



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

**Capacitar a pessoa com
hipocoagulação para a gestão e
adesão ao regime terapêutico**

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Comunitária**

Inês Isabel Vieira Santos Frazão

Orientadora

Professora Doutora Alcinda Reis

2019, dezembro

Só sei que nada sei, e o facto de saber isso, me coloca em vantagem sobre aqueles que acham que sabem alguma coisa.

Sócrates

À família que constitui,

Jorge e Miguel.

Obrigada pela vossa compreensão...

Pelo tempo que dediquei às pessoas com hipocoagulação e suas famílias, e não a vós...

Um especial agradecimento...

- à professora Alcinda Reis pelo seu saber...*
- à enfermeira Luísa Nabo Martins pelo acompanhamento e profissionalismo neste percurso...*
- à equipa da USF CampusSaúde pela colaboração, bem como a todos os elementos que são imprescindíveis para o seu normal funcionamento...*
- a todos os que de uma forma, direta ou indireta, fizeram parte deste caminho, dando especial atenção às minhas colegas de trabalho que sempre me encorajaram, apesar das ausências ao serviço, a percorrer este caminho.*

Por último, mas não menos valorizado, um grande obrigado a todas as pessoas com hipocoagulação e suas famílias por permitirem este percurso de especialização.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

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

BI – Bilhete de Identidade

CIPE – Classificação Internacional para a Prática Enfermagem

CM – Câmara Municipal

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

Enf.^o – Enfermeiro

Enf.^a – Enfermeira

Esp.^a – Especialista

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

f. – Folha

GRT – Gestão do Regime Terapêutico

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

INR – International Normalized Ratio

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MIM@UF – Sistema de monitorização das unidades funcionais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SINUS – Sistema de informação para unidades saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO	13
1 - CARATERIZAÇÃO DA COMUNIDADE	16
1.1 - CARATERIZAÇÃO GEOGRÁFICA, DE RECURSOS DISPONÍVEIS E POPULACIONAL DO CONCELHO DA GOLEGÃ	16
1.2 - USF CAMPUSAÚDE	19
1.2.1 - Caraterização dos profissionais da USF CampuSaúde	19
1.2.2 - Caraterização física e organizacional	19
1.2.3 - Caraterização populacional das pessoas inscritos e suas famílias	21
2 - ENFERMAGEM COMUNITÁRIA: Um OLHAR SOBRE OS CUIDADOS ESPECIALIZADOS	23
2.1 - PROMOÇÃO DA SAÚDE	25
2.1.1 - Educação para a Saúde: uma estratégia de Promoção da Saúde	26
2.2 - <i>EMPOWERMENT</i> E A LITERACIA EM SAÚDE.....	27
3 – A PESSOA COM HIPOCOAGULAÇÃO: GESTÃO E ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO	31
3.1 – GESTÃO E ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO	32
3.1.1 – As implicações comportamentais na gestão e adesão ao regime terapêutico	34
3.1.2 – Contributo da família para a gestão e adesão ao regime terapêutico	36
4 – PLANEAMENTO EM SAÚDE	38
4.1 – ELABORAÇÃO DO PLANO	38
4.1.1 – Diagnóstico de Situação	38
4.1.2 – Definição de prioridades	43
4.1.3 – Formulação de objetivos	43
4.1.4 – Seleção de estratégias	44
4.1.5 – Elaboração de programas e projetos	45
4.1.6 – Preparação da execução	46
4.2 – EXECUÇÃO DA AÇÃO	49
4.3 – AVALIAÇÃO	51
5 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO	54
6 – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ENSINO CLÍNICO	56
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
8 – BIBLIOGRAFIA	64
ANEXOS	
ANEXO I – Modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente (1992)	70
ANEXO II – Caraterização sociodemográfica	72

ANEXO III – Bilhete de identidade do indicador	76
ANEXO IV – Folha de registo no programa Gota	79
ANEXO V – Consentimento informado	82
ANEXO VI – Guião de Entrevista	84
ANEXO VII – Análise de conteúdo da entrevista	86
ANEXO VIII – Indicadores de execução e metas	88
ANEXO IX – <i>Scoping Review</i>	90
ANEXO X – Projeto: <i>Capacitar = Mais Saúde</i>	140
ANEXO XI – Sessão de educação para a Saúde	173
ANEXO XII – Apresentação do projeto à equipa	178
ANEXO XIII – Protocolo da consulta de hipocoagulação	184
ANEXO XIV – Folheto da consulta de hipocoagulação	191
ANEXO XV – Cartão de identificação da pessoa com hipocoagulação	194
ANEXO XVI – Guia de orientação para as famílias	196
ANEXO XVII – Esquema de alimentos que interferem com o INR	207
ANEXO XVIII – Ficha de avaliação de conhecimentos das sessões de educação para a saúde	209
ANEXO XIX – Gráficos dos dados das sessões de educação para a saúde	211
ANEXO XX – Indicadores de execução, metas e resultados	213
ANEXO XXI – Certificado de participação na III Feira da Saúde da Golegã	215
ANEXO XXII – Certificado de presença no Congresso Internacional de Literacia em Saúde	218
ANEXO XXIII – Seminário intercalar e final	220

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1 - Distribuição quinquenal das pessoas inscritas na USF, por sexo e grupo etário (SINUS, março, 2019)	f. 21
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

ÍNDICE DE QUADROS

	f.
Quadro n.º 1 - Domínios do Modelo de <i>Empowerment</i> para Enfermagem	28

ÍNDICE DE FIGURAS

	f.
Imagem n.º 1 – Localização e área geográfica	16

RESUMO

Nos últimos anos têm-se verificado um aumento significativo na incidência e prevalência das doenças crónicas a nível mundial, bem como em Portugal. Dentro destas estão presentes as doenças cardiovasculares, onde se incluem as que necessitam de terapia permanente com anticoagulantes orais.

A implementação do projeto *Capacitar = Mais Saúde*, na Unidade de Saúde Familiar CampusAúde, surge da necessidade de intervenção nas pessoas com hipocoagulação, visando a sua capacitação para a gestão e adesão ao regime terapêutico.

A *scoping review* realizada salientou a importância da relação terapêutica estabelecida com a pessoa e que a família deve ser envolvida no processo de cuidados. Enfatizou que a pessoa deve tomar as suas decisões, e que deve ser detentora de informação que as sustente.

O enfermeiro especialista em saúde comunitária assume um papel preponderante na promoção da saúde. Face ao exposto, a mestranda realizou uma sessão de educação para a saúde, replicada seis vezes, enfatizando-se os pilares que contribuem para a gestão e adesão ao regime terapêutico. A recetividade das pessoas com hipocoagulação às sessões de educação para a saúde permite prognosticar mudanças efetivas nos comportamentos, visando ganhos em saúde, ou seja, diminuir o risco de formação de coágulos e prevenir hemorragias.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem de Saúde Comunitária, Gestão e Adesão ao regime terapêutico e anticoagulantes.

ABSTRACT

In recent years there has been a significant increase in the incidence and prevalence of chronic diseases worldwide, as well as in Portugal. These include cardiovascular diseases, including those requiring permanent therapy with oral anticoagulants.

The implementation of the *Capacitate = More Health* project at the Family Health Unit CampuSaúde arises from the need for intervention in people with hypocoagulation, aiming at their capacity to manage and adhere to the therapeutic regimen.

The scoping review emphasized the importance of the established therapeutic relationship with the person and that the family should be involved in the care process. It also emphasized that the person must make his decisions, and that he should have the information that supports them.

The nurse specialist in community health plays a leading role in health promotion. In view of the above, the master's degree has done a health education session, replicated six times, emphasizing the pillars that contribute to the management and adherence to the therapeutic regime. The receptivity of people with hypocoagulation to health education sessions can predict effective changes in behaviors, aiming at health gains, that is, the decrease in the risk of clot formation and prevent bleeding.

KEYWORDS: Community Health Nursing, Management and Adherence to the therapeutic regimen and anticoagulants.

INTRODUÇÃO

Integrado na Unidade Curricular Estágio II e Relatório, inserida no plano de estudos do 7º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e 8.º ano do Curso de Especialização de Enfermagem Comunitária da ESSS, pretende-se a elaboração de um relatório que espelhe o estágio realizado pela mestranda, o qual decorreu durante o período de 4 de março a 12 de julho de 2019 no ACES Lezíria, mais concretamente na Unidade de Saúde Familiar CampuSaúde.

Este relatório visa o resultado da operacionalização da intervenção na prática clínica de enfermagem, tendo por base diversas estratégias mobilizadas, pretendendo a fundamentação a análise, a crítica e a visibilidade da intervenção realizada. Preconiza-se que o mesmo seja revelador de aprendizagens a partir de um processo de pesquisa e reflexão, mobilizador de um agir em contexto da prática clínica de enfermagem. Na verdade, o relatório surge na sequência da necessidade de beneficiar a mestranda de competências para além das reflexivas, mas também de capacidades de busca de respostas com base na evidência.

Para a elaboração do relatório, importa mencionar que foram tidos em consideração os objetivos do estágio que se pretendem alcançar:

- ✓ Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- ✓ Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar, em contexto transdisciplinar;
- ✓ Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.

Para além destes, é de realçar os objetivos do relatório de estágio:

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica;
- Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança, com recurso à revisão sistemática;
- Inventariar os recursos necessários à intervenção de enfermagem baseada na evidência;
- Fundamentar as competências desenvolvidas em ação, sustentando-as na natureza da enfermagem avançada;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados das intervenções de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis, nas pessoas cuidadas.

Pretendeu-se atingir, de acordo com o Regulamento nº 428/2018, as seguintes competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública:

1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

A pessoa com doença crónica e a problemática da gestão e adesão ao regime terapêutico na doença crónica tem sido uma área com a qual a mestranda tem-se deparado ao longo da sua experiência profissional, devido, em parte, ao aumento da incidência e prevalência das doenças crónicas no nosso país. Esta temática, da gestão e adesão ao regime terapêutico da pessoa com doença crónica, tem causado algumas inquietações na mestranda, entre as quais se o caminho percorrido e as estratégias adaptadas têm tido um percurso adequado para melhorar a intervenção sobre a mesma, em que se pretende que os cuidados sejam os mais próximos possíveis das pessoas/famílias.

Importa mencionar que dentro das doenças crónicas, estão presentes as doenças cardiovasculares, que abrangem as pessoas que necessitam de terapia permanente com anticoagulantes orais. É sobre as pessoas com hipocoagulação que incide o trabalho realizado pela mestranda, mais concretamente sobre a capacitação da pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico.

O relatório está dividido em vários capítulos, sendo que se pretende com os mesmos facilitar a organização dos conteúdos que inclui e que foram desenvolvidos. O primeiro capítulo contém uma apresentação sumária da comunidade do contexto onde foi realizado o estágio. O capítulo seguinte faz referência ao enquadramento conceptual dos cuidados especializados em enfermagem, dando especial ênfase aos cuidados especializados de enfermagem comunitária. Ao falar-se desses cuidados, tornou-se inerente falar-se da promoção da saúde, da educação para a saúde enquanto estratégia de promoção da saúde, bem como do *empowerment* e da literacia em saúde. Neste capítulo, ao ser incluído o *empowerment*, é apresentado o Modelo de *Empowerment* para a enfermagem e as suas dimensões (Gibson, 1991), que sustenta parte do trabalho desenvolvido. No que concerne ao terceiro capítulo, o mesmo faz alusão à pessoa com hipocoagulação, à gestão e adesão ao regime terapêutico e suas implicações comportamentais, bem como a teoria do Deficit de Autocuidado (Orem, 1993). Contempla ainda o papel da família na gestão e adesão ao regime terapêutico, com uma referência sucinta ao Modelo Dinâmico de

Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012). Relativamente ao quarto capítulo, este faz referência às etapas do planeamento em saúde desenvolvidas ao longo do estágio, atendendo à temática abordada. Importa mencionar que neste capítulo são apresentados os resultados obtidos da *scoping review*, a qual pretendeu dar resposta à seguinte questão: Quais as estratégias do enfermeiro especialista em saúde comunitária que capacitam a pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão do regime terapêutico?, de forma a que autora conseguisse intervir com os contributos mais recentes da evidência científica junto da pessoa com hipocoagulação, numa lógica de ganhos para a saúde. Posteriormente, apresenta-se o capítulo que inclui outras atividades favorecedoras do conhecimento pela mestranda, inclusive de cuidados especializados em saúde comunitária. O capítulo seis enfatiza as competências desenvolvidas ao longo deste percurso de estágio II. Para finalizar o relatório serão apresentadas as considerações finais.

1 – CARATERIZAÇÃO DA COMUNIDADE

Como ponto de partida, e tendo em conta que o contexto de prestação de cuidados é determinante para o desenvolvimento e alcance dos objetivos preconizados e inicialmente propostos para a realização do presente estágio, será inicialmente feita uma abordagem sumária à caracterização geográfica, populacional e de recursos existentes do Concelho da Golegã, bem como uma breve caracterização da USF CampuSaúde, a nível dos profissionais que a integram, da sua estrutura física e organizacional, bem como da população.

1.1 – CARATERIZAÇÃO GEOGRÁFICA, DE RECURSOS DISPONÍVEIS E POPULACIONAL DO CONCELHO DA GOLEGÃ

O concelho da Golegã está localizado na margem direita do rio Tejo, no extremo norte da Lezíria, sendo limitado a nordeste pelo município de Vila Nova da Barquinha, a leste e sueste pela Chamusca, a oeste por Santarém e a noroeste por Torres Novas e pelo Entroncamento.

