para o efeito. Para a compreensão desta problemática da polimedicação foi necessário integrar e compreender o impacto que esta pode ter na qualidade de vida das pessoas, tendo sido fundamental os contributos da Enfermeira Especialista Tutora e da Professora Orientadora na orientação para as fontes bibliográficas e na seleção da informação e estratégias de intervenção mais pertinentes e adequadas para esta população alvo.

Apesar de o processo de capacitação de utentes, ou dos seus cuidadores, fazer parte da minha intervenção cotidiana enquanto enfermeira, fazê-lo no domicílio das pessoas e acomodar ou reestruturar as suas estratégias de gestão aos seus recursos e capacidades, foi um estímulo e uma aprendizagem constante!

Também a participação nas atividades e na elaboração de documentos, nomeadamente do Guia de Intervenção de Enfermagem e do Protocolo de Articulação com uma farmácia de Miranda do Corvo, bem como a elaboração do convite (Apêndice VI) a todos os profissionais do CSMC para a apresentação formal do Projeto “PoliSegura” aos profissionais do CSMC/Farmácias (Apêndice VII), foram sem dúvida um desafio que me levou à pesquisa, à reflexão e ao desenvolvimento da minha capacidade

comunicacional, constituindo oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal.

Deste modo considero que os estágios proporcionam assim momentos privilegiados para a aquisição de novas competências e desenvolvimento de competências já adquiridas, permitindo alcançar o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade através de todas as ações realizadas, tendo as minhas intervenções especializadas uma base de evidência científica que serão traduzidos em ganhos em saúde para a população.

CONCLUSÃO

A segurança na medicação é um aspeto primordial para a segurança do doente e para a omissão ou redução de erros e incidentes. É reconhecido como um sistema complexo, e do qual dependem inúmeros fatores e para o qual contribuem diversos intervenientes, onde a articulação entre todos nem sempre acontece de forma eficaz, daí que toda esta complexidade da segurança na medicação seja um grande desafio para a segurança do doente e inevitavelmente um problema de saúde pública.

A elaboração do projeto de intervenção sobre este problema de saúde identificado e apresentado neste relatório de estágio permitiu-me compreender de uma forma mais profunda a importância de consciencializar os profissionais de saúde, grupos e comunidade para os riscos associados à utilização da medicação, melhorando a literacia dos cidadãos, a interligação entre doentes, cuidadores e profissionais, tendo por base uma comunicação efetiva entre todos os intervenientes, implementando práticas seguras.

O uso do Modelo da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Madeleine Leininger, como referencial teórico orientador da intervenção junto deste grupo da comunidade, revelou-se fundamental para promover a capacitação de competências na pessoa dependente e seu cuidador informal, para uma congruência cultural e melhor gestão terapêutica medicamentosa no domicílio.

Com o término do estágio, impõe-se como fundamental fazer uma reflexão e avaliação do processo desenvolvido de forma a evidenciar as principais conclusões. Serão também referidas as limitações compreendidas no estudo desenvolvido e no projeto implementado, e apresentadas sugestões para futuras intervenções no âmbito da investigação, formação e prática clínica de Enfermagem.

As principais conclusões emergem dos resultados obtidos a partir da entrevista construída para o efeito, cujo objetivo principal foi identificar as estratégias, necessidades e dificuldades, bem como os riscos associados à polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio.

Verificaram-se como principais estratégias utilizadas pelos participantes, para responder à gestão do regime terapêutico o planeamento e acondicionamento das tomas dos medicamentos, observando-se a sua organização individualizada em caixas próprias de

medicação, com separação das diferentes horas do dia, ou simplesmente o apoio de um suporte escrito do nome do medicamento, dosagem e hora da toma.

A importância dos profissionais de saúde foi várias vezes referida como uma necessidade para a gestão segura da polimedicação, através do reconhecimento do seu trabalho, pelo acompanhamento, apoio e esclarecimento de dúvidas aquando das visitas domiciliárias. O apoio familiar também se apresenta como uma necessidade de praticamente todos os participantes na gestão da polimedicação.

Na sua generalidade todos os participantes cuidadores informais representam desgaste emocional como maior dificuldade, como risco de segurança medicamentosa sobressaiam também na sua maioria, a deficiente identificação dos medicamentos e o seu efeito medicamentoso, assim como o controlo da toma correta da medicação, o que leva a erros e omissões dificilmente assumidas pelos próprios.

Uma das limitações desta investigação foi o tempo disponível para a sua realização e, em consequência, o número de participantes, apesar de a informação recolhida permitir chegar aos resultados referidos.

Assim, considerando-se esta problemática atual e constituindo-se o estudo realizado como um contributo para a melhoria contínua dos cuidados a esta população, há necessidade de aprofundamento para maior suporte das intervenções, sugerindo-se no futuro a criação de planos de intervenção estruturados (“guia de intervenção para enfermeiros na consulta/visita domiciliária) relativos ao processo de capacitação das pessoas polimedicadas e seus cuidadores informais.

Para a sua consecução é necessário inicialmente articular os três principais envolventes deste processo: família, doente polimedicado e profissionais de saúde. É fundamental que a própria família atribua um significado favorável a este tipo de parceria, e sem dúvida que seja aceite pelo doente. Os enfermeiros, e em particular o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, enquanto intervenientes na equipa multidisciplinar, através de uma abordagem integrada, deverão contribuir para a agilização de todo o processo e da sua gestão no domicílio. Desde logo quando identificada a pessoa dependente polimedicada e o seu cuidador seria importante a avaliação geriátrica. No âmbito da ECCL é possível fazer uma avaliação sistemática da avaliação cognitiva e da Atividades de Vida Diárias, usando instrumentos objetivos (MMSE- Mini Mental State Examination; Índice de Katz) com esta população em situação de risco, constituída maioritariamente por idosos (+ 65 anos) que lidam com a gestão de polimedicação no domicílio.

Para que este processo seja abrangente é importante envolver a comunidade e os seus recursos estabelecendo parcerias, estendendo o “Protocolo de articulação” a todas as Farmácias na área de abrangência da UCCTS. Só a implementação de várias estratégias, de acordo com cada contexto, devidamente monitorizadas, permitem prevenir erros de medicação, o que oferece benefícios ao doente, profissional e sociedade, refletindo automaticamente ganhos em saúde, sejam eles económicos ou financeiros e de bem-estar, caminhando no sentido da qualidade e segurança dos cuidados.

Ainda no âmbito da melhoria contínua, sugere-se o desenvolvimento de momentos de formação/discussão conjunta em serviço para todos os profissionais, para que sejam capacitados de forma integrada, e criar espaços para refletir conjuntamente com os utentes/cuidadores sobre esta problemática, no sentido de os sensibilizar e criar estratégias formativas e de intervenção mais adequadas.

Relativamente à oportunidade de realização das práticas clínicas numa Unidade de Saúde Pública e numa Unidade de Cuidados na Comunidade revelaram-se numa experiência ímpar relativamente a tudo o que já experienciei durante o meu percurso profissional e académico, tornou-se sem dúvida num momento privilegiado de aprendizagem, pois o contexto em que os cuidados se desenvolvem permitem a mobilização do conhecimento formal previamente adquirido e o desenvolvimento de competências no domínio da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Destaco as competências de planeamento em saúde, vigilância epidemiológica e de capacitação de grupos/comunidade.

No geral, considero que os objetivos definidos para este estágio foram atingidos com sucesso. Os diferentes contextos de prática clínica permitiram o conhecimento da população, as suas necessidades e prioridades em saúde e os recursos existentes, só assim será possível, enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública planejar ações, intervir nas comunidades e trabalhar em parceria com outras entidades, sempre com o propósito da obtenção dos melhores resultados e indo ao encontro ao preconizado no Plano Nacional de Saúde.

A elaboração do presente relatório permitiu pensar crítica e reflexivamente as experiências formativas e as atividades desenvolvidas. Apesar do papel determinante de todos os atores intervenientes, a responsabilização do estudante pela sua aprendizagem é fulcral pois coloca-o no centro do processo. Este posicionamento permitiu o desenvolvimento de uma experiência de aprendizagem personalizada e individualizada, que correspondeu às minhas expectativas. Pela minha postura proactiva,

reflexiva e de interesse e disponibilidade, considero ter criado as condições essenciais para um estágio proveitoso e potenciador do desenvolvimento das competências preconizadas para o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, pelo que considero que a minha experiência formativa foi globalmente muito positiva.

BIBLIOGRAFIA

Administração Central dos Serviços de Saúde. (2017). *Equipa de Cuidados integrados. Missão para os Cuidados de Saúde Primários*. Recuperado de <http://2.acss.min-saude.pt>.

Administração Regional de Saúde do Centro. (2022). *Agrupamento dos Centros de Saúde*: Recuperado de <https://www.arscentro.min-saude.pt/>.

Agrupamentos de Centros de Saúde do Baixo Mondego. (2016). *Organização Interna*. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/agrupamento-de-centros-do-baixo-mondego/>.

Agrupamentos de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte (2017). *Plano Local de Saúde. (2017-2020)*. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/files/2019/01/PLANO-LOCAL-DE-SA%C3%A9ADE-ACeS-PIN.pdfL>.

Agrupamentos de Centros de Saúde do Baixo Mondego (2022). *Organização Interna*. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/Pages/default.aspx>.

Agrupamentos de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte.(2022). *Organização Interna*. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/2061851/Pages/default.aspx>.

Almeida, C. V.,...Assunção, V. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direcção - Geral da Saúde.

Associação Portuguesa de apoio à Vitima. (2018). *Lar de infância e juventude*. Lisboa: Recuperado de <https://www.apav.pt/apoios/index.php/accordion-a/criancas-e-jovens/lar-d-infancia-e-juventude>.

Arriaga, M., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). *Plano de Acção para a Literacia em Saúde 2019-2021 Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo (4ªed)*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Cabanach, R., Calvo, J., & Cortés, B. (2021). Involvement in self-care and psychological well-being of Spanish family caregivers of relatives with dementia. *Health and Social Care in the community*, 29, pp. 1308-1316.

Câmara Municipal da Figueira da Foz. (01 de 07 de 2022). *Município da Figueira da Foz*. Recuperado de <https://www.cm-figfoz.pt/>.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2007). *Ambientes Favoráveis à Prática: Condições no Trabalho = Cuidados de Qualidade*. (Trad. Ordem dos Enfermeiros - Hermínia Castro e António Manuel Silva). Genebra: autor. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)*. (Trad. Ordem dos Enfermeiros - Hermínia Castro). Genebra: autor. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf

Conselho Pedagógico. (2016). *Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. Coimbra: ESEnfC.

Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa, Portugal: Autor.

Direcção Geral da Segurança Social da Família e da Criança.(2006) *Respostas sociais: Nomenclaturas/conceitos*. Recuperado de https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Conceitos_das_Respostas_Sociais.pdf

Decreto-Lei n.º28/2008 de 22 de Fevereiro. *Diário da República n.º 38/2008 -1ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Denzin, N., & Lincoln, Y. (2006). *O planeamento da pesquisa qualitativa: Teorias e abordagens*, (2ª ed). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro de 2021. *Diário da República n.º 187/2021, Série II*. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>.

Direcção Geral da Saúde. (2013a). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa. Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saudeinfantil-e-juvenil.aspx>.

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Enfermagem*. Loures: Lusodidata.