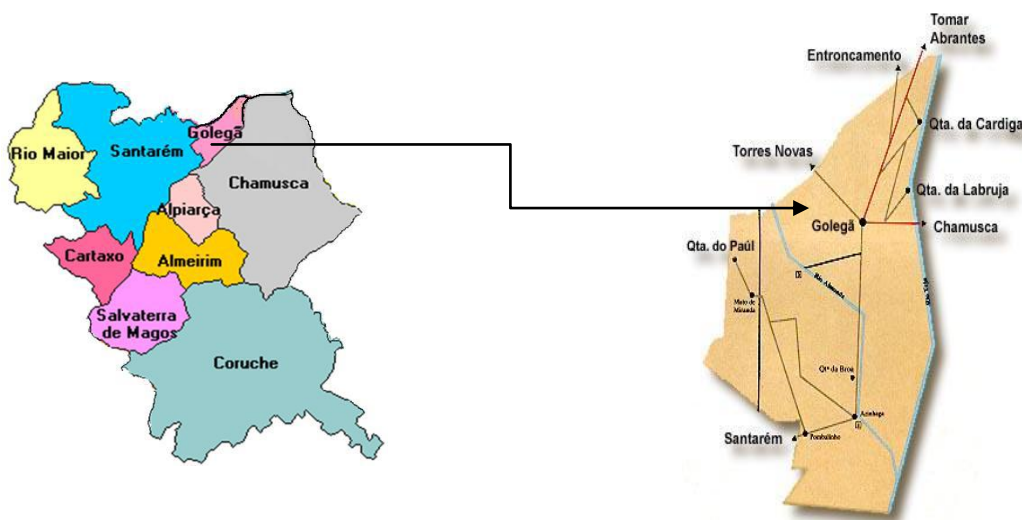


Imagem n.º 1 – Localização e área geográfica

A Golegã é uma vila concelhia do distrito de Santarém, possui uma área de 85 km², e é constituída, por três freguesias: Golegã, Azinhaga (localizada a 7 km de distância) e o Pombalinho (localizada a 10 Km de distância).

Os recursos ao dispor da comunidade da Golegã podem ser divididos em vários setores, nomeadamente: recursos de saneamento básico, saúde, educação, social, desporto, lazer, cultura e transportes.

No que concerne aos recursos de saneamento básico, é de referir que a distribuição pública de água, abrange mais de 95% da população do concelho, bem como a drenagem de água e o tratamento de águas residuais, esgotos e eletricidade. Relativamente aos resíduos sólidos urbanos produzidos no concelho são da responsabilidade da Câmara Municipal (CM), sendo efetuada a recolha diariamente.

A nível da saúde, nas situações de urgência a população recorre ao Centro Hospitalar do Médio Tejo (Hospital Rainha Santa Isabel, em Torres Novas; Hospital Manuel Constâncio, em Abrantes; e Hospital Nossa Senhora da Graça, em Tomar), bem como ao Hospital de Santarém (HS). A nível dos CSP a população recorre à USF CampusSaúde da Golegã, unidade que está integrada no ACES Lezíria.

No que diz respeito às intervenções integradas de saúde e apoio social que visam a recuperação global, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa dependente, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, são asseguradas pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) através da UCC Chamusca/Golegã, sediada no concelho da Chamusca.

Quanto aos recursos em educação, o concelho dispõe do Agrupamento Vertical de Escolas da Golegã, Azinhaga e Pombalinho, onde as crianças e jovens, podem usufruir da sua educação desde o pré-escolar até ao ensino secundário. Existe ainda, o Jardim de Infância da Golegã/Centro Social Paroquial, que desenvolve a sua atividade desde o berçário até ao ensino pré-escolar e atividade de tempos livres às crianças em idade escolar.

No que concerne aos recursos sociais, no concelho da Golegã existem várias instituições sociais dispersas pelas freguesias. O concelho dispõe de:

- Santa Casa da Misericórdia da Golegã com várias valências (Centro de dia, Apoio domiciliário, Residências, Centro de Apoio Temporário de Emergência para Idosos, Centro de Férias, Centro de Convívio, Universidade Sénior);
- Santa Casa da Misericórdia da Azinhaga (Centro de dia e Apoio domiciliário);
- Casa do Povo do Pombalinho (Centro de dia e Apoio domiciliário);
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens;

Relativamente ao desporto, lazer e cultura, a Golegã revela-se atualmente como um dos concelhos com uma grande energia nestas áreas. Dispõe de vários equipamentos para a recreação, desporto e lazer, como bibliotecas parques naturais e ornitológicos, centros

desportivos, conservatório de música, piscinas, complexos desportivos, para promoção do exercício físico. Repletos de história e de memórias, os espaços museológicos do concelho convidam a recuar no tempo e a experienciar momentos únicos, como é o caso do Museu da fotografia de Carlos Relvas e Equuspolis. Para além disso, também os vários monumentos e igrejas testemunham o passado histórico do Concelho.

Ainda no que diz respeito à cultura, importa mencionara a Feira Nacional do Cavalo/ Feira Internacional do Cavalo Lusitano/Feira de São Martinho, que se realiza em novembro, bem como a Expoégua, Salão do Vinho, do Vinagre e do Azeite, Mostra de Gastronomia Ribatejana, que se realizam em maio.

A respeito cultural, é ainda de realçar a existência de:

- Rancho dos Campinos de Azinhaga
- Rancho Folclórico da Golegã
- Azinhaga Atlético Clube
- Associação Cultural Cantar Nosso - Golegã
- Núcleo Sportinguista da Golegã
- Casa do Benfica da Golegã

Quanto aos transportes, a Golegã, dista a 7 km da auto-estrada A23 e a 20 km da auto-estrada A1.

No que diz respeito à ligação por via ferroviária, esta faz-se através de três estações de Caminho-de-ferro que estão situadas na linha do Norte:

- Riachos/ Torres Novas/ Golegã situada a cerca de 7 km da Golegã;
- Estação de Entroncamento, situada igualmente a 7 km;
- Estação de Mato de Miranda, a 2Km de Azinhaga e Pombalinho.

O concelho da Golegã dispõe de uma rede rodoviária que assegura as ligações entre as freguesias e os concelhos vizinhos. Dispõe de transporte público gratuito, através de um mini-autocarro, que faz a ligação entre as povoações do município, com três circuitos diários (dois de manhã e um à tarde), serviço que é assegurado pela CM da Golegã, e que permite grande acessibilidade a todos os serviços existentes do concelho.

No que diz respeito à população residente no concelho é de 5913 habitantes, distribuída pelas freguesias do seguinte modo (INE, 2011):

- Golegã – 3845
- Azinhaga – 1620
- Pombalinho – 448

O concelho da Golegã é um concelho envelhecido, apresentando um índice de envelhecimento de 187,3 em 2011, sendo que em Portugal é de 129,6 (INE, PORDATA, 2011). Atualmente é de 200.

1.2 – USF CAMPUSAÚDE

A USF CampuSaúde faz parte do ACES Lezíria e deu início à sua atividade em 14/12/2010, sendo que o seu edifício está localizado no centro da vila, com boa acessibilidade.

A USF dirige a sua atividade para toda a população do concelho, bem como a outras pessoas que, mesmo não sendo residentes no mesmo, demonstraram vontade em inscrever-se na USF CampuSaúde ou manter a sua inscrição quando foram residir para outro concelho. Atualmente não estão a ser aceites inscrições na USF por motivo de número de pessoas inscritas/unidades ponderadas em cada ficheiro médico ser superior ao legislado. Por outro lado, também o número de famílias abrangidas pela USF CampuSaúde é superior ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ordem dos enfermeiros (OE) por enfermeiro de família.

1.2.1 – Caraterização dos profissionais da USF CampuSaúde

No que diz respeito aos profissionais da USF CampuSaúde, é de mencionar que esta integra 11 profissionais efetivos à unidade (3 médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF), 4 enfermeiros, 4 assistentes técnicos). Para além destes recursos importa referir que, atualmente, está a integrar a unidade uma médica interna da especialidade de Medicina Geral e Familiar. Para o seu normal funcionamento colaboram 3 assistente operacionais do ACES Lezíria.

1.2.2 – Caraterização física e organizacional

O edifício da USF CampuSaúde foi inaugurado em junho 2013, localiza-se no centro da vila da Golegã, num edifício construído para o efeito, e encontrando-se em bom estado de conservação. Este edifício, apesar de estar situado a cerca de mil metros do edifício anterior, apresenta excelente acessibilidade para a população. É um edifício de rés-de-chão e tem facilidade de acesso para pessoas com mobilidade reduzida. Existe um parque de estacionamento amplo, com passeios envolventes e existe sinalética exterior a indicar a sua localização, bem como o horário de funcionamento.

A USF CampuSaúde tem 4 gabinetes enfermagem, 5 gabinetes médicos, 2 gabinetes (um destinado ao técnico de cardiopneumologia e outro à técnica de saúde ambiental), 2 salas de tratamentos e uma sala de espera confortável, com várias cadeiras e informação sobre educação para a saúde afixada e sob a forma de panfletos. Existem WC's, para ambos os sexos, direcionadas às pessoas inscritas na USF, inclusive uma WC para pessoas de mobilidade reduzida, com um fraldário. Ainda existe uma parte de acesso apenas para os funcionários, onde se encontram a biblioteca/sala de reuniões, as WC's e vestiários, o bar/copa, a farmácia da USF, uma sala de tratamento de roupas, uma sala de arrumos de material de limpeza e outros materiais e uma sala de armazenamento do material esterilizado (o qual é lavado e esterilizado no Centro Saúde (CS) da Chamusca).

Os profissionais da USF articulam com outros profissionais do ACES Lezíria que colaboram com a unidade, ou seja, mais concretamente o técnico de cardiopneumologia, da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, a técnica de saúde ambiental, da Unidade de saúde Pública, bem como os profissionais da UCC da Chamusca/Golegã.

O horário de funcionamento é em dias úteis, das 8h às 20h, sendo o horário de atendimento das 9h às 20h. Importa referir que o primeiro contacto das pessoas que se dirigem ao CS para prestação de cuidados globais de saúde é efetuado pelas assistentes técnicas que se encontram na receção, sendo que nesse espaço, embora mais na retaguarda, é realizado alguns serviços administrativos.

As intervenções realizadas pelos profissionais de saúde da USF são maioritariamente realizadas no contexto de CS (sede e polo da Azinhaga), sendo também, como já mencionado, realizadas atividades em contexto domiciliário às pessoas que destes cuidados necessitam. Os programas de saúde contemplados como áreas de intervenção de enfermagem são: Programa de Saúde Infantil e Juvenil, Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, Programa de Doenças Oncológicas, Programa de Vacinação, Programa da Diabetes e o Programa das Doenças cérebro-cardiovasculares. Para além disso, existem outras atividades que as enfermeiras da USF realizam, como tratamento a feridas, visita domiciliária, consulta a pessoas com hipocoagulação e frequentam formações.

O material de conselho clínico é solicitado de 2/2 meses à ARSLVT, IP., através do programa Glinntt, sendo o mesmo procedimento realizado para o pedido de vacinas, mas mensalmente.

É de acrescentar que uma assistente operacional desempenha também o papel de motorista, quer para transporte dos funcionários para o polo de saúde, quer para atividades como visitas domiciliárias da USF. Neste âmbito, importa mencionar que existe um carro no CS para esse fim.

As limpezas das instalações do CS são realizadas e mantidas pelas assistentes operacionais, bem como as do polo de saúde da Azinhaga, cujo horário de funcionamento é às 2.ªs, 3.ªs, 4.ªs e 6.ªs-feiras, apenas num dos períodos do dia (manhã ou tarde).

Existe uma rede pública de transportes na Golegã, sendo o horário dos mesmos, adequado à população.

1.2.3 – Caraterização populacional das pessoas inscritos e suas famílias

No dia 19 de março de 2019, verificou-se que o número de inscritos no CS era de 6125 pessoas (SINUS, março, 2019), o qual é superior aos dos residentes uma vez que recorrem a estes serviços de saúde outras pessoas dos concelhos vizinhos, devido à proximidade com o concelho. É de referir que estas pessoas não podem usufruir dos cuidados prestados em contexto domiciliário pelo fato de não se situarem na área geográfica de abrangência do CS.

Das 6125 pessoas inscritas, 3261 (53,25%) são mulheres e 2862 (46,75%) são homens. A distribuição etária e por género, estão representadas na tabela 1.

Tabela n.º 1 - Distribuição quinquenal das pessoas inscritas na USF, por sexo e grupo etário (SINUS, março, 2019)

<i>Grupo etário</i>	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>	<i>Total</i>
0-4 anos	134	104	238
5-9 anos	100	116	216
10-14 anos	146	156	302
15-19 anos	166	173	339
20-24 anos	154	121	275
25-29 anos	158	127	285
30-34 anos	166	175	341
35-39 anos	191	210	401
40-44 anos	230	243	473
45-49 anos	201	210	411
50-54 anos	188	226	414
55-59 anos	203	212	415
60-64 anos	196	174	370
65-69 anos	182	227	409

70-74 anos	163	194	357
>=75 anos	307	576	883
Total	2885	3244	6125

Analisando a tabela, relativamente à distribuição das pessoas inscritas na USF, verificou-se que existe um equilíbrio relativamente à distribuição dos géneros, exceto nos grupos etários mais avançados em que há predominio do sexo feminino.

O número total de famílias em março de 2019 inscritas na USF correspondia a um total de 2683 famílias (SINUS, 2019). Importa acrescentar que das 6125 pessoas inscritas na USF CampusSaúde, 1680 pessoas estão identificadas como sendo portadoras de doenças cérebro-cardiovasculares, sendo que 43 necessitam de terapia permanente com anticoagulantes orais (MIM@UF, 2019).

2 – ENFERMAGEM COMUNITÁRIA: UM OLHAR SOBRE OS CUIDADOS ESPECIALIZADOS

O desenvolvimento de uma competência surge “...do aperfeiçoamento da perícia do desempenho, alicerçando este aperfeiçoamento na experiência situacional e na formação, providenciando simultaneamente uma base para o desenvolvimento do corpo teórico da profissão e progressão” (Morais,2004, p.23). Na verdade, o conceito de competência emerge num sentido mais abrangente do que a mera aptidão ou faculdade, pois está relacionado com o poder e a capacidade que uma pessoa possui para resolver um assunto/problema/situação, num determinado contexto.

O conjunto de competências clínicas especializadas decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretizam-se em competências comuns e específicas. Pela certificação destas competências clínicas especializadas assegura-se que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde de uma comunidade e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, a todos os níveis de prevenção (Regulamento n.º 190/2015).

O regulamento n.º 140/2019 menciona que os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, e que dele fazem parte integrante, são os seguintes: a) responsabilidade profissional, ética e legal; b) melhoria contínua da qualidade; c) gestão dos cuidados; d) e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Importa acrescentar que para cada uns destes domínios estão definidas as competências que lhe correspondem, as quais os enfermeiros especialistas devem alcançar.

Por sua vez, o regulamento n.º 428/2018 define quais as competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sendo as seguintes:

- ✓ Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- ✓ Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- ✓ Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- ✓ Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

De acordo com o regulamento supramencionado, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública desenvolve programas e projetos de

intervenção tendo em vista a resolução dos problemas identificados. O mesmo lidera processos comunitários para capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania. Para além disso, deve participar na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde (Regulamento n.º 428/2018).

Stanhope e Lancaster (2011) mencionam que a comunidade é entendida como uma entidade num determinado local. A mesma fonte menciona que a comunidade é constituída por sistemas de organizações formais que refletem os grupos informais, os seus agregados e as instituições sociais. Estes elementos são interdependentes, visando ir ao encontro duma grande variedade de necessidades coletivas (Stanhope e Lancaster, 2011). Esta definição inclui a dimensão individual, geográfica e funcional e reconhece a interdependência ou interação, entre os sistemas de uma comunidade. Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2015), a comunidade é definida como o grupo de seres humanos vistos como unidade social ou um todo coletivo composto de membros pela partilha geográfica, de condições ou interesses comuns.

Importa referir que a saúde comunitária é entendida como “a satisfação de necessidades coletivas através da identificação de problemas e gestão de interações dentro da comunidade e entre a comunidade e a sociedade alargada” (Stanhope e Lancaster, 2011, p. 362). De acordo com as mesmas autoras, melhorar a saúde da comunidade é o principal objetivo da intervenção de enfermagem na medida em que, a saúde individual está relacionada com a saúde da população como um todo. Para isso, e segundo Loureiro & Miranda (2010), citado por Figueiredo (2017), os enfermeiros têm de avaliar as necessidades em cuidados de saúde, a literacia em saúde, têm de procurar adequar a linguagem, adaptar-se culturalmente, saber escutar e ter sensibilidade.

Face ao exposto, a enfermagem comunitária tem como foco de atenção primordial a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania (OE, 2010, p. 10, citado por Figueiredo, 2017). Ganha assim sentido referir, que o enfermeiro especialista em saúde comunitária possui competências conceptuais e técnicas, que lhe permitem efetuar planeamento em saúde, enquanto processo que engloba o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades, o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção e a elaboração de indicadores que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade das suas intervenções e os ganhos em saúde (Regulamento nº 428/2018). Na verdade, sendo que a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática global centrada na comunidade, é imprescindível a intervenção e o empenho do enfermeiro especialista em

enfermagem comunitária na implementação dos programas promotores de saúde. É fundamental que os enfermeiros especialistas em saúde comunitária orientem a sua ação para a dimensão saudável das pessoas/famílias/comunidade, alertando para a importância da vigilância de saúde que conduza à adoção de estilos de vida saudáveis.

Com este olhar sobre a enfermagem comunitária, é de mencionar que cabe aos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, independentemente da área de atuação, a motivação e responsabilização pela efetivação do seu papel como promotores da educação para a saúde na comunidade (Stanhope e Lancaster, 2011). Na verdade, os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, pelo seu conhecimento profundo e contato constante com a comunidade, têm uma oportunidade única de obter a liderança na promoção da saúde das pessoas, famílias e comunidades (OE, 2010). Neste contexto, é de salientar que trabalhar com grupos é uma capacidade importante da enfermagem comunitária, pois são um meio eficaz de implementar mudanças nas pessoas, famílias e comunidades. Através dos grupos podem desencadear-se mudanças para melhorar a saúde e bem-estar, a nível individual e coletivo (Stanhope e Lancaster, 2011).

Ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária não basta ter conhecimentos da prática diária, uma vez que o mesmo deve adquirir o método e o rigor científico na aquisição de competências que lhe permita uma abordagem complexa de situações singulares, e assegurar a transferência do conhecimento especializado para a prática quotidiana. Estes profissionais devem refletir sobre a prática, de forma a aprofundar e consolidar conhecimentos, visando a prestação de cuidados baseados na evidência científica, para que se consiga obter ganhos em saúde. Na verdade, o desenvolvimento de competências especializadas, na prática de enfermagem comunitária, permitirá fazer face aos desafios colocados pelo mundo global em que vivemos.

2.1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conceito promoção da saúde tem vindo a ser discutido ao longo dos anos, o qual começou a ser equacionado com a Declaração de Alma-Ata (1978), em que a saúde foi concebida como uma produção social, cuja cooperação entre os vários setores da comunidade e o estímulo à participação social são considerados fundamentais (Stanhope e Lancaster, 2011).

A promoção da saúde é, na verdade, o processo que visa aumentar a capacidade das pessoas e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem, em que as mesmas devem estar aptas a identificar e realizar as suas aspirações, assim como satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (WHO, Carta de Ottawa, 1986). A mesma é também definida como “o processo que visa criar condições para que as pessoas, individual ou

coletivamente, possam agir sobre os fatores determinantes da saúde, de modo a maximizar ganhos em saúde, contribuir para a redução das desigualdades e construir capital social” (WHO, Carta DE Ottawa, 1986; WHO, Declaração de Jakarta, 1997; citado por PNS, 2015, p. 20).

A Carta de Bangkok (2005), reforça a ideia de que a promoção da saúde é o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo sobre sua saúde e seus determinantes, e melhorar a sua saúde. A mesma menciona algumas estratégias e ações a serem implementadas, entre as quais a *build capacity* para o desenvolvimento da prática da promoção da saúde, a transferência de conhecimento, bem como a literacia em saúde.

É de acrescentar que na promoção da saúde, a capacitação significa atuar em parceria com pessoas ou grupos visando obter o seu empoderamento para a saúde. Tal pode ser alcançado através de mobilização de recursos humanos e materiais, do acesso às informações de saúde, bem como através do contributo para o desenvolvimento de competências pessoais a fim de promover e proteger a sua saúde (OE, 2011).

A promoção da saúde deve favorecer a expressão dos problemas de saúde pelas pessoas e grupos a que respeita. Honoré (2002) menciona que o seu papel é de criar as condições de acesso a escolhas de saúde para as pessoas e para as comunidades. Na verdade, de acordo com Stanhope e Lancaster (2011), as atividades de promoção da saúde envolvem comportamentos que afetam positivamente o estado de saúde das pessoas, através de adoção de hábitos saudáveis e mudança no estilo de vida. A promoção da saúde desenvolve-se através da ação concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as, visando atingir melhor saúde.

Face ao exposto, é compreensível afirmar-se que a promoção da saúde é um foco dos enfermeiros com especialização em enfermagem comunitária e de saúde, tendo como finalidade a melhoria da saúde dos indivíduos e da comunidade com a colaboração dos outros membros da equipa de saúde (Stanhope e Lancaster, 2011).

2.1.1 – Educação para a Saúde: uma estratégia de Promoção da Saúde

Importa referir que na literatura encontram-se sobreposições entre a promoção de saúde e a educação para a saúde. Green e Kreuter, citados por Laverack, (2008) referem que:

Enquanto a educação para a saúde visa informar as pessoas no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e coletivas, a promoção de saúde tem como objetivo as ações sociais e políticas complementares, tais como a promoção de causas e o desenvolvimento da comunidade, que permitem que as transformações políticas no ambiente social, de trabalho e da comunidade realcem a saúde (p.12).

A promoção da saúde é uma atividade mais alargada e a educação para a saúde uma técnica para a alcançar, ou seja, é uma comprovada estratégia de atuação, um instrumento por excelência para alcançar os objetivos da promoção da saúde. Na verdade, a educação para a saúde é definida como toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença, originando mudanças no conhecimento, na compreensão e na forma de pensar (Tones e Tilford, 1994, citado por Carvalho e Carvalho, 2006). A mesma pode influenciar ou clarificar valores, facilitar mudanças de convicções e atitudes, facultar a aquisição de saberes, bem como conduzir a mudanças de comportamentos e estilos de vida (Carvalho e Carvalho, 2006).

As estratégias de educação para a saúde “podem desenvolver-se de acordo com distintos níveis de atuação individual, grupal ou comunitário e incluem, desde campanhas nos meios de comunicação social, até intervenções diretas e pessoais” (Dias *et al*, 2004, p. 466).

Face ao exposto, e atendendo que a educação para a saúde tem como finalidade aumentar as capacidades das pessoas, a mesma tem um papel fundamental na enfermagem. Na verdade, de uma forma direta ou indireta, as intervenções de educação para a saúde dos enfermeiros visam o *empowerment*.

2.2 – EMPOWERMENT E A LITERACIA EM SAÚDE

O conceito de *empowerment* surge na sequência da filosofia da Declaração de Alma-Ata (1978), que pela primeira vez reconheceu a importância de as pessoas assumirem o controlo e responsabilização sobre a sua saúde.

O *empowerment*, de acordo com Hulme (1999), citado por Hanson (2004), pode ser visto como um resultado (estar capacitado), uma intervenção (capacitar) ou um processo (tornar capacitado), através do qual se pretende:

(...) Capacitar pessoas, grupos e comunidades no emprego de estratégias e recursos para alcançar objetivos individuais e coletivos de forma ativa; adquirir conhecimentos e habilidades que ajudem indivíduos, grupos e comunidades na compreensão crítica das relações sociais e políticas e do próprio meio; adquirir competências através de experiência e intervenção, aplicadas a situações diversas.” (Souza *et al*, 2006 p.267)

O *empowerment* é o adquirir de conhecimentos e competências por parte das pessoas que lhes permite ser responsáveis e tomar decisões acerca da sua saúde. Para tal, pretende-se que as pessoas adquiram conhecimentos suficientes para tomar decisões fundamentadas, que possuam recursos adequados para implementar as suas decisões, bem como consigam avaliar a efetividade das suas escolhas.

A OMS (2006) afirma que o *empowerment* pode ser analisado como um conceito dinâmico, inter-relacionando os vários níveis: individual, grupal e comunitário. Katz (1984) considerou existirem ligações intrínsecas e extrínsecas entre *empowerment* individual e o *empowerment* comunitário, como um paradigma sinérgico, onde as pessoas se inter-relacionam, partilhando recursos e motivações.

O *empowerment* é necessário para fomentar nas comunidades a capacidade de serem elas próprias os intervenientes dos processos de promoção da sua própria saúde, bem como da resolução dos seus próprios problemas através da mobilização dos seus recursos.

Os enfermeiros assumem um papel preponderante por ajudar as pessoas, informando-as e dando-lhe ferramentas que as capacitam a tomar decisões conscientes e responsáveis. Gibson (1991) desenvolveu um modelo de *empowerment* no âmbito do cuidado em enfermagem, no qual se evidenciam três domínios: da pessoa, domínio do enfermeiro e o da pessoa/enfermeiro. Os mesmos estão inter-relacionados e desenvolvem-se num determinado meio ambiente, sendo que a cada um correspondem diferentes recursos, habilidades ou processos.

Quadro 1 – Domínios do Modelo de *Empowerment* para Enfermagem

Modelo de *EMPOWERMENT*
(Gibson, 1991)

- 1.O domínio da pessoa: destaca-se a motivação, a melhoria da saúde e da qualidade de vida, o crescimento, a aprendizagem, a autodeterminação e a tomada de decisão das pessoas.
- 2.O domínio do enfermeiro: o mesmo precisa ser encorajador, facilitador e educador (fornecer a informação necessária).
- 3.O domínio do enfermeiro e da pessoa: modelo privilegia a negociação, tomada de decisão partilhada, envolvimento, empatia, confiança e objetivos comuns.

Importa acrescentar que, de acordo com modelo de Gibson (1991), as pessoas devem desenvolver uma consciência crítica, baseada na liberdade, responsabilidade e livre escolha para promover e reforçar o reconhecimento das suas necessidades, no sentido da construção do seu projeto de saúde. O mesmo autor considera que, para que o conceito de *empowerment* seja interiorizado nos cuidados de enfermagem, é imprescindível refletir nos seguintes pressupostos:

- ✓ A saúde pertence às pessoas e elas têm a primeira responsabilidade sobre ela.
- ✓ As pessoas têm a capacidade de tomarem decisões, sendo que, para tal, necessitam de conhecimentos que sustentem as suas decisões.
- ✓ Os enfermeiros têm a responsabilidade de promover a saúde, mas não têm o seu monopólio.
- ✓ É fundamental a identificação dos recursos e necessidades das pessoas.