Guedes, V. M., Figueiredo, M. S., & Apóstolo, J. A. (2016). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais em Cuidados de saúde Primários: da Compreensão à Concretização. *Revista de Enfermagem de Referência*, 8, 27-33.

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

Institute of Medicine. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US). [doi: 10.17226/9728](https://doi.org/10.17226/9728)

Instituto Nacional de Estatística. (23 de Maio de 2022). Informação estatística: Dados estatísticos. Recuperado de web site de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt.

Kaschowitz, J., & Brandt, M. (2017). Health effects of informal caregiving across Europe: A longitudinal approach. *Social Science & Medicine* 72-80.

Lei nº 147/99 de 1 de setembro. *Diário da República nº 204/1999 – 1ª Série-A*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/581619>

Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., & Caughey, G. E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC geriatrics*, 17(1), 1-10. [doi:10.1186/s12877-017-0621-2](https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2)

Mendes, C. M. F. G. S., & Barroso, F. F. M. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 197-205.

Midão, L., Giardini, A., Menditto, E., Kardas, P., & Costa, E. (2018). Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. *Arch Gerontol Geriatr*, 78, 213-220. doi: 10.1016/j.archger.2018.06.018.

Neves, M. (2022). *Guia orientador do Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório*. I Curso de mestrado em Enfermagem Comunitária -área de Enfermagem de saúde Comunitária e de Saúde Pública. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa, Portugal: Autor.

Organização Mundial da Saúde. (2016). *Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care*. Genebra: autor. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252275/9789241511650eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organização Mundial da Saúde. (2019). *Medication safety in polypharmacy: technical report*. Genebra: autor. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325454/WHO-UHC-SDS-2019.11-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. Recuperado de <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

PORDATA. (2022). Recuperado de <https://www.pordata.pt/Municipios%20figueira>.

PORDATA. (2022). Recuperado de <https://www.pordata.pt/https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Miranda+do+Corvo-255914>.

Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho de 2018, OE. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 135. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Sales, L., Coelho, A., Graça, A., & Paulino, E. (2021). Segurança na Medicação. Em F. Barroso, S. Ramos, & L. Sales, *Guia Prático para a Segurança do Doente* (pp. 249-262). Lisboa: Lidel.

Scottish Government Polypharmacy Model of Care Group. (2018). *Polypharmacy Guidance, Realistic Prescribing*. (3ª ed). Escócia: Scottish Government. Recuperado de <https://www.therapeutics.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/04/Polypharmacy-Guidance-2018.pdf>

Serviço Nacional de Saúde. (2021). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Recuperado de <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/2/20021/2061851/Pages/default.aspx>.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). *Public health nursing: Population-centered health care in the community* (9th ed.). Saint Louis, EUA: Elsevier.

Streubert, H., & Carpenter, D. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. (5ª ed). Loures, Portugal: Lusodidata.

Tomey, A., & Aligood, M. (2003). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem (5ª ed)*. Lisboa, Portugal: Lusociência.

Verloo, H., Chiolo, A., Kiszio, B., Kampel, T., & Santschi, V. (2017). Nurse interventions to improve medication adherence among discharged older adults: a systematic review. *Age Ageing*, 46(5), 747-754. [doi:10.1093/ageing/afx076](https://doi.org/10.1093/ageing/afx076).

ANEXOS

ANEXO I

Parecer da Comissão de ética UICISA-E

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnFC)

Parecer N° P908_10_2022

Título do Projecto: Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio.

Identificação da Proponente

Nome(s): Carla da Silva Simões

Filiação Institucional: ESEnFC

Investigador Responsável: Carla da Silva Simões

Orientadores(es): Marília M. A. M. C. Neves; Cristina M. F. Veríssimo; Anabela C. R. Corino

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

O estudo apresentado corresponde a dissertação do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública e é justificado, com fundamento na literatura, pela elevada prevalência de polimedicação nos idosos e os seus efeitos adversos.

Tem como objetivos:

"Conhecer as estratégias em uso pelos cuidadores informais e/ou pessoas polimedizadas relativamente à gestão do regime terapêutico no domicílio; Conhecer as necessidades e dificuldades dos cuidadores informais e/ou pessoas polimedizadas na gestão cotidiana da utilização em simultâneo de diversos medicamentos; Identificar potenciais risco e/ou efeitos adversos decorrentes da utilização em simultâneo de diversos medicamentos."

O estudo é definido como "... exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa." A amostra é definida como "não probabilística e de conveniência, que será constituída por pessoas dependentes no domicílio e seus cuidadores informais. A seleção dos participantes no estudo será feita pelo método de bola de neve, sendo os casos conhecidos da investigadora, ou referenciados por outros participantes, ou conhecidos da comunidade."

A recolha de dados decorrerá "Em locais combinados com os participantes, de acordo com as suas preferências, para a recolha de dados com recurso a entrevista semiestruturada realizada presencialmente."

A recolha de dados será efetuada pela proponente com recurso a entrevista semiestruturada gravada (guião apresentado em anexo).

Assim, com base nos documentos submetidos:

- É justificada a pertinência e utilidade do estudo;
- Estão definidos os critérios de inclusão e exclusão;
- É apresentado guia de entrevista, garantindo a proponente a destruição das gravações áudio após transcrição;
- Não há recolha de dados que permitam identificar os participantes;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes;
- São garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos.

Pelo exposto, o parecer da Comissão de Ética da UICISA:E é favorável ao estudo tal como apresentado.

O relator:

Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Data: 22/12/2022 A Presidente da Comissão de Ética:

Maria Flomena Bokello

ANEXO II

Autorização da UCCTS



Carla Simões <simoes.carlota@gmail.com>

Pedido de autorização

2 mensagens

Carla Simões <simoes.carlota@gmail.com>

19 de outubro de 2022 às 20:54

Para: Dora Cristina Lopes Caetano <DCCaetano@arscentro.min-saude.pt>

Boa noite Exma. Sra Enfermeira Coordenadora da UCC Torre de Sinos.

Conforme o combinado, segue abaixo o pedido de autorização para a colheita de dados relativos à concretização de um estudo intitulado POLIMEDICAÇÃO E GESTÃO SEGURA DO REGIME TERAPÊUTICO NO DOMICÍLIO na UCC de Torre de Sinos.

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Exma.
Senhora
Coordenadora
Da UCC Torre
de Sinos
Enf.ª Dora
Caetano

Carla da Silva Simões, Enfermeira a realizar Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório na UCC Torre dos Sinos, vem solicitar a V. Ex.ª se digne a autorizar a colheita de dados relativos à concretização de um estudo intitulado POLIMEDICAÇÃO E GESTÃO SEGURA DO REGIME TERAPÊUTICO NO DOMICÍLIO, inserido no contexto do Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Marília Andrade Neves.

A polimedicação e a gestão do regime terapêutico no domicílio é um dos grandes desafios em Saúde nos nossos dias e é dever do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública estar desperto para esta problemática, procurando estratégias adequadas, de acordo com as suas competências específicas, nomeadamente do que diz respeito à contribuição para o processo de capacitação de grupos/comunidade numa perspetiva de qualidade dos cuidados prestados, prevenindo complicações para a saúde. Considerando o exposto, sob a tutoria da Sr.ª Enfermeira Especialista Anabela Corino, propomo-nos a realizar um projeto de melhoria da qualidade na Unidade de Cuidados na Comunidade Torre de Sinos com o objetivo de assegurar a gestão segura da polimedicação em pessoas dependentes e seus cuidadores informais abrangidos pela ECCI. Justifica-se assim, a necessidade de realizar um estudo de diagnóstico situacional da gestão da polimedicação no domicílio por esta população.

Trata-se de estudo transversal, exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa e a amostra será constituída por pessoas dependentes e seus cuidadores informais a receber cuidados no domicílio pela ECCI da Unidade de Cuidados na Comunidade Torre de Sinos. Os dados serão recolhidos através de entrevista realizada pela investigadora.

Mais declaro que o estudo respeita os princípios enunciados na declaração de Helsínquia e do Regulamento Geral de Proteção de dados, comprometendo-nos a respeitar a voluntariedade de participação, o anonimato e confidencialidade de todos os dados assim como a sua proteção e segurança e o seu uso exclusivo para os fins referidos. Informamos também que submetemos este estudo a Parecer da Comissão Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E).

Aguardando o vosso melhor parecer, com consideração,

Carla da Silva Simões

Miranda do Corvo, 19 de outubro de 2022

24/10/22, 17:12

Gmail - Pedido de autorização

Com os melhores cumprimentos,

Carla Simões

Dora Cristina Lopes Caetano <DCCaetano@arscentro.min-saude.pt>
Para: Carla Simões <simoes.carlota@gmail.com>
Cc: Anabela Carvalho Rodrigues Corino <ACCorino@arscentro.min-saude.pt>

24 de outubro de 2022 às 10:02

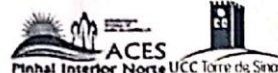
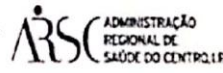
Ex.ma Sr^a Enfermeira, Carla Simões

No contexto atual da UCC, o estudo da Polimedicação e Gestão Segura do Regime Terapêutico no Domicílio é pertinente, e adequa-se às necessidades da comunidade.

Deste modo o nosso parecer é favorável, pelo que autorizamos a realização do mesmo.

Atenciosamente,

Com os melhores cumprimentos,
Dora Cristina Caetano
Enfermeira Coordenadora - UCC Torre de Sinos
Centro de saúde de Miranda do Corvo
R. 25 de abril nº 31
3220-185 Miranda do Corvo
Tel.: (+351) 239 530 070
ucc.torredosinos@arscentro.min-saude.pt



Pré-visualização da imagem

AVISO DE CONFIDENCIALIDADE

Esta mensagem (incluindo quaisquer anexos) pode conter informação confidencial ou legalmente protegida para uso exclusivo do destinatário. Se não for o destinatário pretendido da mesma, não deverá fazer uso, copiar, distribuir ou revelar o seu conteúdo (incluindo quaisquer anexos) a terceiros, sem a devida autorização. Se recebeu esta mensagem por engano, por favor informe o emissor, por e-mail, e elimine-a imediatamente. Obrigada

De: Carla Simões <simoes.carlota@gmail.com>
Enviado: 19 de outubro de 2022 20:54
Para: Dora Cristina Lopes Caetano <DCCaetano@arscentro.min-saude.pt>
Assunto: Pedido de autorização

[Citação ocultada]

APÉNDICES

APÊNDICE I

Consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

DESIGNAÇÃO DO ESTUDO: -----

INVESTIGADORES: Enf.^a Carla -----

DESCRIÇÃO: O presente estudo decorre no âmbito do Curso -----
-- e tem como principal objetivo conhecer----- , com a finalidade de melhoria contínua dos cuidados prestados.

O QUE LHE PEDIMOS: que participe numa entrevista realizada no seu domicílio. O som da entrevista será gravado, se autorizar. A entrevista será transcrita sem identificação do entrevistado e a gravação será apagada. Os resultados serão apresentados sob a forma de trabalho no curso referido. Pode desistir a qualquer momento, mesmo após a entrevista ter sido realizada.

A Investigadora irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este consentimento. Após a sua assinatura e a da Investigadora, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, agradecemos o tempo que nos despendeu.

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.
4. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento.
5. Aceito que utilizem a informação relativa à minha entrevista. Compreendi que os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais.