Associado ao conceito de *empowerment* emerge o da literacia em saúde. A OMS (1998) define a literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde” (p.10). Entende-se que a literacia em saúde é a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia, em diversos contextos, por exemplo, em casa, na comunidade e no local de trabalho. Para além disso, a mesma possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde e a sua capacidade, não só para procurar informação, mas também para assumir responsabilidades (WHO, 1998).

Os investigadores Sorensen *et al.* (2012) mencionam que literacia em saúde está relacionada com literacia geral, abrangendo o conhecimento pessoal, a motivação e competências no acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação de saúde, de forma a analisar e tomar decisões no dia-a-dia. Essas decisões estão relacionadas com os cuidados de saúde, a prevenção da doença e a promoção da saúde, de forma a manter ou melhorar a qualidade de vida, ao longo da vida.

É notório mencionar que a literacia em saúde vai além do individual. Também depende das habilidades, preferências e expectativas de informações sobre saúde e seus prestadores de cuidados, de que são exemplo, médicos, enfermeiros, administradores, os meios de comunicação e muitos outros (Kindiget *al.* 2004).

A avaliação de literacia em saúde tem ajudado a identificar uma relação entre a baixa literacia em saúde e resultados adversos para a saúde. A baixa literacia em saúde tem sido associada a menor conhecimento sobre a doença e cuidados pessoais (Rudd, 2007), baixa autogestão da doença crónica (Sarkar, *et al.* 2006), a um limitado envolvimento durante as consultas de cuidados de saúde e nos processos de tomada de decisão (Manning e Dickens, 2006) e aumento de internamentos hospitalares (Baker, D. W.*et al.*, 2002). Por outro lado, pessoas com maior literacia em saúde apresentam uma melhoria da assistência preventiva e deteção precoce de patologias, capacidade mais adequada de acesso aos cuidados de saúde e de gestão de doença crónica (Nutbeam, 2008).

Em Portugal, um estudo de âmbito populacional, que envolveu 1004 indivíduos, a quem se aplicou o Questionário Europeu de Literacia em Saúde, traduzido e validado para a população portuguesa, revelou que o nível de literacia em saúde decresce, à medida que a idade aumenta. Este estudo demonstrou que dos 9 países onde foi realizado, a nível europeu, Portugal apresenta a maior percentagem de literacia limitada (inadequada ou problemática), na população com 76 ou mais anos a rondar os 90% (Escoval, 2014).

Segundo Johnson (2014) uma compreensão por parte dos enfermeiros do que é a literacia em saúde é fundamental para aumentar a participação dos consumidores nos seus cuidados de

saúde, e melhorar não só os resultados de saúde, mas também a segurança da prestação de cuidados de saúde.

Conclui-se que a literacia em saúde constitui uma condição chave na prevenção e gestão das doenças - inclusive das doenças crónicas -, na educação e na promoção da saúde, sendo que o nível da mesma pode contribuir para *o empowerment*.

3 – A PESSOA COM HIPOCOAGULAÇÃO: GESTÃO E ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

A maioria das pessoas vive o seu dia-a-dia sem pensar na saúde, bem como na responsabilidade que a mesma implica, exceto quando emerge alguma doença ou algum sintoma de que algo não está bem. A situação de doença, de uma forma geral, é vivenciada e comum a todas as pessoas, contudo a experiência da mesma é subjetiva e singular de pessoa para pessoa, quer no seu processo, quer nos seus efeitos.

A prevalência de doenças crónicas é um dos muitos desafios para os cuidados de saúde primários, em que os mesmos devem adotar a linha da frente no contato com as pessoas, famílias e comunidade.

Importa referir que na legislação que regulamenta a RNCCI a doença crónica é definida, como a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica e que se reflete de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada (Dec. Lei nº 101/2006). A OMS (2002) acrescenta a esta definição que as suas causas podem ser a predisposição genética, as exposições ambientais e os estilos de vida. A doença crónica implica frequentemente mudanças nos hábitos de vida, as quais as pessoas nem sempre integram de forma eficaz, advindo daí complicações (Pereira, 2006).

Dentro das doenças crónicas, estão presentes as doenças cardiovasculares. A OCDE refere que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes na região em 2010. Elas abrangem um leque alargado de doenças relacionadas com o sistema circulatório, incluindo, de acordo com a Direção Geral Da Saúde (DGS, 2017) a Doença Isquémica Cardíaca e as Doenças Cérebro Vasculares.

Em Portugal, o AVC é a principal causa de mortalidade e incapacidade por doenças cardiovasculares justificando, por isso, todas as medidas tendentes à sua prevenção (DGS, 2009). Importa referir que dentre estas doenças cardiovasculares, encontram-se as que necessitam de terapia permanente com anticoagulantes orais (Thaiza, F., et al, 2018). Os antagonistas da vitamina K são anticoagulantes orais com efetividade comprovada na prevenção e tratamento de episódios tromboembólicos, que constituem a terceira causa de morte por doença cardiovascular. A anticoagulação com um antagonista da vitamina K é recomendada para pessoas com mais de um fator de risco moderado, que incluem: a idade igual ou superior a 75 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, reduzida função sistólica ventricular esquerda e diabetes mellitus (DGS,

2009). Como tal, a mesma deve ser usada nas situações clínicas indicadas, bem como adequada e regularmente controlada. A razão normalizada internacional (INR) deve ser determinado no mínimo semanalmente durante o início da terapêutica e mensalmente quando a anticoagulação oral estiver estável (DGS, 2009).

Neste contexto, importa mencionar que a instabilidade da terapia anticoagulante tem sido problema desde a descoberta das drogas cumarínicas (Ávila, C., et al., 2011). Segundo a mesma fonte, a estabilidade da anticoagulação oral está relacionada com a adesão, bem como vários outros fatores, como idade, o uso concomitante de outras drogas, comorbidades, polimorfismos genéticos e ingestão da vitamina K (Ávila, C., et al., 2011). As autoras do artigo, (Ávila, C., et al., 2011), acrescentam que a importância da alimentação é frequentemente citada em programas educacionais para pessoas com hipocoagulação, uma vez que vários nutrientes, especialmente a vitamina K, têm sido associados nas interações fármaco-nutrientes com derivados cumarínicos. Embora o impacto do consumo da vitamina K na anticoagulação oral seja reconhecido há mais de 30 anos, estudos recentes sugerem que essa interação é clinicamente relevante e que interfere na estabilidade da anticoagulação oral (Ávila, C., et al., 2011).

Ganha sentido mencionar que, devido à variabilidade da dose-resposta, a terapêutica com estes fármacos requer não só a monitorização do INR frequente, mas também a educação contínua à pessoa com hipocoagulação e boa comunicação entre as mesmas e profissionais de saúde (DGS, 2009). Em certa medida, quer a promoção da saúde, através da educação para a saúde, quer a comunicação estabelecida entre os profissionais de saúde e a pessoa com hipocoagulação, serão determinantes para que a mesma tenha comportamentos que contribuam para a gestão e adesão ao regime terapêutico.

Importa referir que as sessões de educação para a saúde e a avaliação do grau de conhecimento das pessoas sobre a doença são fatores que colaboram na adesão ao tratamento com uso de anticoagulantes orais, promovendo saúde e prevenindo complicações que podem representar problemas para a saúde pública (Thaiza, F. et al, 2018). Considerando a complexidade que envolve o tratamento com anticoagulantes orais e os fatores que se associam a esse tratamento, é imprescindível planear os cuidados (Thaiza, F. et al, 2018). O desafio, segundo as mesmas autoras, está em adotar medidas necessárias que melhorem a adesão, bem como a acessibilidade às informações por parte das pessoas, de forma a minimizar os riscos, com foco nas necessidades individuais e direcionadas, sobretudo, por parte dos enfermeiros, na busca da melhor estratégia educativa.

3.1 – GESTÃO E ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Segundo a CIPE (2015), na sua última versão, o termo gestão do regime terapêutico não está descrito. No entanto, na versão 2 da CIPE (2011), a definição de gestão do regime terapêutico é considerada um comportamento de adesão que visa “executar as atividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária” (CIPE, 2011, p. 62). Ganha aqui sentido o significado de adesão que é:

“Status positivo: Ação autoiniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos; cumpre o regime de tratamento; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associadas ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente).” (CIPE, 2015, p.38).

Alguns autores sugerem que a gestão do regime terapêutico é um conceito mais global, que engloba a adesão, mas que vai além da volição e inclui, entre outros aspetos, a capacidade de decisão sobre a mudança de um comportamento face à modificação do status de um sintoma ou face a uma nova circunstância, incorporando, por isso, o autoconhecimento e o conhecimento técnico necessário para interpretar e agir em conformidade (Bastos, 2013).

A gestão do regime terapêutico envolve, segundo Gruman e Von Korf (1997), o compromisso da pessoa com atividades que protegem e promovem a saúde, a monitorização e gestão dos sintomas da doença, o equilíbrio emocional e das relações interpessoais, bem como a adesão aos regimes terapêuticos prescritos. Existem vários estudos que evidenciam a fraca adesão ao regime terapêutico e, como tal, a necessidade de intervenção nesta área (Afonso, M.J., et al, 2006).

Atendendo que os cuidados em enfermagem se evidenciam no diagnóstico das respostas a situações de saúde/doença e aos processos de vida, o enfermeiro, perante uma pessoa com hipocoagulação, pode ajuizar o foco da gestão do regime terapêutico, assim como o da adesão ao regime terapêutico, como demonstrado ou não demonstrado. O foco da gestão do regime terapêutico está incluído num processo engrandecido de cuidados que envolve estratégias de prevenção e controlo da doença. Na verdade, o mesmo guarda grande proximidade com a autogestão da doença, em que a problemática das pessoas com doença crónica remete--nos para o desenvolvimento de comportamentos de manutenção da sua saúde/doença, tendo em vista o equilíbrio nas suas relações familiares, profissionais e sociais (Mota, L., Cruz, M., Costa, C., 2016, citando Fry e Bates (2012) e Redman (2004). Importa mencionar, neste contexto, a definição de

autogestão (self-management) definido como aprendizagem e treino de competências necessárias para garantir uma vida ativa e emocionalmente satisfatória, face a uma doença crónica (Bastos, 2013). No que concerne ao foco da adesão ao regime terapêutico este está relacionado à extensão no qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde (Sousa, M.; Peixoto, M.; Martins, M.; 2008 citando Brannon e Feist (1997).

Face ao exposto, importa mencionar que os focos da gestão e da adesão ao regime terapêutico, implicam alterações de comportamentos nas pessoas, inclusive, nas pessoas com hipocoagulação. Os enfermeiros especialistas devem planear com as pessoas, famílias e comunidade essa adesão, ajudando-os a integrar os diferentes itens do seu regime, farmacológico ou não farmacológico (Machado, 2009), e a conquistar também a autonomia necessária para a gestão correta da sua doença.

3.1.1 – As implicações comportamentais na gestão e adesão ao regime terapêutico

Os comportamentos das pessoas só se modificam quando as mesmas se sentem realmente ameaçadas pela doença e a saúde se torna uma preocupação real (Silva, 2004). No processo de adesão terapêutica, a motivação pessoal é um pilar fundamental quando se pretende uma mudança de comportamentos e a sua manutenção (Nascimento do Ó e Loureiro, 2006). Importa mencionar que quando a pessoa com hipocoagulação não se sente motivada para a gestão e adesão ao regime terapêutico garantidamente que o resultado será de insucessos e desistências, bem como de efeitos menos positivos.

Neste contexto, faz sentido abordar diversas teorias e modelos desenvolvidos visando uma melhor compreensão destes processos comportamentais. Exemplo disso é o modelo proposto por Lacroix e Assal (2003) que menciona as diferentes fases que uma pessoa perante a doença crónica enfrenta: choque e descrença temporária, revolta, negociação e tristeza/depressão e aceitação. Os mesmos incluem diferentes tipos de emoções, temores e perguntas que devem ser tidas em conta pelo profissional de saúde, bem como devem ser integrados em estratégias de tratamento. O ideal é que se mantenha a pessoa e sua família na fase da negociação.

O Modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente (1992) (Anexo I) pode ser tido como um instrumento de auxílio à compreensão da mudança comportamental relacionada com a saúde. O mesmo defende que quando a pessoa concretiza mudanças no comportamento, tal acontece por fases: em pré-contemplanção, contemplanção, preparação, ação e manutenção. Segundo o autor, todo este processo envolve estratégias, técnicas e intervenções que podem

possibilita a mudança de comportamento com sucesso, permitindo a compreensão de como ocorrem as intenções de mudança. Sabe-se que a aceitação e confronto com a doença crónica pode ser desafiador e pode, inclusivamente, condicionar a gestão e adesão ao regime terapêutico. Importa salientar que no processo de aceitação fazem parte as fases de choque, negação, adaptação e reorganização, sendo a fase da adaptação que abarca maiores dificuldades, pelos seus efeitos prolongado. Na verdade, a adaptação à doença crónica é um processo contínuo e dinâmico, com momentos de aceitação e equilíbrio e outros de ansiedade, depressão ou revolta, com padrões individuais e que dificilmente podem ser generalizados (Barros, 1999, citado por Couto e Camarneiro, 2002).

Inclui-se nesta perspetiva comportamental o Modelo da hipótese cognitiva de adesão de Ley (1981), no qual o autor defende ser possível prever a adesão através da combinação da satisfação da pessoa em relação à consulta com a compreensão da causa, extensão e tratamento da sua doença e com a capacidade de recordar a informação fornecida pelos profissionais de saúde (Ley, 1988 citado por Sousa, M.; Peixoto, M.; Martins, M.; 2008). O autor menciona ainda que é possível melhorar a adesão, melhorando a comunicação. Para tal o profissional de saúde deverá ser claro, utilizar linguagem simples, repetir as informações que são transmitidas oralmente e, sempre que oportuno, fornecer informação escrita, que permita recordar mais tarde as informações fornecidas.

O Modelo Desenvolvimental de Adesão ao tratamento, de Kristeller e Rodin (1984), mencionado por Pais Ribeiro (2007), considera que há três estádios no processo de participação das pessoas nos seus cuidados: a concordância (*Compliance*), a Adesão (*Adherence*) e a Manutenção (*Maintenance*). Para as autoras do modelo, as estratégias implementadas pelos profissionais de saúde devem ter como objetivo a estabilização da pessoa no estágio da manutenção. Este modelo prevê que a pessoa aprenda a gerir a sua saúde ou a sua doença até alcançar a autonomia que ainda é possível, visando a auto participação e o autocuidado.

A teoria de Dorothea Orem (1914-2007), tem como foco principal o autocuidado, que define como “a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam para a manutenção da sua própria vida, saúde e bem-estar.” (Orem, 1993, p. 131). É constituída por três teorias intercalares interligadas, passíveis de aplicação a todas as pessoas que necessitem de cuidado: Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 1993).

Cada uma destas teorias tem os seus próprios conceitos, sendo que a junção desses conceitos deu origem à Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, o que a torna mais abrangente uma vez que envolve os propósitos das três teorias mencionadas anteriormente (Orem, 1993).

Os conceitos centrais, inter-relacionados, preconizados por Orem, são cinco: 1) capacidades de autocuidado; 2) ações de autocuidado; 3) demandas de autocuidado terapêutico; 4) déficit de autocuidado e 5) capacitação em enfermagem.

A Teoria do Déficit de Autocuidado constitui a essência da Teoria Geral de Orem, uma vez que determina a necessidade da intervenção de Enfermagem. Esta intervenção surge quando a pessoa é incapaz de manter a quantidade e qualidade de autocuidado, fundamental à sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou na capacidade para lidar com os seus efeitos.

Nesta teoria a autora descreve o papel fundamental da Enfermagem no auxílio da pessoa na promoção do autocuidado e identifica cinco métodos de ajuda: 1) executar ou agir, substituindo a pessoa naquilo que ela não pode fazer; 2) orientar e encaminhar; 3) proporcionar apoio físico e psicológico; 4) favorecer um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; 5) ensinar (Orem, 1993).

Para Orem (1995), a Enfermagem é uma arte através da qual o enfermeiro proporciona assistência especializada às pessoas com incapacidades, de modo a satisfazer as suas necessidades de autocuidado (Orem, 1995). Neste sentido, os enfermeiros promovem o autocuidado à pessoa com hipocoagulação, visando a gestão e adesão ao regime terapêutico, prevenindo hemorragias e prevenção de coágulos.

A verdade é que, apesar de existirem diversos modelos e teorias explicativas do processo de adesão, ainda não se encontrou uma explicação e uma solução que aumente os níveis de adesão das pessoas em diversas patologias (Bugalho e Carneiro, 2004). É certo que tal situação pode estar associada à existência de um leque abrangente de fatores e variáveis que interferem com a gestão e adesão ao regime terapêutico. Contudo, importa mencionar que o suporte familiar e apoio por parte dos profissionais de saúde foram tidos como fatores que contribuem para a adesão ao regime terapêutico Silva (2010).

3.1.2 – Contributo da família para a gestão e adesão ao regime terapêutico

A doença crónica de um elemento do agregado familiar pode alterar a estrutura e dinâmica familiar, que necessita de assumir novos papéis. Cabe à família aprender a aceitar a doença, a identificar e lidar com os sintomas da mesma, a reorganizar as suas atividades para se adaptar à mesma e aprender a lidar com o sistema de cuidados em saúde (Figueiredo, 2012).

Neste contexto, importa mencionar que a família, perante a doença de um elemento, pode adotar algumas atitudes, tais como: a negação (que pode inicialmente atuar como um mecanismo psicológico de defesa, perante o receio de reconhecimento da realidade), a

conspiração e silêncio (em que tanto a família como o elemento familiar doente evitam falar sobre a doença e sua evolução, tentando por vezes, até ocultar a informação adquirida), o excesso de realismo (em que a família centra-se em torno do doente e da doença, vivenciando uma ansiedade enorme e em virtude do cansaço e/ou sentimento de incapacidade, não atribui valor ao que se faz, nada vale a pena), a superproteção (em que a família tenta fazer tudo pelo doente, conferindo-lhe pouca autonomia, subestimando a sua capacidade para o autocuidado) e o isolamento social (em que pode ocorrer um certo isolamento das relações sociais, devido ao medo de transmissão de informação, fragilidade e diminuição da autoestima) (Novellas, *et al*, 1996, citado por Moreira, 2001).

A verdade é que as famílias, perante a situação de doença, tendem a reestruturar-se, procurando o equilíbrio, assim como a manutenção da autonomia dos seus elementos, visando que a doença ocupe o seu lugar na dinâmica familiar e não se torne o centro da mesma. As famílias são, assim, tidas como espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo-se como unidades dotadas de energias, com capacidade auto organizativa (Figueiredo, 2009). De acordo com a mesma fonte, as interações dos seus elementos permitem que a família, pela sua proximidade e características que lhes são próprias, tenha um papel ativo no acompanhamento do processo saúde/doença de cada um deles. Por isso, as famílias são identificadas como a principal oportunidade para a promoção e manutenção de cuidados de saúde aos seus membros (Figueiredo, 2009).

Face ao exposto, pode afirmar-se que a família da pessoa com hipocoagulação tem um papel de grande relevo na gestão e adesão ao regime terapêutico, em que o apoio da família tem um impacto positivo para que a pessoa modifique comportamentos em prol da sua saúde.

Os enfermeiros devem, por isso, focalizar-se sobre as e nas famílias. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), enquanto referencial teórico e metodológico, visa dar resposta às necessidades dos enfermeiros em contexto de cuidados de saúde primários portugueses face aos cuidados com as famílias, enquanto alvo de cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2009). Segundo a mesma fonte, a avaliação familiar, no âmbito do MDAIF, centra-se em áreas de atenção relevantes em enfermagem de saúde familiar, operacionalizada por uma estrutura multidimensional centrada nas dimensões da estrutura, desenvolvimento e funcionamento do sistema familiar. Com uma estrutura operativa dinâmica, pretende ser flexível e interativo, permitindo aos enfermeiros proporem intervenções que respondam às necessidades das famílias em cuidados, identificando-as com rigor (Figueiredo, 2009).

4 – PLANEAMENTO EM SAÚDE

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública no desenvolvimento das suas competências avalia o estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do planeamento em saúde (Regulamento n.º 428/2018). A metodologia utilizada no relatório é constituída pelas seguintes fases do planeamento em saúde: elaboração do plano (diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas/projetos e preparação da execução), execução da ação e avaliação (Nunes, 2016 e Imperatori e Giraldes, 1993).

4.1 – ELABORAÇÃO DO PLANO

4.1.1 – Diagnóstico de situação

O diagnóstico da situação é a primeira etapa do processo de planeamento em saúde, sendo que o mesmo identifica e caracteriza uma situação específica. O mesmo tem como função caracterizar corretamente a população e aferir as reais necessidades de intervenção, funcionando como a justificação da ação. Segundo Tavares (1990) é nesta fase que os problemas de saúde da população alvo são identificados, sendo determinadas as suas necessidades.

Importa referir que apesar de o contexto de estágio ser muito idêntico ao contexto onde a mestranda exerce a sua atividade profissional, foram logo identificados alguns aspetos diferentes das duas realidades, de que é exemplo a consulta de hipocoagulação, no âmbito do Programa de Saúde Prioritário: Doenças cérebro-cardiovasculares. A existência desta consulta em CSP foi, na verdade, uma novidade para a autora do relatório, uma vez que desconhecia a sua existência neste contexto. Com esta realidade díspar, a enfermeira orientadora do estágio, bem como a enfermeira responsável pela consulta de hipocoagulação da USF, consideraram que seria interessante investir durante o estágio nesta comunidade: pessoas com hipocoagulação a frequentar a consulta de hipocoagulação na USF. A sugestão das enfermeiras emergiu também pelo fato das pessoas com hipocoagulação apenas serem alvo de atenção por parte da USF em consultas de hipocoagulação, sendo que nunca ocorreu um olhar mais aprofundado e alargado sobre as mesmas. É de mencionar que a consulta de hipocoagulação existe no ACES Lezíria, bem como na USF CampuSaúde, desde 2016, ano em que foi realizado um protocolo entre o Hospital Distrital de Santarém e o ACES Lezíria. A transferência dessas consultas para os CSP foi, essencialmente, porque o serviço do hospital não estava a conseguir dar resposta às novas

situações de pessoas com hipocoagulação, sendo que se considerou a proximidade ao local onde as pessoas residem.

É importante contextualizar que, apesar da mestranda estar em contexto de USF, em que se preconiza que as consultas de enfermagem sejam realizadas pelo enfermeiro de família, as consultas de enfermagem realizadas às pessoas com hipocoagulação não são realizadas pelo seu enfermeiro de família, mas sim pela enfermeira responsável pela consulta de hipocoagulação. Para além disso, é de acrescentar que não existe, na USF, um protocolo na consulta de hipocoagulação.

Numa primeira fase a mestranda sentiu necessidade, face à temática em questão, de pesquisar sobre a mesma atendendo que não era mobilizada na sua prática profissional e, como tal, era uma área com a qual não estava familiarizada. Tal requereu um investimento a nível do aprofundamento sobre a temática, o que tornou este contexto também como uma oportunidade privilegiada para aprendizagem.

Importa referir que para a realização do diagnóstico de situação a mestranda esforçou-se em colher os dados através da pesquisa documental/registos, da observação direta e de uma entrevista semiestruturada.

Atendendo que o estágio I foi desenvolvido num contexto diferente, para a elaboração do diagnóstico de situação, foi fundamental conhecer a comunidade em questão, ou seja, o concelho da Golegã, bem como toda a informação existente sobre a USF CampusSaúde. Numa primeira abordagem, a mestranda sentiu a necessidade de ler na íntegra o Plano de Ação da respetiva USF, bem como o Manual de Acolhimento, numa lógica da compreensão de especificidades inerentes à intervenção da unidade, bem como de todos os meios e recursos disponíveis na comunidade. Foi necessário perceber com que unidades a USF CampusSaúde articula uma vez que os profissionais de saúde que constituem a equipa são médicos e enfermeiros e que, muitas vezes, é necessário a intervenção de outros profissionais para dar resposta às necessidades das pessoas/famílias/comunidade. Importa assim mencionar que a leitura desses documentos foi muito útil pois permitiu conhecer a dinâmica, constituição e objetivos da unidade de saúde. Para além disso foi necessário pesquisar, por exemplo, dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), bem como o site do Serviço Nacional de Saúde (SNS), visando um conhecimento mais aprofundado da unidade de saúde.

Na pesquisa realizada verificou-se, como já mencionado na contextualização teórica, que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes na região em 2010. As mesmas abrangem um leque alargado de doenças relacionadas com o sistema circulatório, incluindo, a Doença Isquémica Cardíaca e as Doenças Cérebro Vasculares (DGS, 2017).

Em Portugal, o AVC é a principal causa de mortalidade e incapacidade por doenças cardiovasculares (DGS, 2009).

Na USF CampuSaúde, no mês de março de 2019 estavam identificadas 1680 pessoas com doenças cérebro-cardiovasculares, sendo que dessas 44 necessitam de terapia permanente com anticoagulantes orais. A mestranda considerou importante realizar a caracterização sociodemográfica dessas pessoas (Anexo II), uma vez que na sua perspetiva esse conhecimento prévio seria uma mais valia para a avaliação/compreensão das suas necessidades, bem como para o planeamento e execução das intervenções de enfermagem. Para essa caracterização foi importante a informação que as pessoas foram facultando ao longo das consultas. Sobre este aspeto, importa mencionar que não se justificou realizar um consentimento informado para as pessoas com hipocoagulação, uma vez que as mesmas já eram alvo de atenção da USF, inclusivamente, da equipa de enfermagem, bem como pelo facto de o estágio ser confinado à USF CampuSaúde. Posto isto, foi considerado que não emergiam questões éticas, que exigissem um consentimento informado, relacionadas com a intervenção com as pessoas com hipocoagulação na USF CampuSaúde.

É de acrescentar que se tornou relevante a consulta do indicador da hipocoagulação no BI-CSP (Anexo III). Ao consultar o programa MIM@UF no dia 13 de março de 2019, os dados referentes ao indicador do mês de dezembro de 2018, a mestranda verificou que o indicador está 73% cumprido e 27% não cumprido. No entanto a mestranda considerou que o indicador não traduz informação relevante face à gestão e adesão ao regime terapêutico, aspetos estes que não fazem parte dos critérios do indicador. Para além disso, o mesmo não contempla o registo das oscilações do valor do INR (se no intervalo terapêutico ou não) o que, na perspetiva da mestranda, é um dado relevante atendendo à temática em estudo.