6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos.
7. Posso exercer o meu direito de retificação e/ ou oposição.
8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados.

Depois de ouvir as explicações acima referidas, declaro que aceito participar neste estudo.

Assinatura do Participante: _____

Data: ____ / ____ / ____

Confirmo que expliquei ao participante a natureza, os objetivos e os fins do estudo.

Assinatura da Investigadora: _____

Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE II

Guião de Entrevista

Guião de entrevista

Código de entrevista:

Entrevistado: pessoa dependente polimedicada cuidador informal

Sexo:

Idade:

1. Pode explicar-me que medicamentos toma?

2. Em que momentos do dia toma medicamentos em simultâneo?

3. Como faz para não confundir os medicamentos que toma?

4. Tem sentido dificuldade em gerir a toma dos seus medicamentos? Haveria algo que pudesse ajudar a não cometer erros ou esquecimentos?

5. Já ocorreu algum engano com a medicação? E esquecimento da toma correta dos medicamentos? Acontece com frequência? Quando acontece, o que faz?

APÊNDICE III

Matriz de Redução de Informação

Categorias	Sub-categoria	Unidades de significado
Estratégias de gestão da polimedicação	Planeamento das tomas dos medicamentos	<p>(...) faz-se uma preparação semanal de uma caixa de medicação, com a identificação dos dias e do momento da administração (...) E2</p> <p>Preparo diariamente para o dia seguinte, E3</p> <p>Logo por volta das 18:30, ou assim faço para o jantar, para de manhã e para o meio dia... por exemplo aqui são os da noite, aqui são os dois do almoço. E5</p> <p>A minha filha escreveu 24 e 24 horas, mas eu é que estabeleci o horário, as 20h30. E7</p>
	Acondicionamento individualizado dos medicamentos	<p>(...) caixa em que guardo a medicação (...) tiro diretamente da caixa E1</p> <p>(...) tento também que as caixas sejam sempre as mesmas, com a devida identificação que para quem prepara as caixas saber em que horário são os medicamentos e como devem ser tomados. E2</p> <p>Ele tem tudo na mesa de cabeceira tem a água e tem tudo (...) E4</p> <p>eu ponho aqui nesta “caixita”, já sei que é manhã ao meio-dia à noite, e este é para o lanche ...E5</p> <p>Eu já tenho divididos numa caixa lá ao pé dele. É uma caixinha comprida...é uma divisão para diabetes e outra do “renex”. E6</p> <p>Estão aqui na mesa de cabeceira a minha medicação E7</p>

	<p>Suporte escrito de gestão das tomas dos medicamentos</p>	<p>Tenho uma agenda e coloco o medicamento, o dia e a hora... E1</p> <p>folha terapêutica para dar apoio. tenho escrito nas caixas as quantidades. E3</p> <p>(...) tem tudo lá escrito (nas caixas)... E4</p> <p>Agora tenho... <i>(Nessa folha não está descrita a medicação toda e as doses não estão presentes em todos os medicamentos).</i>E5</p>
Necessidades	<p>Apoio profissional</p>	<p>Tenho uma agenda ...foi a Enfermeira (...) que me ajudou. E1</p> <p>às vezes pergunto ao médico, outras vezes não... às vezes pergunto na farmácia e eles dizem-me. Coitada da Enfermeira (...) ... às vezes ligo-lhe para o telemóvel... E5</p> <p>Se for preciso de ajuda peço à enfermeira (...) E7</p> <p>cabeça...é muito cansativo. E5</p>
	<p>Suporte familiar</p>	<p>ainda consigo... quem é que eu tenho para me ajudar E1</p> <p>dificuldades surgem com outros cuidadores que são os meus irmãos, E2</p> <p>Agora tenho, que o meu Rui fez (<i>neto estudante de enfermagem</i>),se me acontecer alguma coisa... Eu tenho outra irmã...mas ela não consegue... E5</p>
Dificuldades	<p>Sobreposição de papéis</p>	<p>(..</p>
	<p>Desgaste emocional</p>	<p>cuidar de alguém há 20 anos e por isso há um cansaço E2</p> <p>Gritava toda a noite...a chamar-me...tive dias de ir dormir para o sofá E5</p> <p>Eu há 8 anos que não sei o que isso é (folgar)...por isso é que eu estou "doidinha" da cabeça E5</p> <p>Cuidar do meu marido é uma grande responsabilidade...E6</p>

Riscos de segurança medicamentosa	Deficiente identificação dos medicamentos e do seu efeito medicamentoso	<p>Sei quais os medicamentos ...não sei o nome E1</p> <p>Assim todos, todos de repente não consigo (identificar). E3</p> <p>não estou a ver...não estou dentro do assunto (medicação). E4</p> <p>Aqui é o meu armazém (caixa de medicamentos sem qq identificação), não sei bem para que é, se é um calmante ou não... também não sei bem para que é que é este E5</p> <p>Não sei, não... (para que serve). Estes são iguais, os brancos são diabetes (...) o azul e o branco e depois é este para as dores. E6</p> <p>E agora estou a tomar uns que é por causa deste problema que tenho aqui no nariz, não sei como é que eles chamam. E7</p>
	Deficiente controle da toma dos medicamentos	<p>Faz um há muito tempo...mas não está nesta tabela, só nas caixas.E1</p> <p>Ele toma tudo o que está na mesa de cabeceira... e eu lembro de tomar a medicação,...de manhã, toma 4 comprimidos... E4</p> <p>já sei que de manhã só lhe dou 3 e então à noite é que são mais. E6</p> <p>Está tudo aqui, eu é que tenho de ter sempre o cuidado de tomar E7</p>
	Erros e omissões na toma dos medicamentos	<p>(risos) Pois...não, por enquanto ainda não (troca de medicação ou horário). ... tenho aqui 4 comprimidos de manhã que não sei... eram só 3... De manhã tem um a mais que não percebo... E1</p> <p>Troca de horário - O pequeno almoço e do jantar a serem trocadas. é que eu as vezes chego á noite e até me esqueço de lhos arranjar...não é que me esqueça de lhe dar...distraio-me com qq coisa e atraso a preparação... E5</p> <p>Nunca ouve engano...só numa altura... Até agora acho que não lhe dei nenhum enganado... E6</p> <p>Houve uma vez que me esqueci...passou em falso...e tomei no outro dia. E7</p>

APÊNDICE IV

Guia de Intervenções de Enfermagem/Folheto

Projeto “PoliSegura”

Guia de intervenção de Enfermagem

Prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime



1. ENTREVISTA NO PRIMEIRO CONTACTO

Identificar quem é o responsável pela preparação da medicação no domicílio e questionar sobre:

- Quais os medicamentos a tomar diariamente ;
- Em que momentos do dia são tomados medicamentos em simultâneo;
- Procedimentos adotados para não confundir os medicamentos a tomar;
- Dificuldades sentidas na gestão/preparação/toma dos seus medicamentos;
- Erros/trocas ocorridos com a medicação;
- Esquecimento da toma de medicamentos;
- Tipo de ajuda(s) que necessita/desejaria para gerir de forma segura a toma da medicação.

Identificar sinais de risco:

- Défice na identificação do medicamento;
- Desconhecimento do efeito do medicamento;
- Admissão de erros/omissões;

Identificar sinais de risco (cont.) :

- Evidência de desgaste emocional ou cansaço por sobreposição de papéis;
- Analfabetismo do responsável pela gestão da medicação no domicílio;
- Confusão na identificação dos medicamentos com necessidade de recurso a sinalética ou outra estratégia;
- Dificuldade no cumprimento do horário da toma da medicação com necessidade de vigilância;
- Dificuldade em assegurar a dosagem certa de medicação, com necessidade de capacitação;
- Dificuldades económicas;
- Dificuldades de comunicação (audição/verbalização/visão);
- Dificuldade de adesão terapêutica por incapacidade motora;
- Deficiências cognitivas ou senilidade/demência.

2. PROGRAMAR VISITA DOMICILIÁRIA

Validar informação recolhida na entrevista:

- Observar forma e local de acondicionamento da medicação (ex.: caixas semanais)
- Analisar as estratégias/recursos usados nas tomas diárias (ex: sistemas de identificação por cores; caixas individuais...)

Avaliar a capacidade da pessoa polimedcada/cuidador informal na gestão da medicação (ex: pedir para preparar a próxima toma ou caixa semanal):

- Pedir para demonstrar como faz o planeamento da medicação (ex: suporte escrito; escrever nas caixas...)
- Identificar a perceção dos erros/omissões ocorridos (ex: troca de horário; troca de medicamentos; falhas de tomas; sobredosagem...)

3. PROCESSO DE CAPACITAÇÃO:

Preservar estratégias adequadas em uso pela pessoa cuidadora:

- Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso;
- Incentivar a iniciativa;
- Incentivar progressos.

Acomodar as estratégias de gestão aos recursos e capacidades existentes:

- Incentivar a adesão ao regime terapêutico;
- Incentivar sobre comportamento de adesão;
- Ensinar sobre comportamento de adesão;
- Incentivar o Cuidador no envolvimento da gestão do regime terapêutico;
- Incentivar o envolvimento da família na gestão do regime terapêutico;
- Ensinar sobre os recursos da comunidade existentes;
- Supervisionar a autoadministração de medicamentos (se necessário).

Reestruturar as medidas e formas de gerir a toma de medicamentos identificadas como não seguras:

- Promover consciencialização;
- Encorajar a tomada de decisão para comportamento de adesão;
- Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico;
- Assistir a identificar crença de saúde dificultadora da gestão do regime terapêutico;
- Assistir a identificar significado dificultador da gestão do regime terapêutico;
- Negociar adesão ao regime terapêutico.;
- Orientar para o serviço de saúde.

Monitorização/Vigilância periódica através da visita domiciliária.

Avaliar stress/sobrecarga do cuidador.

PROCESSO DE CAPACITAÇÃO:

PRESERVAR ESTRATÉGIAS ADEQUADAS EM USO PELA PESSOA CUIDADORA:

- AVALIAR CONHECIMENTO SOBRE REGIME MEDICAMENTOSO;
- INCENTIVAR A INICIATIVA;
- INCENTIVAR PROGRESSOS.

ACOMODAR AS ESTRATÉGIAS DE GESTÃO AOS RECURSOS E CAPACIDADES EXISTENTES:

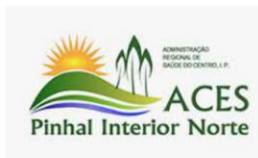
- INCENTIVAR A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO;
- INCENTIVAR SOBRE COMPORTAMENTO DE ADESÃO;
- ENSINAR SOBRE COMPORTAMENTO DE ADESÃO;
- INCENTIVAR O CUIDADOR NO ENVOLVIMENTO DA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO;
- INCENTIVAR O ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO;
- ENSINAR SOBRE OS RECURSOS DA COMUNIDADE EXISTENTES;
- SUPERVISIONAR A AUTOADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (SE NECESSÁRIO).