Para complementar e enriquecer os dados, foi feita pela mestranda uma pesquisa individual ao processo clínico de cada pessoa com hipocoagulação a frequentar a consulta na USF CampuSaúde, que embora exaustiva, foi fundamental, pois permitiu alcançar informação que não se conseguiria obter se a consulta da mesma não fosse realizada dessa forma. Importa mencionar que toda a informação realizada nunca tinha sido colhida anteriormente pelos elementos da USF CampuSaúde. Exemplo disso é a informação que se segue e que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem, desde o dia 1/1/2018 até ao dia 20/3/2019:

- 29 pessoas com hipocoagulação não apresentam diagnóstico de gestão do regime terapêutico (GRT);
- 29 pessoas com hipocoagulação não apresentam diagnóstico de adesão ao regime terapêutico (ART);
- 13 pessoas com hipocoagulação apresentam GRT comprometido;

- 2 pessoas com hipocoagulação apresentam diagnóstico de GRT não comprometido;
- 12 pessoas com hipocoagulação apresentam ensinamentos sobre hábitos alimentares, sendo que dessas 12 pessoas, apenas 1 apresenta GRT não comprometida, 2 não apresentam diagnóstico de GRT/ART e 9 apresentam GRT comprometida.

Todavia, pelo facto de a mestranda estar consciente que estes focos de enfermagem, com necessidade de intervenção, são sugeridos no âmbito de diversas consultas realizadas em USF, foi tentar perceber quais tinham sido sugeridos no âmbito da consulta de hipocoagulação, durante o mesmo período:

- 44 pessoas com hipocoagulação sem diagnóstico de GRT;
- 44 pessoas com hipocoagulação sem diagnóstico de ART;
- 2 pessoas com hipocoagulação, ou seja, 4,5 % têm registo de enfermagem sobre ensinamentos sobre hábitos alimentares;

Verificou ainda, através dos registos do processo clínico, que:

- 44 pessoas com hipocoagulação com a intervenção “Monitorizar INR” nas últimas consultas.

➤ 23 (52,27%) pessoas com hipocoagulação apresentam o INR fora do intervalo terapêutico, na última consulta;

➤ 7 pessoas com hipocoagulação não têm registo de anticoagulante oral na terapêutica crónica prescrita.

Por outro lado, o estar também presencialmente no local de estágio durante as horas preconizadas, logo desde o início de estágio, de facto, foi uma mais valia pois permitiu observar na prática os cuidados prestados pela equipa de enfermagem, bem como a dinâmica da própria equipa. Na verdade, após saber a temática a desenvolver ao longo do estágio, a mestranda fez questão de estar presente nas consultas de hipocoagulação, visando essencialmente a observação direta como fonte de colheita de dados, a qual assumiu um grande relevo. A observação desempenha papel importante, pois obriga o investigador a estabelecer um contacto direto com a realidade estudada (Marconi; Lakatos, 2002). A escolha desta técnica fundamenta-se em Faria (1992), o qual afirma que esse instrumento permite a obtenção de dados adicionais para a complementação de informações. Na verdade, a mesma permitiu conseguir informações, acerca da dinâmica da consulta de hipocoagulação, inclusivamente, sobre algumas desvantagens, limitações e desafios da mesma. Esta técnica auxiliou a mestranda a obter e identificar pontos que os profissionais de saúde tinham como comportamentos tão enraizados que nem se apercebiam o que estava envolvido nos mesmos. Um desses aspetos estava relacionado com o facto de, após monitorização do valor INR, a enfermeira, por indicação da equipa médica, ter de interromper uma consulta médica para informar o médico sobre o valor de INR da pessoa com

hipocoagulação, estivesse dentro do intervalo terapêutico preconizado para a pessoa, ou não. Esta situação levantou algumas inquietações à mestranda que a fez refletir se existia necessidade de a consulta médica ser interrompida quando o INR se encontrava no intervalo terapêutico, bem como no respeito, dignidade e sigilo profissional que as pessoas merecem, ou seja, em determinados aspetos ético deontológicos.

A mestranda notou que nas consultas as pessoas com hipocoagulação vinham, na maioria, sozinhas, sendo que em algumas situações verificou-se que elementos da família ficavam na sala de espera enquanto o seu familiar com hipocoagulação era consultado. Importa acrescentar que nas consultas as pessoas verbalizaram, na sua grande maioria, que: tinham dificuldade em ter uma alimentação equilibrada, bem como em cumprir o regime alimentar adequado; desconheciam quais os alimentos que faziam aumentar ou diminuir o INR; desconheciam a definição de INR; não registavam se tinham tomado a medicação na folha impressa pelo programa Gota (Anexo IV), o qual é utilizado na consulta para registo do INR, para além do SClínico; muito raramente se esqueciam de tomar o anticoagulante oral, mas que se esquecessem não sabiam como atuar. É de acrescentar que, através da realização das consultas à pessoa com hipocoagulação, verificou-se que existia uma necessidade de abordar com as mesmas as temáticas necessárias para *viver* com hipocoagulação, ou seja, abordar os contributos conducentes para a gestão e adesão do regime terapêutico, sendo que algumas dessas pessoas, inclusivamente, admitiram necessidade de formação.

Para além disso, foi observado que nem sempre as intervenções de enfermagem eram registadas devidamente, o que em parte está relacionado com o facto de muitos desses atendimentos são tidos como atos e não como consultas de enfermagem, devido ao pagamento das taxas moderadoras.

Todavia, não se pode creditar total confiança às perceções e impressões sensoriais, pois, vez por outra, pode-se ser conduzido a tirar conclusões precipitadas (Cooper; Schindler, 2003). De forma a evitar essa situação, foi realizado uma entrevista semiestruturada à enfermeira responsável pela consulta de hipocoagulação. A opção por esta técnica deu-se em função de proporcionar à mestranda melhor entendimento e captação da perspetiva da entrevistada, pois as entrevistas livres, ou seja, totalmente sem estrutura, onde os entrevistados falam livremente, “resultam num acúmulo de informações difíceis de analisar que, muitas vezes, não oferecem visão clara da perspetiva do entrevistado” (Roesch, 1999, P.159). A entrevista decorreu no gabinete de enfermagem, sem intercorrências, no dia 12 de março, com a duração de cerca 20 minutos. Para a sua elaboração, foi realizado um consentimento informado (Anexo V) e um guião da entrevista (Anexo VI). Optou-se por apenas transcrever as frases significativas que pessoa com hipocoagulação contribuíram para a perceção da importância de intervir junto à e sua família,

sendo que para a sua análise recorreu-se à análise de conteúdo de Bardin (Anexo VII). O aspeto mais relevante a realçar da entrevista está relacionado com os desafios da pessoa com hipocoagulação na gestão e adesão ao regime terapêutico, mais concretamente ao regime alimentar. Na verdade, na perspetiva da enfermeira, a alimentação é a causa major das oscilações do INR e, como tal, da gestão e adesão ao regime terapêutico não demonstrada, sendo que considera que existe necessidade de educação para saúde sobre este ponto.

Face ao exposto, emergiram os seguintes diagnósticos de enfermagem comunitária:

- Conhecimento sobre regime alimentar não demonstrado (CIPE, 2011);
- Gestão do regime terapêutico comprometida (CIPE, 2011);
- Adesão ao regime terapêutico comprometida (CIPE, 2011).

A mestranda, por considerar que é basilar usar-se uma linguagem comum e perceptível a todos os enfermeiros, pois cria laços de maior proximidade entre todos os enfermeiros, optou por mobilizar a CIPE na elaboração de diagnósticos de enfermagem comunitária.

4.1.2 – Definição de prioridades

A definição de prioridades é a segunda etapa do planeamento em saúde e diz respeito à seleção, escolha ou definição de prioridades. Nunes (2016) corrobora com Imperatori e Giraldes (1993), quando menciona que para o diagnóstico é realizada a identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será feita nesta etapa. Após a identificação das necessidades de saúde mencionadas, é primordial a hierarquização dos problemas identificados no diagnóstico efetuado, de modo a justificar a pertinência da intervenção e conseguir satisfazer a fase seguinte, a definição dos objetivos que irão orientar a intervenção comunitária.

Importa referir que se optou por intervir em todos os problemas acima indicados, uma vez que os mesmos estão todos interligados, ou seja, estão relacionados com a gestão e adesão ao regime terapêutico. Como tal, não se justificou a aplicação de nenhuma metodologia de seleção de prioridades, sendo que a necessidade de intervenção identificada, face a toda informação supramencionada, foi no âmbito da gestão e adesão ao regime terapêutico.

4.1.3 – Formulação de objetivos

Após a elaboração do diagnóstico da situação e identificado o problema sobre o qual é necessário intervir, definiu-se objetivos a alcançar, num determinado intervalo de tempo, sendo a formulação de objetivos a terceira etapa do planeamento em saúde. Neste contexto, importa mencionar que objetivo é definido como o “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente

exequível de evolução de um problema” (Fortin, 2009, p. 160). Na verdade, “fixar objetivos é definir para onde se vai, sendo a forma como se lá chega parte integrante da etapa seguinte: seleção de estratégias” (Tavares, citado por Pereira, 2011, p.6).

No âmbito da intervenção comunitária, face à informação do diagnóstico de situação, bem como à prioridade estabelecida da gestão e adesão ao regime terapêutico, definiu-se como objetivo geral:

➤ Capacitar as pessoas com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico.

Definiram-se ainda como objetivos específicos:

- ✓ Identificar as estratégias que promovam a gestão e adesão ao regime terapêutico;
- ✓ Fornecer a informação às pessoas com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico;
- ✓ Envolver as pessoas com hipocoagulação/familiares na tomada de decisão fundamentada para a gestão e adesão ao regime terapêutico.

Nesta etapa faz sentido falar em indicadores, os quais podem ser indicadores de resultado ou impacto ou indicadores de atividade ou execução. Importa mencionar que um indicador de resultado ou impacto pretende medir a alteração verificada num problema de saúde, enquanto que um indicador de atividade ou execução pretende medir a atividade desenvolvida, com vista a atingir um ou mais indicadores de impacto (Nunes, 2016 e Imperatori e Giraldes, 1993). Face ao exposto, poderá ser feita uma avaliação a curto prazo dos indicadores de atividade ou execução, contudo a avaliação dos indicadores de resultado ou impacto só poderá ser realizada a longo prazo. Como tal, tendo em conta a limitação temporal do estágio, foram então definidos os indicadores de execução, bem como as metas que são como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzindo-se em termos de indicadores de atividade” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.81) (Anexo VIII).

4.1.4 – Seleção de estratégias

A quarta etapa passa pela seleção de estratégias. Nunes (2016) corrobora com Imperatori e Giraldes (1993) quando o mesmo refere que nesta etapa é possível escolher um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com vista a alcançar determinado objetivo, reduzindo um ou mais problemas de saúde. Para definir as estratégias a implementar, tornou-se necessário realizar uma *scoping review* (Anexo IX). Atendendo que se pretendia capacitar as pessoas com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico, a mesma revelou os achados mais atualizados sobre as estratégias para alcançar esse mesmo objetivo.

Na verdade, no desenrolar da prática clínica pretendeu-se conquistar competências na melhoria da qualidade dos cuidados, bem como uma prática baseada na evidência, engrandecendo o contexto e adequando as práticas estabelecidas. O resultado da evidência encontrada levou ao desenvolvimento de estratégias utilizadas ao longo do ensino clínico, sendo que as estratégias de intervenção definidas foram:

- Partilhar, com as pessoas com hipocoagulação e suas famílias, conhecimentos conducentes à gestão e adesão ao regime terapêutico através das consultas de enfermagem e das sessões de educação para a saúde;
- Estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa com hipocoagulação/família, tendo por base a empatia, confiança e o respeito.
- Promover junto das pessoas com hipocoagulação, bem como das suas famílias, sempre que possível o projeto a desenvolver, envolvendo-as no mesmo;

4.1.5 – Elaboração de programas e projetos

Após a escolha das estratégias, proceder-se-á à elaboração de programas e projetos, sendo que a distinção fundamental entre ambos é a longevidade, ou seja, enquanto o programa se desenvolve de forma contínua no tempo, o projeto decorre num período de tempo definido e limitado.

Um projeto de intervenção em saúde é um documento orientador pormenorizado com ações, devidamente alicerçadas, a serem desenvolvidas, com a finalidade de responder às necessidades de saúde identificadas e que visam promover a qualidade de vida e ampliar o nível de saúde de uma dada população, através do reforço do envolvimento comunitário na resolução dos problemas identificados, decorrendo num período bem delimitado de tempo (Tavares, 1990).

Face ao exposto, importa definir que foi elaborado um projeto *Capacitar = Mais Saúde* (Anexo X), o qual demonstrou ser uma estrutura sólida que orientou o processo de trabalho, visando a capacitação da pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico. O mesmo concilia os significados das palavras capacitar e saúde. Capacitar significa “Fazer com que se torne capaz de” (Dicionário Português Online, 2019), o que envolve ação. A saúde, por sua vez, é o “Processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência da doença ou enfermidade.” (CIPE, 2015:81)

A escolha do sinal de igualdade, estabelece a relação/equilíbrio/correspondência perfeita entre capacitar e a (mais) saúde. Na verdade, a ideia de adição tem a intenção de evidenciar que

quando existe a capacitação, através da promoção da saúde, a mesma espelhará ganhos em saúde e, como tal, melhor qualidade de vida para a pessoa com hipocoagulação.

4.1.6 – Preparação da execução

A preparação da execução, última etapa da elaboração do plano, corresponde à preparação das atividades necessárias para a execução das estratégias definidas anteriormente, sendo que o cronograma desempenha um papel fundamental para o controle do tempo.

Na verdade, após a elaboração dos programas ou projetos é necessário especificar o quando, o onde, o como as atividades devem ser realizadas e quem será o seu executor, sendo que esta informação consta no projeto de estágio de intervenção comunitária *Capacitar = Mais Saúde*.

Importa mencionar que as consultas realizadas pela mestranda permitiram conhecer todas as pessoas com hipocoagulação, tendo havido um esforço acrescido por parte da mestranda para que fosse a mesma a realizar o maior número possível de consultas durante o período do estágio. Para além disso, um dos contributos da *scoping review* foi a importância de se estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa, sendo que para isso a realização das consultas foi uma mais valia, contribuindo para a intervenção que se pretendia, visando a gestão e adesão ao regime terapêutico da pessoa com hipocoagulação. O Modelo do *Empowerment*, desenvolvido por Gibson (1991), menciona inclusivamente que no domínio do enfermeiro e da pessoa, privilegia-se a empatia e a confiança, sendo que foi algo que pretendeu alcançar com a realização das consultas. As mesmas foram momentos em que se enfatizou a importância da tomada de decisão partilhada, da negociação, de estabelecimento de objetivos comuns e do envolvimento da pessoa na gestão e adesão ao regime terapêutico. Essas consultas foram também oportunidades para alargar o convite à presença da família nas consultas, bem como às sessões de educação para a saúde que seriam realizadas. Na verdade, verificou-se que algumas pessoas com hipocoagulação vinham acompanhadas pelos seus familiares ao edifício da USF, mas que, maioritariamente, ficavam na sala de espera quando a pessoa vinha à consulta de enfermagem. Quando esse facto foi constatado pela mestranda, a mesma passou a realizar um convite ao elemento familiar de forma a que também o mesmo participasse na consulta de enfermagem realizada, sendo também estabelecida essa relação terapêutica. Foi interessante observar, após várias consultas, a participação de alguns elementos da família nas consultas de enfermagem, sendo que a mestranda se focalizou em envolvê-los também no processo de cuidados.

A pessoa com hipocoagulação, de acordo com o contributo do Modelo do *Empowerment* (Gibson, 1991), deve estar motivada para alcançar o melhor nível de saúde possível e qualidade

de vida. Na verdade, a responsabilidade sobre a saúde recai, em primeiro, sobre a pessoa com hipocoagulação, sendo que, para tal, no domínio da pessoa, o crescimento, a autodeterminação e a tomada de decisão para gestão e adesão ao regime terapêutico foram aspetos fulcrais a ter em conta ao longo das consultas. Para tal, a aprendizagem da pessoa é deveras significativa no domínio da pessoa, por outro lado, no domínio do enfermeiro, é importante que o mesmo seja encorajador e facilitador dessas aprendizagens (Gibson, 1991). A mestranda, ao ter em conta estes aspetos do modelo, propôs-se a assumir o seu papel de educadora para facilitar essas aprendizagens, fornecendo assim as informações necessárias, não só de forma individual (nas consultas), mas também em grupo, através da sessão de educação para a saúde que elaborou nesta fase. Na verdade, para as pessoas com hipocoagulação tomarem as suas decisões, necessitam de conhecimentos que as sustentam, daí a mestranda ter assumido a responsabilidade de promover a saúde, através da sessão de educação para a saúde (Anexo XI), visando a capacitação das pessoas para a gestão e adesão ao regime terapêutico.

O convite para as sessões de educação para a saúde foi realizado verbalmente, pela mestranda, nas consultas de hipocoagulação, sendo que as pessoas com hipocoagulação foram informadas que as mesmas iriam ser realizadas no final do mês de maio e início do mês de junho, mas que posteriormente iriam ser contactadas telefonicamente. Na verdade, na semana anterior à realização de cada sessão, foi realizado um contacto telefónico para reforçar esse mesmo convite, bem como para informar sobre o dia e a hora da sessão de educação para a saúde. Para além disso, nesse contacto telefónico, foi enfatizado a importância de o convite ser alargado à família, uma vez que se pretendia que o momento também fosse de partilha não só com as pessoas com hipocoagulação, mas também com as suas famílias.

Importa acrescentar que a necessidade de educação para a saúde direccionada para a gestão e adesão ao regime terapêutico das pessoas com hipocoagulação implicou a planificação da sessão de educação para a saúde, a qual não se pretendia que fosse exaustiva, mas antes que fornecesse informação prática, visando a gestão e adesão do regime terapêutico.

Sobre esta fase, da preparação para a execução, é ainda de acrescentar que as reuniões informais com a enfermeira cooperante e enfermeira responsável pela consulta permitiram, entre outros aspetos, facilitar a organização dos grupos, uma vez que houve necessidade de a sessão de educação para saúde ser replicada para se conseguir alcançar o maior número de pessoas.

Para além disso, e perspetivando que a equipa multidisciplinar dê continuidade ao projeto, importa referir que no dia 25 de março, na reunião da equipa multidisciplinar, a equipa foi informada sobre a temática do trabalho a ser desenvolvido pela mestranda. Por sua vez, no dia 6 de maio de 2019 foi apresentando à equipa o trabalho desenvolvido, até essa data, pela mestranda, bem como o trabalho ainda a desenvolver (Anexo XII), sendo que estavam presentes

todos os elementos da equipa multidisciplinar e que a mesma teve a duração de cerca 50 minutos. Importa mencionar que, nessa reunião, verificou-se que nem todos os profissionais de saúde tinham consciência de todos os critérios do indicador para que o mesmo fosse cumprido. Este encontro com os profissionais da unidade foi um ponto alto para o desenvolvimento do projeto uma vez que a mestranda teve de expor situações que lhe causaram algumas inquietações e que, como tal, foi desafiador expor à equipa, essencialmente à equipa médica. Exemplo disso foi quando a mestranda raciocinou com a equipa médica sobre o motivo que os faz requerer que, perante resultados de INR dentro do intervalo terapêutico, a enfermeira responsável pela consulta de hipocoagulação interrompa a sua consulta médica para os informar do resultado do INR. No fundo, foi exposto que se interrompe uma consulta médica sem motivo aparente quando o INR está dentro do intervalo terapêutico. Foi interessante o caminho percorrido dessa discussão, sendo que a conclusão da mesma foi que quando o valor do INR estiver dentro do valor terapêutico, passar-se-ia a não interromper a consulta médica. Por sua vez, quando o valor INR estiver fora do intervalo terapêutico, manter-se-iam os procedimentos em prática na unidade. Nessa mesma reunião foi também abordado que os registos de enfermagem nem sempre traduzem o que era realizado pela enfermeira pelo facto de ser ativado um ato de enfermagem e não uma consulta de enfermagem. Tal situação foi logo justificada pelo pagamento das taxas moderadoras ser diferente, se ato ou se consulta de enfermagem, sendo que foi mencionado à equipa que efetivamente a consulta de enfermagem não se resumia apenas à monitorização do INR, pois na mesma eram também realizados ensinios. Para colmatar esta lacuna, ficou acordada uma consulta médica e de enfermagem conexas em cada ano civil, visando, entre outros aspetos, um melhor acompanhamento das pessoas com hipocoagulação por parte destes profissionais, com a possibilidade de se melhorar os registos de enfermagem.

Nesta reunião foi apresentado o projeto de protocolo da consulta de hipocoagulação da USF CampuSaúde (Anexo XIII), o qual tinha sido enviado previamente para todos os elementos da equipa da USF, sendo que o mesmo foi aprovado por toda a equipa multidisciplinar. A reunião serviu também para consciencializar a equipa sobre a necessidade de implementar uma reestruturação da consulta, sendo que para esse efeito foi elaborado um projeto de folheto para a consulta de hipocoagulação, o qual também tinha sido enviado previamente à equipa. O folheto da consulta de hipocoagulação (Anexo XIV), que foi aprovado na reunião inclui, entre outros aspetos, as conquistas alcançadas na reunião, sendo que se destacam a realização de uma consulta conexas (enfermagem e médica) à pessoa com hipocoagulação em cada ano civil, bem como se INR entre o intervalo terapêutico a pessoa com hipocoagulação a enfermeira responsável pela consulta passou a ter autonomia para agendar próximo ato para monitorização do INR, sem necessidade de parecer médico.

Neste contexto, é de mencionar ainda que a mestranda, ao longo das consultas que realizou, verificou que as pessoas com hipocoagulação não eram detentoras de um cartão que as identificasse como tal. Por esse motivo, foi elaborado um cartão (Anexo XV) com a finalidade de identificar facilmente a pessoa com hipocoagulação. A mestranda considerou que seria uma mais valia se a pessoa com hipocoagulação fosse detentora do mesmo, uma vez que essa informação é relevante se ocorrer alguma emergência. A verdade é que aparentemente é um pequeno contributo, todavia, em caso de necessidade, ser detentor do mesmo pode fazer a diferença.

4.2 – EXECUÇÃO DA AÇÃO

Pineault e Daveluy, citados por Pereira (2011), referem que a execução deve ser pensada e prevista a forma de desenvolver as atividades, com vista ao sucesso do planeamento.

No que concerne às atividades realizadas, como já mencionado, foram realizadas sessões de educação para a saúde visando capacitar a pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico. A metodologia utilizada nas mesmas foi a expositiva/demonstrativo/interrogativa com recurso ao programa powerpoint, para apresentação de conteúdos, recorrendo, inclusivamente, a algumas imagens. As sessões foram realizadas nos dias 23 e 28 de maio e nos dias 4, 6, 11 e 13 de junho de 2019. Importa referir que se optou por replicar 6 vezes a mesma sessão, uma vez que a mestranda considerou que se o grupo fosse muito grande a compreensão da informação poderia ficar comprometida, em algumas situações. Para além do recurso o programa Powerpoint, a mestranda mobilizou o recurso da comunicação verbal e acessível, atendendo ao provável nível de literacia em saúde das pessoas com hipocoagulação, devido às características sociodemográficas, de que são exemplo o facto de muitas serem pessoas idosas e algumas analfabetas. Na verdade, em algumas situações as pessoas necessitaram, por exemplo, de apoio para a compreensão da informação e leitura de algum material, de adaptação da linguagem, bem como de alteração do tom de voz da mestranda devido à diminuição da acuidade auditiva. Face a exposto, a mestranda teria mais dificuldade em estar disponível para prestar esse apoio se o número de participantes fosse muito elevado. Contribuiu para essa decisão, de replicar a sessão, também o facto da sala de reuniões da USF CampuSaúde, embora ser um espaço agradável, ser um espaço de dimensões não muito grandes, bem como o desconhecer-se quantos elementos da família acabariam por participar nas sessões. Importa mencionar que a intervenção por parte da equipa da USF CampuSaúde às pessoas com hipocoagulação nunca tinha acontecido até ao momento em grupo. Foi interessante ver a forma como as pessoas com hipocoagulação acarinham o convite da mestranda, na fase da preparação da execução, para a sessão de educação para a saúde, sendo muito recetivos ao

mesmo, o que se refletiu na frequência às sessões de educação para a saúde. Para além disso, também aceitaram esse convite alguns familiares, tendo sido a sua presença uma conquista muito positiva na visão da mestranda, pois um dos achados da *scoping review* foi a importância da participação da família na tomada de decisões. Para tal, podendo ser realizada uma parceria com a família visando a capacitação para a gestão e adesão ao regime terapêutico, é importante que a mesma seja detentora de informações para que as suas decisões sejam fundamentadas. Gibson (1991) refere que é fundamental a identificação dos recursos e das necessidades da pessoa. Verificou-se, através do diagnóstico de situação, que a gestão e adesão ao regime terapêutico é tida como uma necessidade de intervenção da pessoa com hipocoagulação, em que a família pode ser considerada um recurso para a mesma. Como tal, os enfermeiros têm a responsabilidade de promover a saúde também *nas* e *com* as famílias, envolvendo-as na tomada de decisão partilhada no que concerne à gestão e adesão ao regime terapêutico da pessoa com hipocoagulação.

Face ao exposto, nas consultas de enfermagem realizadas, bem como nas sessões de educação para a saúde, em que participaram elementos da família, as intervenções passaram por abordar com os elementos das famílias questões de saúde da pessoa com hipocoagulação, e como as pessoas com a doença e seus familiares *olham* para a doença e suas implicações. Do sumo desses momentos de partilha *com* e *nos* elementos das famílias resultou que as pessoas com hipocoagulação, apesar de serem detentoras de alguns conhecimentos sobre a doença, muitas vezes, não aplicam esses conhecimentos no seu dia-a-dia, bem como os seus familiares não têm a perceção do que a doença implica. As sessões de educação para a saúde serviram para dar informação às pessoas com hipocoagulação/famílias, numa lógica de envolvê-las na gestão e adesão ao regime terapêutico, promovendo a saúde e negociando estratégias, contributos mobilizados do Modelo do *Empowerment* (Gibson, 1991).

Importa referir que, com vista a facilitar a sistematização da informação útil sobre a gestão e adesão do regime terapêutico da pessoa com hipocoagulação para as suas famílias, foi desenvolvido um guia de orientações para sensibilizar e motivar as famílias (Anexo XVI) para o seu envolvimento na gestão e adesão do regime terapêutico do seu familiar. Foi focado no mesmo tópicos de esclarecimento e aspetos importantes a ter em conta na gestão e adesão do regime terapêutico, como a alimentação, medicação, bem como a importância das consultas/vigilâncias no âmbito da hipocoagulação. O mesmo resume aspetos fundamentais para que o familiar possa prestar ajuda prática, no quotidiano, ao elemento da família com hipocoagulação. Este guia foi desenvolvido visando uma fácil utilização para consulta de aspetos mais relevantes para a gestão e adesão ao regime terapêutico. Para além disso, foi elaborada, e facultada à pessoa com hipocoagulação, um esquema que resume a interação dos alimentos com o INR (Anexo XVII),

tendo sido sugerido que a mesma fosse afixada num local visível, como por exemplo a porta do frigorífico, para fácil consulta. O guia de orientações para a família foi facultado aos 12 familiares que frequentaram as sessões, bem como foi entregue às pessoas com hipocoagulação que frequentaram as sessões, cujo familiares não tiveram presentes nas mesmas, para que o mesmo fosse consultado pelos seus familiares posteriormente. Relativamente às pessoas que não frequentaram as sessões de educação para a saúde é de mencionar que foi entregue à enfermeira responsável pela consulta toda a informação de suporte papel (guia de orientações para a família e folha que resume a interação dos alimentos com o INR) para que a mesma faculte a informação a essas pessoas e seus familiares.