RESTRUTURAR AS MEDIDAS E FORMAS DE GERIR A TOMA DE MEDICAMENTOS IDENTIFICADAS COMO NÃO SEGURAS:

- PROMOVER CONSCIENCIALIZAÇÃO;
- ENCORAJAR A TOMADA DE DECISÃO PARA COMPORTAMENTO DE ADESÃO;
- ENSINAR SOBRE COMPLICAÇÕES DA NÃO ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO;
- ASSISTIR A IDENTIFICAR CRENÇA DE SAÚDE DIFICULTADORA DA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO;
- ASSISTIR A IDENTIFICAR SIGNIFICADO DIFICULTADOR DA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO;
- NEGOCIAR ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO.;
- ORIENTAR PARA O SERVIÇO DE SAÚDE;

MONITORIZAÇÃO/VIGILÂNCIA PERIÓDICA ATRAVÉS DA VISITA DOMICILIÁRIA.

AVALIAR STRESS/SOBRECARGA DO CUIDADOR.



UCC TORRE DE SINOS
 RUA DE ABRIL, 31 3220-185 MIRANDA DO CORVO
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO
 DE 2º A 6º FEIRA
TELEFONE
 239530070
EMAIL
 UCC.TORREDESINOS@ARSCENTRO.MIN-SAUDE.PT

PROJETO "POLISEGURA"

Guia de Intervenção de Enfermagem-Prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio



CARLA DA SILVA SIMÕES
 MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA-
 ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**



02

PROGRAMAR VISITA DOMICILIÁRIA

VALIDAR INFORMAÇÃO RECOLHIDA NA ENTREVISTA:

- OBSERVAR FORMA E LOCAL DE ACONDICIONAMENTO DA MEDICAÇÃO (EX.: CAIXAS SEMANAIS)
- ANALISAR AS ESTRATÉGIAS/RECURSOS USADOS NAS TOMAS DIÁRIAS (EX: SISTEMAS DE IDENTIFICAÇÃO POR CORES; CAIXAS INDIVIDUAIS...)

AVALIAR A CAPACIDADE DA PESSOA POLIMEDICADA/CIUDADOR INFORMAL NA GESTÃO DA MEDICAÇÃO (EX: PEDIR PARA PREPARAR A PRÓXIMA TOMA OU CAIXA SEMANAL) :

- PEDIR PARA DEMONSTRAR COMO FAZ O PLANEAMENTO DA MEDICAÇÃO (EX: SUPORTE ESCRITO; ESCREVER NAS CAIXAS...)
- IDENTIFICAR A PERCEÇÃO DOS ERROS/OMISSÕES OCORRIDOS (EX: TROCA DE HORÁRIO; TROCA DE MEDICAMENTOS; FALHAS DE TOMAS; SOBREDOSAGEM...)



IDENTIFICAR SINAIS DE RISCO:

- DÉFICE NA IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO;
- DESCONHECIMENTO DO EFEITO DO MEDICAMENTO;
- ADMISSÃO DE ERROS/OMISSÕES;
- EVIDÊNCIA DE DESGASTE EMOCIONAL OU CANSAÇO POR SOBREPOSIÇÃO DE PAPÉIS;
- ANALFABETISMO DO RESPONSÁVEL PELA GESTÃO DA MEDICAÇÃO NO DOMICILIO;
- CONFUSÃO NA IDENTIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS COM NECESSIDADE DE RECURSO A SINALÉTICA OU OUTRA ESTRATÉGIA;
- DIFICULDADE NO CUMPRIMENTO DO HORÁRIO DA TOMA DA MEDICAÇÃO COM NECESSIDADE DE VIGILÂNCIA;
- DIFICULDADE EM ASSEGURAR A DOSAGEM CERTA DE MEDICAÇÃO, COM NECESSIDADE DE CAPACITAÇÃO;
- DIFICULDADES ECONÓMICAS;
- DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO (AUDIÇÃO/VERBALIZAÇÃO/VISÃO);
- DIFICULDADE DE ADEÇÃO TERAPÊUTICA POR INCAPACIDADE MOTORA;
- DEFICIÊNCIAS COGNITIVAS OU SENILIDADE/DEMÊNCIA.

01

ENTREVISTA NO PRIMEIRO CONTACTO

IDENTIFICAR QUEM É O RESPONSÁVEL PELA PREPARAÇÃO DA MEDICAÇÃO NO DOMICÍLIO E QUESTIONAR SOBRE:

- QUAIS OS MEDICAMENTOS A TOMAR DIARIAMENTE;
- EM QUE MOMENTOS DO DIA SÃO TOMADOS MEDICAMENTOS EM SIMULTÂNEO;
- PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA NÃO CONFUNDIR OS MEDICAMENTOS A TOMAR;
- DIFICULDADES SENTIDAS NA GESTÃO/PREPARAÇÃO/TOMA DOS SEUS MEDICAMENTOS;
- ERROS/TROCAS OCORRIDOS COM A MEDICAÇÃO;
- ESQUECIMENTO DA TOMA DE MEDICAMENTOS;
- TIPO DE AJUDA(S) QUE NECESSITA/DESEJARIA PARA GERIR DE FORMA SEGURA A TOMA DA MEDICAÇÃO.



APÊNDICE V

Protocolo de Articulação

Projeto “PoliSegura”

Prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio

Protocolo de Articulação

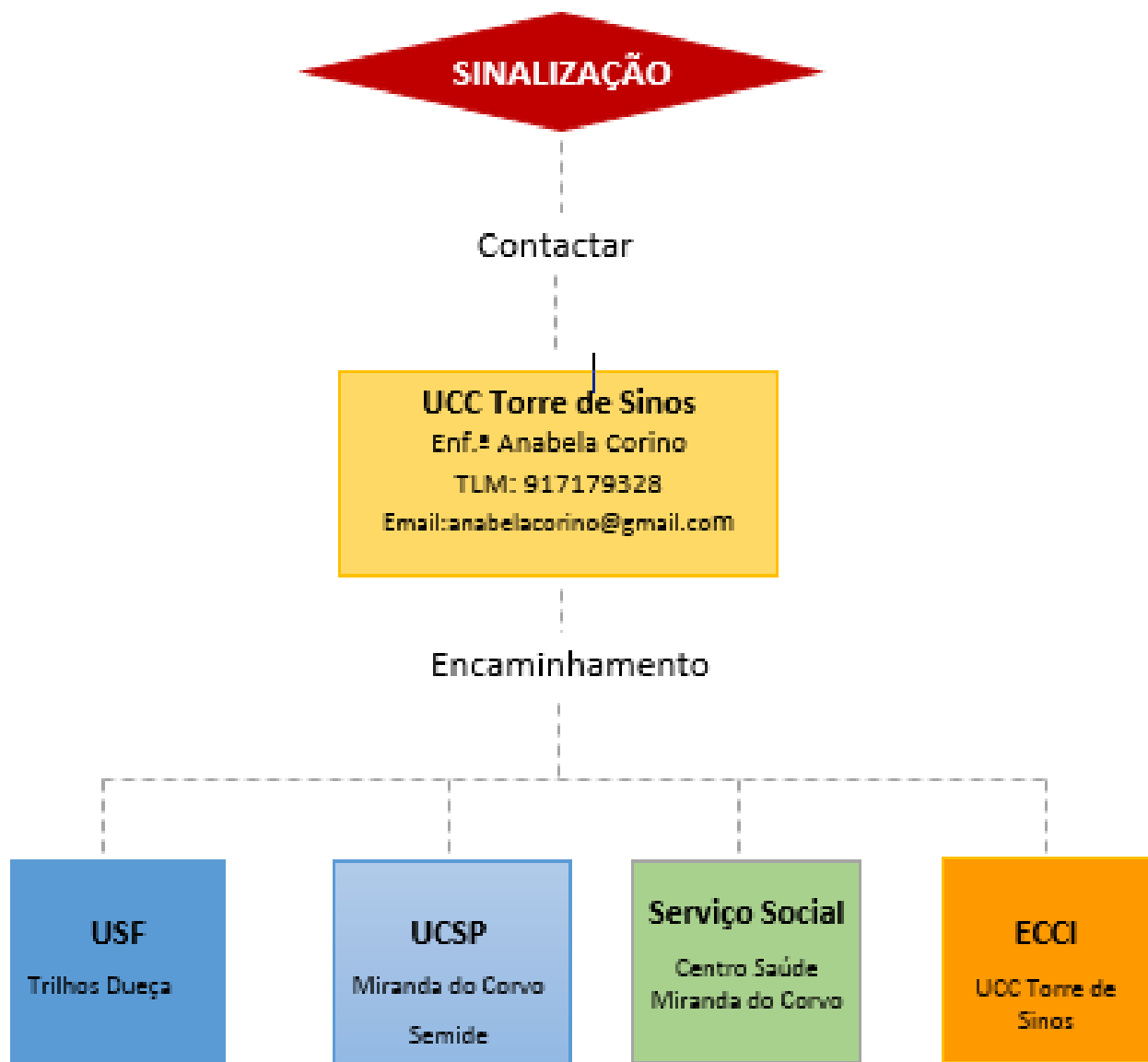
Farmácia Lima Natário e UCC/USF/UCSP do CS Miranda do Corvo

Critérios de Sinalização

Identificação de utentes polimedicados/cuidadores informais com evidência de incapacidade para gerir a medicação de forma segura:

- Analfabetismo;
- Confusão na identificação dos medicamentos com necessidade de recurso a sinalética ou outra estratégia;
- Dificuldade no cumprimento do horário da toma da medicação com necessidade de vigilância;
- Dificuldade em assegurar a dosagem certa de medicação, com necessidade de capacitação;
- Dificuldades económicas;
- Dificuldades de comunicação (audição/verbalização/visão);
- Dificuldade de adesão terapêutica por incapacidade motora;
- Deficiências cognitivas ou senilidade/demência;
- Gestão terapêutica ineficaz sem suporte familiar alargado ou social.

FLUXOGRAMA DE ARTICULAÇÃO



Legenda:

UCC-Unidade de Cuidados na Comunidade

USF-Unidade de Saúde Familiar

UCSP-Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ECCI-Equipa de Cuidados Continuados Integrados

APÊNDICE VI

Convite

Convite

Os estudantes do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em estágio na UCC Torre de Sinos, convidam Vossa Excelência para a reunião de apresentação e partilha dos resultados dos trabalhos desenvolvidos durante a prática clínica na população no concelho de Miranda do Corvo, a decorrer na sala de reuniões do Centro de Saúde.

Temas:

- **Polimedicação e Gestão Segura do Regime Terapêutico no Domicílio;**
- **Saúde Oral na População com 60 ou mais anos no município de Miranda do Corvo;**
- **Sono Azul : Padrões de sono, vigília, conhecimentos e conceções sobre o sono em adolescentes do 10.º ano.**

FEVEREIRO
SEXTA 24 14H30
2023

APÊNDICE VII

Apresentação do projeto “ PoliSegura” aos profissionais da CSMC/Farmácias

I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
ÁREA DE ENFERMAGEM DE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Projeto “PoliSegura”

**Prevenção do risco associado à polimedicação e
gestão segura do regime terapêutico no domicílio**

Carla da Silva Simões

Orientador: Professora Marília Neves

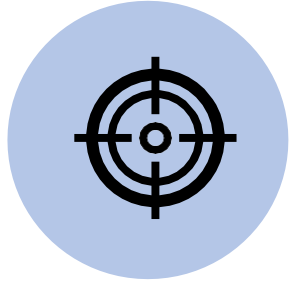
Coorientador: Professora Cristina Veríssimo

Enfermeira Especialista Cooperante: Anabela Corino

24 de fevereiro de 2023



SUMÁRIO



CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO

Enquadramento, Justificação, Intervenções e Operacionalização



ESTUDO: “POLIMEDICAÇÃO E GESTÃO SEGURA DO REGIME TERAPÊUTICO NO DOMICILIO”

Questão de investigação e Objetivos, Tipo de Estudo, Participantes do Estudo, Processo de Recolha de dados, Procedimento de Análise de dados, Procedimentos Éticos e Legais ou considerações éticas, Resultados e Conclusões



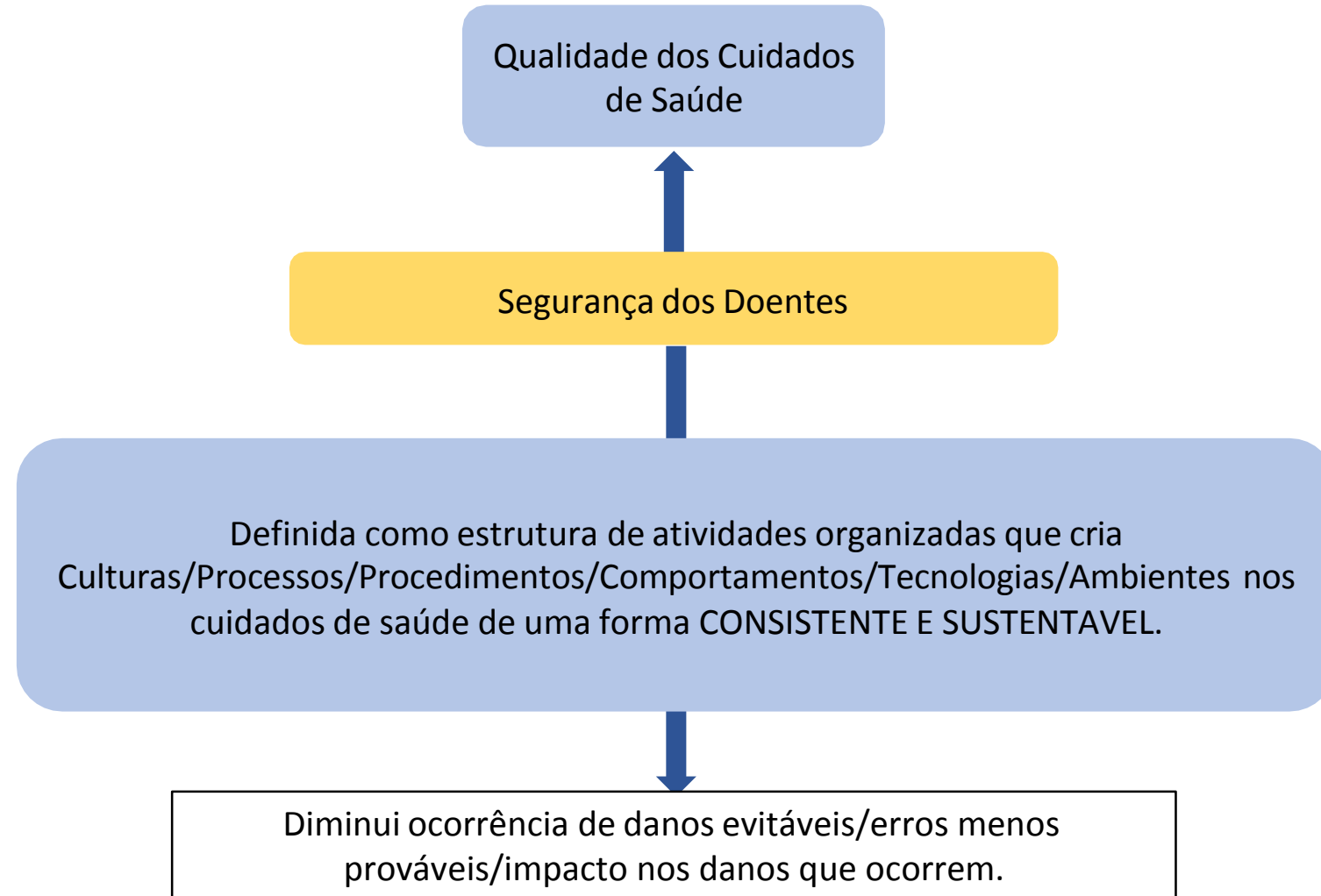
IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

Guia de Intervenção de Enfermagem,
Protocolo de Articulação com a Farmácia Lima Natário



CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO

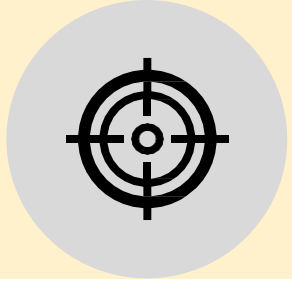
ENQUADRAMENTO





CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO

ENQUADRAMENTO



A qualidade dos cuidados do sistema de saúde português, na perspetiva do cidadão, está ainda longe de alcançar um nível razoável de satisfação, contribuindo para tal uma deficiente cultura de segurança nos serviços de saúde portugueses e em particular nos cuidados de saúde primários.

(Mendes e Barroso, 2014)

O **Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026** está organizado em cinco pilares que integram diversos objetivos estratégicos. O seu objetivo principal é:

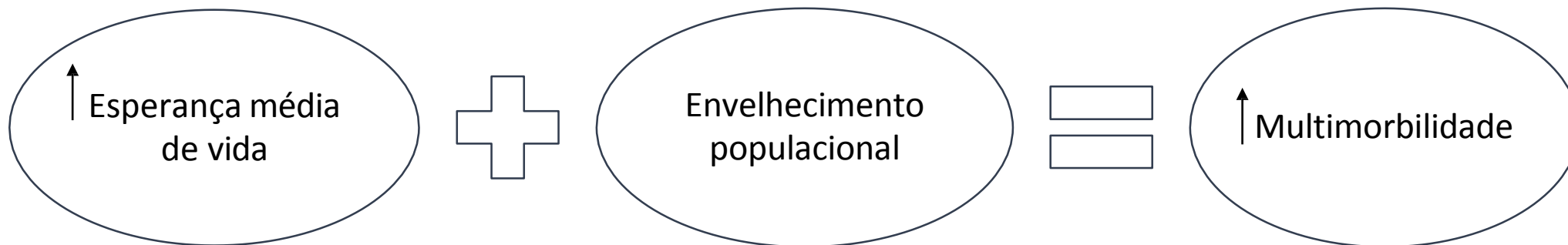
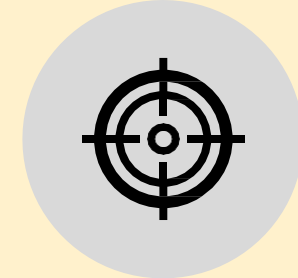
consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.

(Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro de 2021, p. 97)



CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO

ENQUADRAMENTO



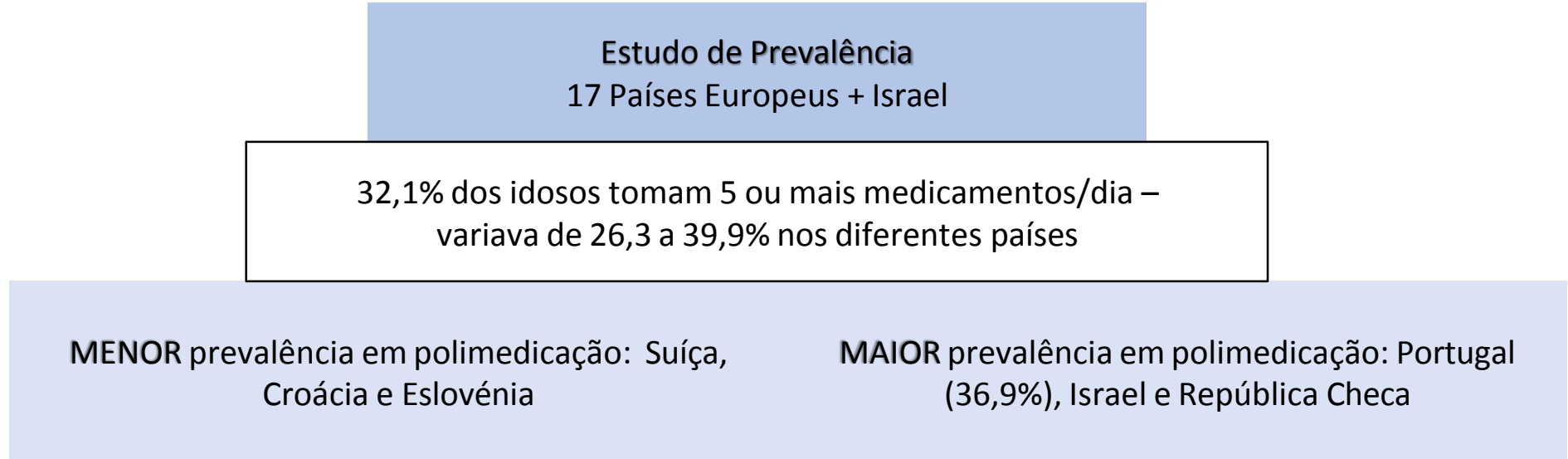
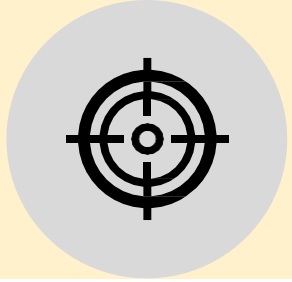
Multimorbilidade: uma pessoa apresenta duas ou mais condições crónicas



Pessoas com multimorbilidade são, muitas vezes, **polimedicadas**.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO

ENQUADRAMENTO



CONCEITO DE POLIMEDICAÇÃO:

Revisão sistemática (2017) = 138 definições: 111 numéricas; 15 numéricas e duração tratamento; 12 eram descritivas.

A **mais comum** (51 países): definição numérica como a toma de **5 ou mais medicamentos/ dia**.



CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO

JUSTIFICAÇÃO



Quanto **mais medicamentos** a pessoa tomar, maior será o nível de complexidade do regime terapêutico e, conseqüentemente, a **adesão ao regime pode ser comprometida**, estando por isso as pessoas polimedizadas em **maior risco de segurança**.

(Organização Mundial da Saúde, 2016)

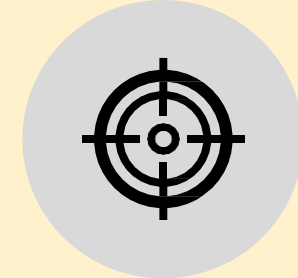
Utentes abrangidos pela **UCC Torre de Sinos**

Observa-se um envelhecimento crescente, assim como um aumento da esperança média de vida, verificando-se conseqüentemente um aumento das patologias relacionadas com a idade e do consumo elevado de medicação.



CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO

JUSTIFICAÇÃO

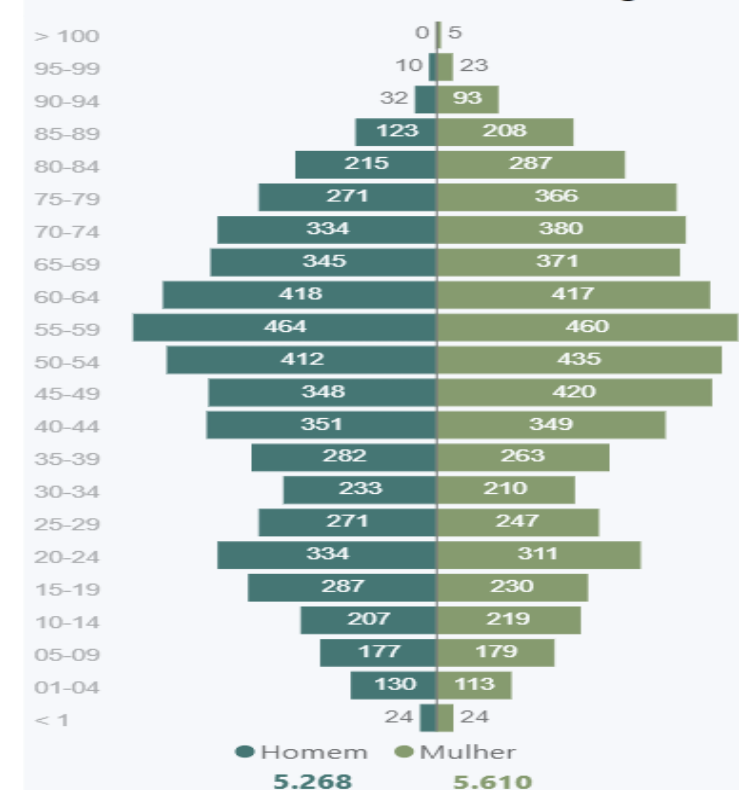


De acordo com o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários de 2022, a **UCC Torre de Sinos**:

- Abrange 12 005 utentes;
- No grupo etário entre os 65-74 anos, tem um total de 1.430 utentes (679 homens e 751 mulheres);
- No grupo etário ≥ 75 anos tem um total de 1.633 utentes (651 homens e 982 mulheres);
- O Índice de Dependência Total é de 61,48%;
- O Índice de Dependência de Idosos é de 45,44%.

(Serviço Nacional de Saúde, 2022)

Pirâmide Etária dos Utentes Abrangidos

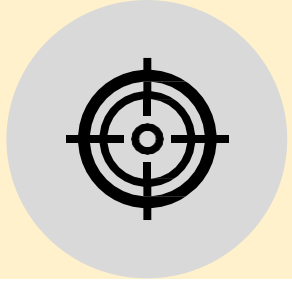


Fonte: BI CSP, 2022



CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO

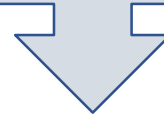
JUSTIFICAÇÃO



A POLIMEDICAÇÃO E A GESTÃO SEGURA DO REGIME TERAPÊUTICO NO DOMICILIO

DESAFIO EM SAÚDE PÚBLICA

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública



Capacitação de grupos/comunidade numa perspetiva de qualidade dos cuidados prestados, prevenindo complicações para a saúde.

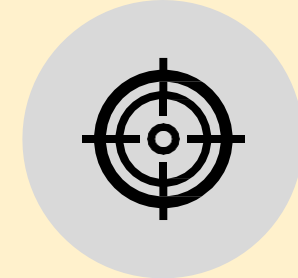
PRIORITÁRIO

UCC Torre de Sinos, em intercooperação com as demais unidades funcionais do CS e do ACeS e com entidades da comunidade, oferecer uma resposta objetiva, coordenada e integrada sobre esta problemática à população.



CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO

JUSTIFICAÇÃO



Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, são essenciais na **avaliação**, no **diagnóstico** e na **intervenção** na área da **adesão ao regime terapêutico**, incluindo o regime medicamentoso.



Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados

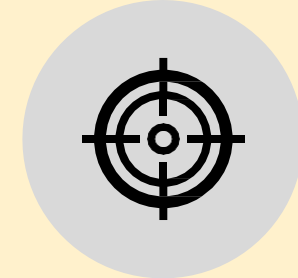
“PoliSegura”:

Prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio



CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO

INTERVENÇÕES E OPERACIONALIZAÇÃO

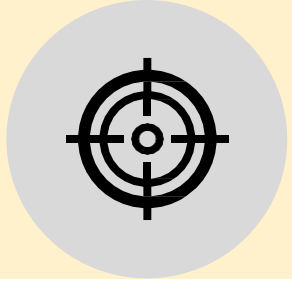


Intervenções	Operacionalização
Identificação dos casos de polimedicação em utentes abrangidos pela ECCI.	<ul style="list-style-type: none">▪ Rastreio de utentes polimedicados através do sistema informático das unidades.
Avaliação da gestão do regime terapêutico pelas pessoas dependentes e seus cuidadores abrangidos pela ECCI.	<ul style="list-style-type: none">▪ Contacto telefónico para agendamento de visita domiciliária que decorrerá na presença do cuidador informal, caso exista;▪ Realização de visitas domiciliárias, com utilização de entrevista.
Capacitação da pessoa dependente e seu cuidador abrangido pela ECCI, para gestão do regime terapêutico.	<ul style="list-style-type: none">▪ Execução/realização de visitas domiciliárias periódicas para intervenções breves e monitorização.
Realização de estudo de diagnóstico situacional da gestão da polimedicação no domicílio por pessoas dependentes e seus cuidadores informais abrangidos pela UCCTS.	<ul style="list-style-type: none">▪ Pedido de Parecer à Comissão de ética da UICISA-E;▪ Pedido de autorização à Coordenadora da UCCTS;▪ Realização de estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.



CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO

INTERVENÇÕES E OPERACIONALIZAÇÃO



Intervenções	Operacionalização
<p>Implementação de Programa de prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio, a pessoas dependentes e seus cuidadores abrangidos pelas UCCTC/UCSPMC/USFTD do Centro de Saúde de Miranda do Corvo.</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Elaboração de Guia de intervenção de Enfermagem para prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio;▪ Estabelecimento de parceria com Farmácias de Miranda do Corvo.;▪ Elaboração de Protocolo de articulação com Farmácias para sinalização de utentes no âmbito da prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio;▪ Reunião com as equipas das UCCTC/UCSPMC/USFTD do Centro de Saúde de Miranda do Corvo, para:<ul style="list-style-type: none">- Apresentação dos resultados do Estudo de diagnóstico situacional da gestão da polimedicação no domicílio;- Apresentação do Programa de prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio.



ESTUDO: “POLIMEDICAÇÃO E GESTÃO SEGURA DO REGIME TERAPEUTICO NO DOMICILIO”



Questão de investigação

Como fazem os cuidadores informais e/ou pessoas polimedizadas a gestão do regime terapêutico no domicílio?

Tipo de estudo

Exploratório, descritivo

Abordagem qualitativa

Objetivos do estudo

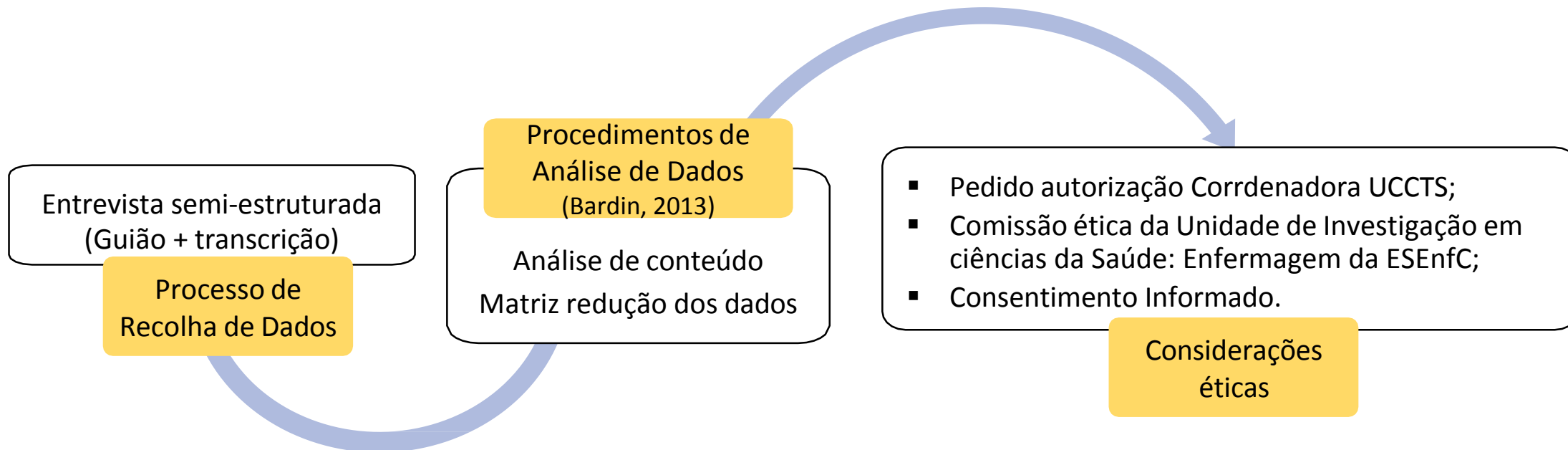
- Conhecer as estratégias em uso pelos cuidadores informais e/ou pessoas polimedizadas relativamente à gestão do regime terapêutico no domicílio;
- Conhecer as necessidades e dificuldades dos cuidadores informais e/ou pessoas polimedizadas na gestão cotidiana da utilização em simultâneo de diversos medicamentos;
- Identificar potenciais riscos e/ou efeitos adversos decorrentes da utilização em simultâneo de diversos medicamentos.

ESTUDO: “POLIMEDICAÇÃO E GESTÃO SEGURA DO REGIME TERAPEUTICO NO DOMICILIO”



Projeto “PoliSegura”

Prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicilio



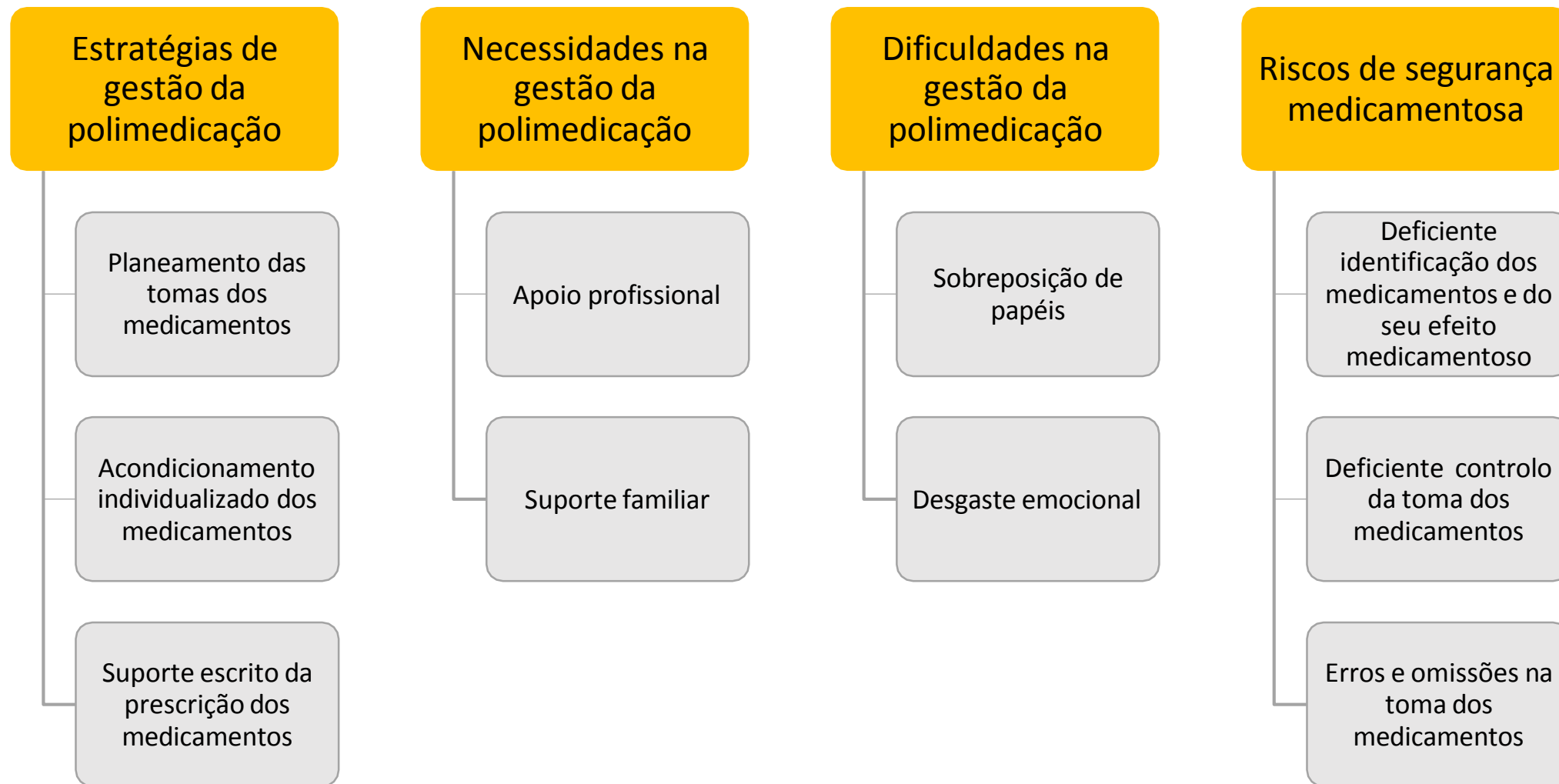
Participantes do estudo	
1 pessoa polimedicada	6 cuidadores informais
sexo M 88 anos	5 sexo F + 1 sexo M 53-88 anos 1 filha, 1 irmã, 4 cônjuges





ESTUDO: “POLIMEDICAÇÃO E GESTÃO SEGURA DO REGIME TERAPEUTICO NO DOMICILIO”

RESULTADOS





ESTUDO: “POLIMEDICAÇÃO E GESTÃO SEGURA DO REGIME TERAPEUTICO NO DOMICILIO”

RESULTADOS



Estratégias de gestão da polimedicação

Planeamento das tomas dos medicamentos

(...) faz-se uma preparação semanal de uma caixa de medicação, com a identificação dos dias e do momento da administração (...) E₂
Preparo diariamente para o dia seguinte (...) E₃

Acondicionamento individualizado dos medicamentos

(...) caixa em que guardo a medicação (...) tiro diretamente da caixa. E₁
(...) eu ponho aqui nesta “caixita”, já sei que é manhã ao meio-dia à noite, e este é para o lanche (...) E₅

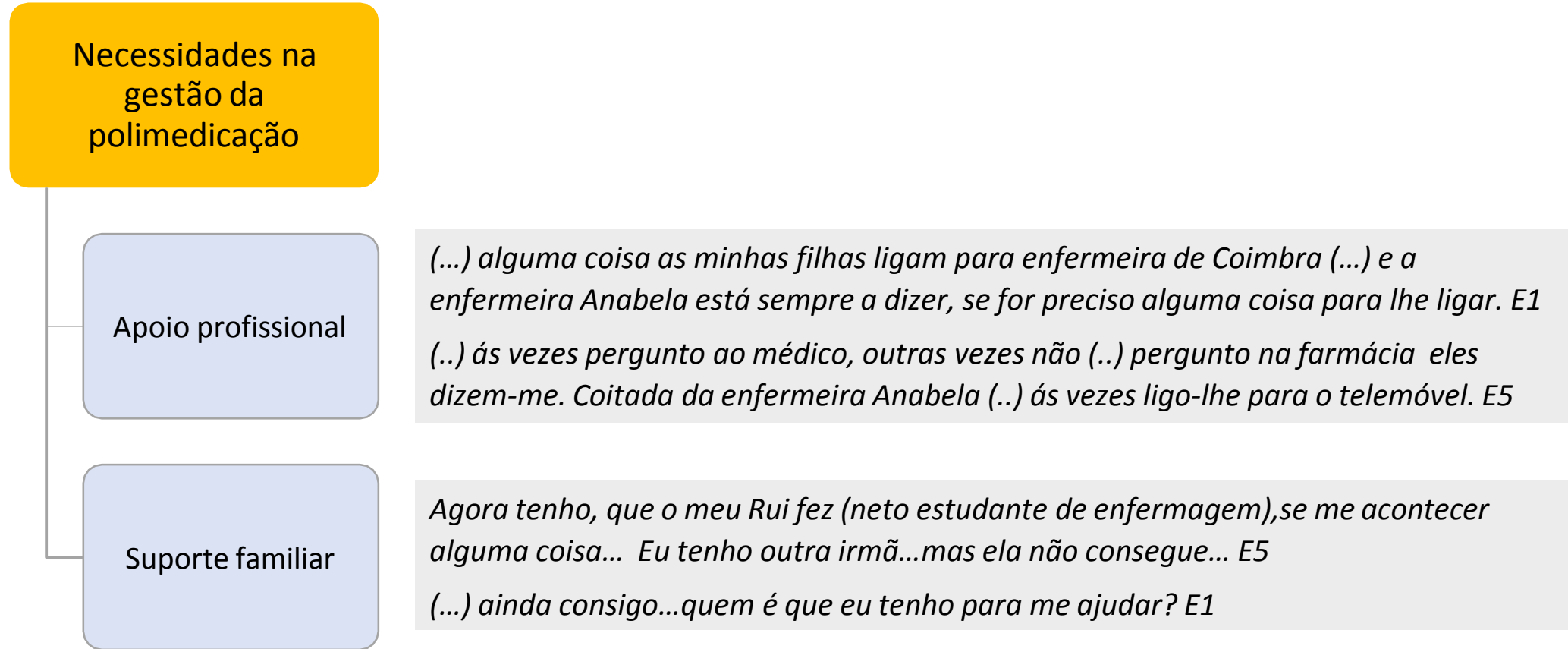
Suporte escrito da prescrição dos medicamentos

Tenho uma agenda e coloco o medicamento, o dia e a hora (...) E₁
(...) tem tudo lá escrito (nas caixas) (...) E₄



ESTUDO: “POLIMEDICAÇÃO E GESTÃO SEGURA DO REGIME TERAPEUTICO NO DOMICILIO”

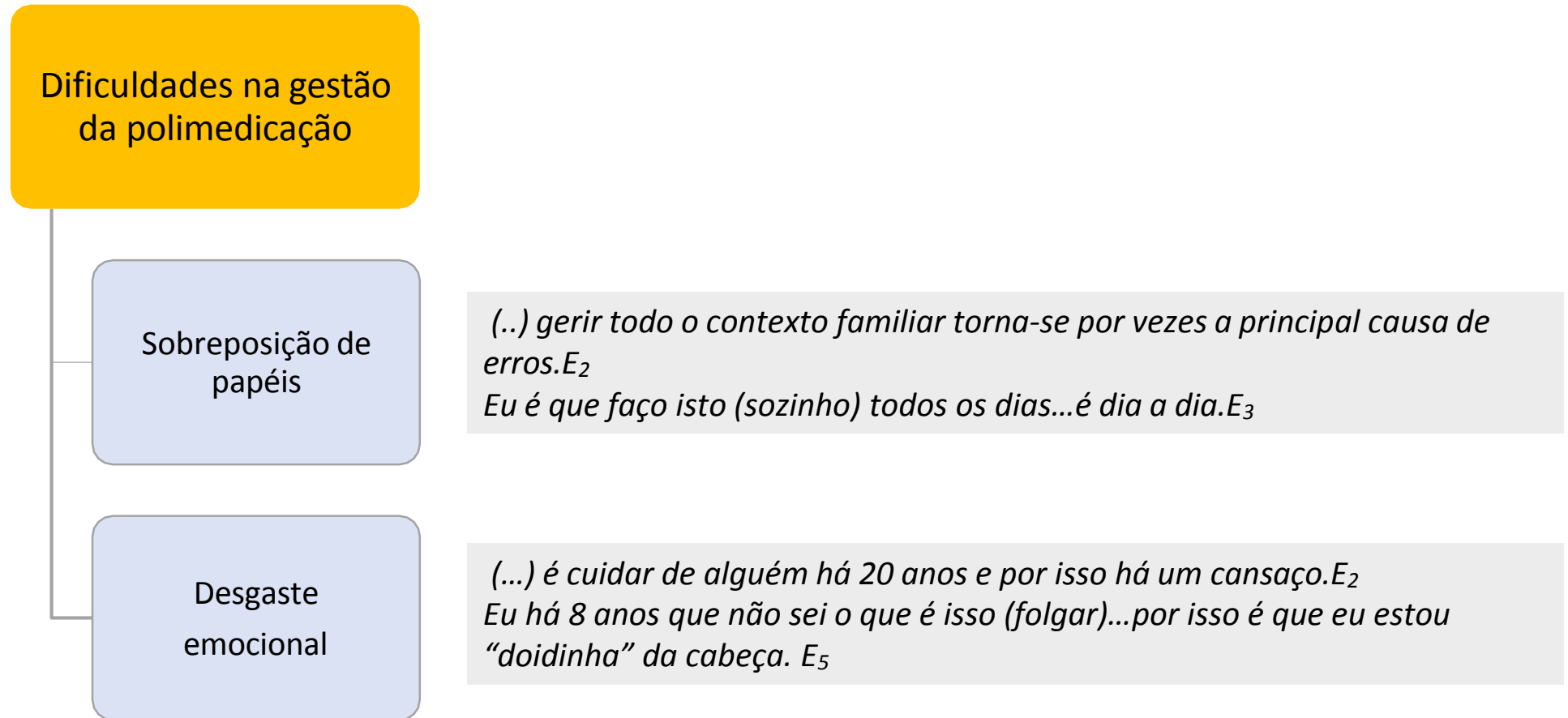
RESULTADOS





ESTUDO: “POLIMEDICAÇÃO E GESTÃO SEGURA DO REGIME TERAPEUTICO NO DOMICILIO”

RESULTADOS





ESTUDO: “POLIMEDICAÇÃO E GESTÃO SEGURA DO REGIME TERAPEUTICO NO DOMICILIO”

RESULTADOS



Riscos de segurança medicamentosa

Deficiente identificação dos medicamentos e do seu efeito medicamentoso

*Sei quais os medicamentos (...) não sei o nome. E₁
Aqui é o meu armazém (caixa de medicamentos sem qualquer identificação), não sei bem para que é, se é um calmante ou não... também não sei bem para que serve este. E₅*

Deficiente controlo da toma dos medicamentos

*Faz um há muito tempo... mas não está nesta folha, só nas caixas. E₁
(...) já sei que de manhã só lhe dou 3 e então á noite é que são mais. E₆*

Erros e omissões na toma dos medicamentos

*(..) eu as vezes chego á noite e até me esqueço de lhos arranjar... não é que me esqueça de lhe dar... distraio-me com qualquer coisa e atraso a preparação. E₅
Houve uma vez que me esqueci... passou em falso... e tomei no outro dia. E₇*

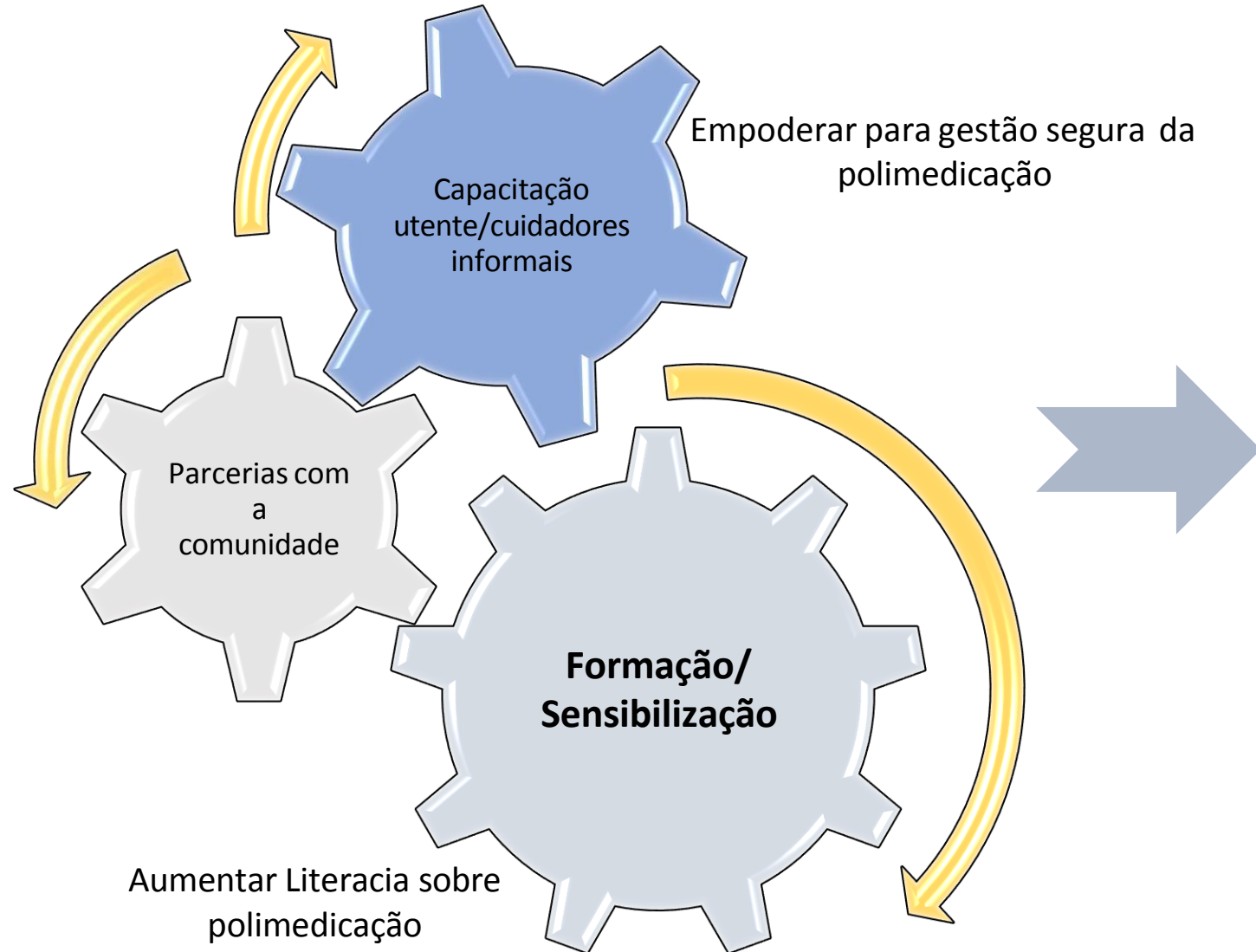
ESTUDO: “POLIMEDICAÇÃO E GESTÃO SEGURA DO REGIME TERAPEUTICO NO DOMICILIO”

CONCLUSÕES



Projeto “PoliSegura”

Prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio



Promoção de relações de parceria
Planos de intervenção estruturados
Qualidade e segurança dos cuidados





IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

GUIA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM



Projeto “PoliSegura”

Guia de intervenção de Enfermagem
Prevenção do risco associado à
Polimedicação e gestão segura do regime



1. ENTREVISTA NO PRIMEIRO CONTACTO

Identificar quem é o responsável pela preparação da medicação no domicílio e questionar sobre:

- Quais os medicamentos a tomar diariamente;
- Em que momentos do dia são tomados medicamentos em simultâneo;
- Procedimentos adotados para não confundir os medicamentos a tomar;
- Dificuldades sentidas na gestão/preparação/toma dos seus medicamentos;
- Erros/trocas ocorridos com a medicação;
- Esquecimento da toma de medicamentos;
- Tipo de ajuda(s) que necessita/deseja para gerir a forma segura a toma da medicação.

Identificar sinais de risco:

- Define na identificação do medicamento;
- Desconhecimento do efeito do medicamento;
- Admissão de erros/omissões;

Identificar sinais de risco (cont.):

- Evidência de desgaste emocional ou cansaço por sobrecarga de papéis;
- Analfabetismo do responsável pela gestão da medicação no domicílio;
- Confusão na identificação dos medicamentos com necessidade de recurso a sinéctica ou outra estratégia;
- Dificuldade no cumprimento do horário da toma da medicação com necessidade de vigilância;
- Dificuldade em assegurar a dosagem certa de medicação, com necessidade de capacitação;
- Dificuldades económicas;
- Dificuldades de comunicação (audição/verbalização/visão);
- Dificuldade de adesão terapêutica por incapacidade motora;
- Deficiências cognitivas ou senilidade/demência.

2. PROGRAMAR VISITA DOMICILIÁRIA

Validar informação recolhida na entrevista:

- Observar forma e local de acondicionamento da medicação (ex.: caixas semanais)
- Analisar as estratégias/recursos usados nas tomas diárias (ex: sistemas de identificação por cores; caixas individuais...)

Avaliar a capacidade da pessoa polimedica(a)/cuidador informal na gestão da medicação (ex: pedir para preparar a próxima toma ou caixa semanal):

- Pedir para demonstrar como faz o planeamento da medicação (ex: suporte escrito, escrever nas caixas...)
- Identificar a perceção dos erros/omissões ocorridos (ex: troca de horário; troca de medicamentos; falhas de tomas; sobredosagem...)

3. PROCESSO DE CAPACITAÇÃO:

Preservar estratégias adequadas em uso pela pessoa cuidadora:

- Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso;
- Incentivar a iniciativa;
- Incentivar progressos.

Acomodar as estratégias de gestão aos recursos e capacidades existentes:

- Incentivar a adesão ao regime terapêutico;
- Incentivar sobre comportamento de adesão;
- Ensinar sobre comportamento de adesão;
- Incentivar o Cuidador no envolvimento da gestão do regime terapêutico;
- Incentivar o envolvimento da família na gestão do regime terapêutico;
- Ensinar sobre os recursos da comunidade existentes;
- Supervisionar a autoadministração de medicamentos (se necessário).

Reestruturar as medidas e formas de gerir a toma de medicamentos identificadas como não seguras:

- Promover consciencialização;
- Encorajar a tomada de decisão para comportamento de adesão;
- Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico;
- Assistir a identificar crença de saúde dificultadora da gestão do regime terapêutico;
- Assessor a identificar significado dificultador da gestão do regime terapêutico;
- Negociar adesão ao regime terapêutico;
- Orientar para o serviço de saúde.

Monitorização/Vigilância periódica através da visita domiciliária.

Avaliar stress/sobrecarga do cuidador.

IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PROTOCOLO DE ARTICULAÇÃO



Projeto “Polissegura”

Prevenção do risco associado à Polimedicação e gestão segura do regime terapêutico no domicílio

Protocolo de Articulação

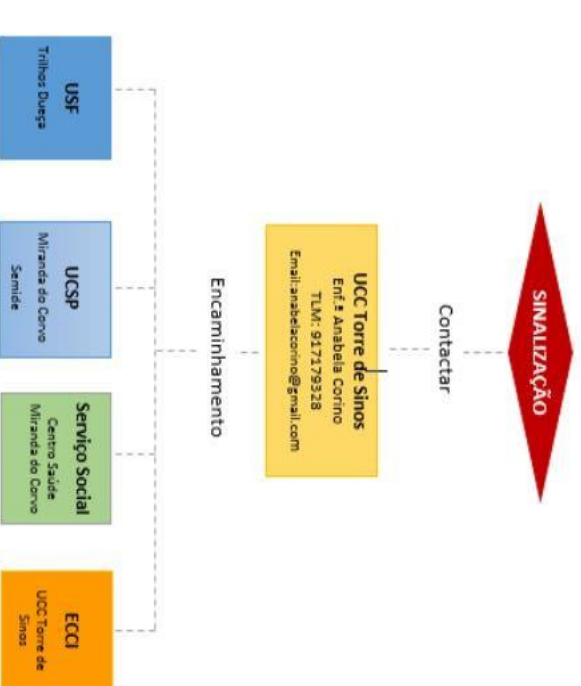
Farmácia Lima Natário e UCC/USF/UCSP do CS Miranda do Corvo

CrITÉrios de Sinalização

Identificação de utentes polimedificados/cuidadores informais com evidência de incapacidade para gerir a medicação de forma segura:

- Analfabetismo;
- Confusão na identificação dos medicamentos com necessidade de recurso a sinalética ou outra estratégia;
- Dificuldade no cumprimento do horário da toma da medicação com necessidade de vigilância;
- Dificuldade em assegurar a dosagem certa de medicação, com necessidade de capacitação;
- Dificuldades económicas;
- Dificuldades de comunicação (audição/verbalização/visão);
- Dificuldade de adesão terapêutica por incapacidade motora;
- Deficiências cognitivas ou senilidade/demência;
- Gestão terapêutica ineficaz sem suporte familiar alargado ou social.

FLUXOGRAMA DE ARTICULAÇÃO



Legenda:

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

USF- Unidade de Saúde Familiar

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ECCI- Equipa de Cuidador- Continuidade Integrada





AGRADECIMENTOS



“Tenho em mim todos os sonhos do mundo.” (Fernando Pessoa)

À Enfermeira Especialista Anabela Corino, pela sua orientação, total disponibilidade e empenho com que contribuiu para que esta investigação fosse possível... e pelas muitas palavras de incentivo que me deu...Obrigada!

À equipa da UCC Torre de Sinos, pela disponibilidade e compreensão que demonstraram durante o meu estágio...Obrigada!

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

I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
ÁREA DE ENFERMAGEM DE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Projeto “PoliSegura”

**Prevenção do risco associado à polimedicação e
gestão segura do regime terapêutico no domicílio**

Carla da Silva Simões

GRATA PELA VOSSA ATENÇÃO!

Orientador: Professora Marília Neves

Coorientador: Professora Cristina Veríssimo

Enfermeira Especialista Cooperante: Anabela Corino

24 de fevereiro de 2023