Nas sessões de educação para a saúde foi entregue e explicado o objetivo do cartão de identificação da pessoa com hipocoagulação, sendo que as pessoas que frequentaram as sessões foram incentivadas a colocá-lo junto aos seus documentos de identificação. Foi também entregue o folheto onde consta a informação sobre reestruturação da consulta de hipocoagulação, de acordo com a informação do protocolo da consulta elaborado e aprovado pela equipa. Relativamente às pessoas com hipocoagulação que não frequentaram as sessões de educação para a saúde, esses cartões e folhetos foram entregues à enfermeira responsável pela consulta para que a mesma os entregasse posteriormente.

Ainda sobre esta etapa importa mencionar que foi gratificante para a mestranda, nas consultas que realizou após algumas sessões de educação para a saúde, o não ter de interromper as consultas médicas quando o valor do INR se encontrava dentro do intervalo terapêutico.

4.3 – AVALIAÇÃO

A última etapa do planeamento é a avaliação, fase que se integra com todas as outras (Tavares, 1990) e que, como tal, revê todos os elementos do planeamento, obtendo-se assim um olhar retrospectivo sob eles. A avaliação deve ser preparada antes da sua realização e baseia-se essencialmente em indicadores, previamente definidos na etapa da formulação de objetivos, sendo que através dos mesmos compreende-se a realidade e avalia-se os avanços alcançados. Esta etapa do planeamento possibilita a atualização do diagnóstico, uma vez que, após terminada a avaliação, poderá haver a necessidade de voltar à primeira fase do planeamento para melhorar a informação recolhida e/ou disponível, sendo um processo contínuo e dinâmico (Nunes, 2016 e Imperatori e Giraldes, 1993).

Face ao exposto, importa mencionar que, nesta fase, foram também tidos em conta os indicadores e as metas definidas na formulação de objetivos, com a respetiva evolução do problema (Anexo). É de acrescentar, inclusivamente para a compreensão de alguma dessa

informação, que no início do ensino clínico eram 44 pessoas com hipocoagulação a frequentar a consulta na USF, sendo que atualmente são 43 pessoas.

Para avaliação das sessões de educação para a saúde optou-se por elaborar uma ficha de avaliação de conhecimentos (Anexo XVIII), sendo que a mesma foi aplicada no início e no final de cada sessão de educação para a saúde. Importa referir que foram colocadas algumas expressões que aparentemente podem não fazer grande sentido, como por exemplo, “Os anticoagulantes orais previnem a formação de coágulos” e “A sigla INR quer dizer Rácio Internacional Normalizado.”. Todavia, a mestranda optou por colocar essas expressões uma vez que nas consultas de enfermagem verificou que as pessoas com hipocoagulação não tinham conhecimento sobre essa informação. É de acrescentar que a folha de avaliação de conhecimentos foi preenchida, de forma anónima, por todas as pessoas com hipocoagulação que frequentaram as sessões de educação para a saúde, sendo que em algumas situações a mestranda teve de adaptar algumas expressões para que as pessoas com hipocoagulação compreendessem a informação das expressões. Para além disso, em algumas situações houve mesmo necessidade de ler na íntegra a respetiva folha de avaliação de conhecimentos e colaborar no seu preenchimento, como no caso das pessoas analfabetas. Acrescenta-se ainda que os familiares presentes nas sessões de educação para a saúde preencheram, de forma anónima, a folha de avaliação de conhecimentos, uma vez que, de acordo com a *scoping review*, os mesmos podem ter um papel importante na tomada de decisão. Na verdade, a família pode ser um recurso importante neste processo de capacitação da pessoa com hipocoagulação (Gibson, 1991), sendo que foi necessário perceber quais os conhecimentos dos elementos da família face à doença.

Para o tratamento dessa informação optou-se por usar o programa Excel, bem como aglomerar toda a informação das diversas sessões. Pela análise dos resultados, representada nos gráficos em anexo, verificou-se que houve aquisição de conhecimentos, sendo que ocorreu um número significativo de respostas corretas no final das sessões de educação para a saúde, quer nas pessoas com hipocoagulação, quer nos familiares que participaram nas sessões de educação para a saúde (Anexo XIX).

Em saúde comunitária, muitas das intervenções de enfermagem produzem efeito a longo prazo. Na verdade, o projeto *Capacitar = Mais Saúde*, ao ser um projeto de educação para a saúde, que visa a adoção de comportamentos promotores de saúde para a gestão e adesão ao regime terapêutico, requer um horizonte temporal mais alargado, motivo pelo qual foi possível avaliar esse impacto durante o período de estágio. Contudo, pretende-se com o mesmo que ocorram menos oscilações nos intervalos do INR a longo prazo e, como tal, ganhos em saúde, ou seja, prevenção de hemorragias e diminuição dos riscos de formação de coágulos.

As sessões de educação para a saúde/projeto foram avaliadas pelas pessoas com hipocoagulação e seus familiares. Visando que este momento não fosse muito exaustivo, e atendendo que foi preenchida a ficha de diagnóstico de conhecimentos pelos participantes, foi colocada por escrito a seguinte pergunta “Como classificaria o seu grau de satisfação da sessão de educação para a saúde/projeto?” As possíveis opções foram três: a) pouco satisfeita; b) satisfeita e c) muito satisfeita. É de acrescentar que foi dada também a possibilidade de as pessoas expressarem alguns comentários sobre a sessão de educação para a saúde/projeto. Os resultados (Anexo XX) indicaram, entre outros dados, que o nível de satisfação das pessoas com hipocoagulação e seus familiares que frequentaram a sessão de educação para a saúde/projeto foi, na opinião global dos participantes (pessoas com hipocoagulação e seus familiares) de 100% muito satisfeitas. Foram ainda adquiridas as seguintes expressões: *“foi muito bom estar com outras pessoas com os mesmos problemas de saúde (...) que nos compreendem”, “a repetir”, “muito obrigada por ter convidado o meu marido para vir” e “aprendi muita coisa”*.

Nesta fase, importa igualmente acrescentar que, nas consultas de enfermagem às pessoas com hipocoagulação realizadas após as sessões de educação para a saúde, foi positivo observar sinais da colaboração de alguns elementos da família, como por exemplo, colaboração na supervisão de medicação e o incentivo ao regime alimentar adequado.

5 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO

Importa referir que para além das atividades já mencionadas relacionadas com o projeto *Capacitar = Mais Saúde*, foram desenvolvidas outras atividades ao longo do estágio II favorecedoras de conhecimento.

Neste sentido é de acrescentar que a mestranda realizou consultas no âmbito dos seguintes programas:

- Programa de Saúde Prioritário: Diabetes;
- Programa de Saúde Prioritário: Doenças cérebro-cardiovasculares;
- Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva;
- Programa de Saúde Infantil e Juvenil;
- Programa de Saúde Vacinação.

Para além disso, é de acrescentar que na USF CampuSaúde, bem como em contexto domiciliário, foram realizados diversos tratamentos a feridas pela mestranda. A mesma considerou ainda importante conhecer e prestar cuidados de enfermagem na extensão da Azinhaga, onde se verificou uma maior proximidade da pessoa/família com a equipa de enfermagem.

Estas consultas no âmbito dos programas, bem como o tratamento a feridas, quer na sede da USF, quer na extensão de saúde, não difere muito da realidade onde a mestranda exerce a sua atividade profissional, no entanto, a partilha e o estar com outros traz sempre contributos para a prática clínica. Um exemplo disso é o investimento que as enfermeiras da USF CampuSaúde fazem para realizarem/completarem, sempre que oportuno, a avaliação inicial da ficha individual da pessoa, sendo este aspeto foi algo que se evidenciou nas mesmas.

É certo, como já mencionado, que a USF CampuSaúde é uma unidade muito idêntica àquela onde a mestranda presta cuidados de enfermagem, todavia, apesar das similaridades, a verdade é que o conhecer outras realidades é sempre uma mais valia. Um dos exemplos, para além da consulta de hipocoagulação, é a existência da consulta à pessoa com risco de desenvolver úlcera de pé diabético, que a mestranda teve o privilégio de participar várias vezes ao longo do estágio, onde inclusivamente se realiza cuidados aos pés, realidade que não se verifica no seu contexto de trabalho, sendo que na mesma apenas se avalia o risco da pessoa vir a desenvolver úlcera de pé diabético.

É de mencionar ainda que o marketing em saúde na promoção de estilos de vida saudáveis só é possível através do suporte dos parceiros locais na ajuda da sua difusão à comunidade. A 3.ª Feira Saúde da Golegã foi exemplo desse marketing em saúde, em que ocorreu uma parceria entre a junta de freguesia da Golegã (entidade organizadora da 3.ª Feira Saúde da Golegã) e a USF CampuSaúde. Tendo em conta que a mestranda teve o privilégio de estagiar na altura em que a mesma decorreu, foi com um privilégio para a mesma colaborar na III Feira da Saúde da Golegã (Anexo XXI) na promoção e educação para a saúde às pessoas que frequentaram a feira, tendo sido inclusivamente fornecidos vários folhetos sobre diversas temáticas da saúde. Importa referir que nessa feira, a mestranda, sempre que oportuno, incentivou o envolvimento da família nas consultas de enfermagem, inclusivamente nas consultas no âmbito das doenças crónicas, de que são exemplo as doenças cérebro-cardiovasculares.

Para além disso, importa referir que a mestranda frequentou, nos dias 16 e 17 de maio de 2019, o 1.º Congresso Internacional de Literacia em Saúde (Anexo XXII), na Escola Superior de Saúde de Santarém, tendo o mesmo elucidado, por um lado, sobre o papel dos enfermeiros, ao serem promotores da saúde, em contribuírem/aumentarem o nível da literacia em saúde, mas, por outro, sobre a necessidade de também esses profissionais serem capazes de atuarem de acordo com o nível de literacia em saúde existente das pessoas/famílias/comunidade. Este é um contributo que a mestranda considera ser muito pertinente para a sua prática enquanto futura enfermeira especialista em saúde comunitária.

Os seminários realizados ao longo do estágio (Anexo XXIII), bem como os outros momentos de partilha com quem mais sabe, inclusive com a professora orientadora e enfermeira cooperante, foram momentos que devem ser valorizados neste percurso, pois contribuíram, através dessa partilha, para a aquisição das competências e, como tal, para o crescer da mestranda enquanto futura enfermeira especialista em saúde comunitária.

6 – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ENSINO CLÍNICO

Neste capítulo, considerou-se relevante incluir a reflexão acerca das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista desenvolvidas no decorrer do percurso formativo da mestranda. Para tal, será estabelecida a ponte entre as competências desenvolvidas ao longo do estágio e as intervenções de enfermagem realizadas, de uma forma sucinta, pois as mesmas já foram mencionadas.

Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, conforme mencionado anteriormente, são as seguintes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Relativamente ao primeiro domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, a mestranda, ao longo do ensino clínico refletiu sobre a sua prática de forma agir de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Para além disso, garantiu práticas de cuidados que respeitassem os direitos humanos das pessoas com hipocoagulação e as responsabilidades profissionais. A participação e envolvimento das pessoas com hipocoagulação/família e dos profissionais de saúde foi sempre ponderada de forma a manter o respeito pelos mesmos.

No que concerne ao segundo domínio, importa relembrar que o enfermeiro especialista colabora em projetos na área da qualidade, reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua. Neste contexto é de mencionar que a elaboração do protocolo da consulta de hipocoagulação visou uma melhoria contínua na prestação de cuidados à pessoa com hipocoagulação. O mesmo será, posteriormente, submetido à melhoria da qualidade, sendo que não foi feito durante o estágio por a equipa considerar ser mais pertinente submetê-lo simultaneamente com outros que estão ainda em fase de elaboração. O envolvimento da família foi também uma estratégia para a adesão à saúde da pessoa com hipocoagulação e proteção da mesma.

No que diz respeito ao terceiro domínio, gestão dos cuidados, das competências comuns do enfermeiro especialista, é de mencionar que a mestranda colaborou nas decisões da equipa de saúde, o que foi visível na reunião da equipa em que apresentou o projeto de intervenção e o protocolo da consulta. Os documentos elaborados, bem como as sessões de educação para a

saúde, visaram a capacitação da pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico, melhorando assim a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar. A mestranda reconheceu também quando deve negociar ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde, de que é exemplo os casos em que o valor de INR está fora do intervalo terapêutico e as pessoas necessitam de ser encaminhados para consulta médica. O protocolo da consulta, já mencionado, foi também uma forma de criar guias orientadores das tarefas a delegar a cada equipa profissional, reconhecendo os distintos e interdependentes papéis e funções dos membros da equipa. A mestranda considera que, com a implementação do projeto, fomentou um ambiente positivo e favorável à prática, sendo que aplicou estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado na abordagem à pessoa com hipocoagulação e sua família, entre as quais se destaca a implementação de uma consulta conexa (médica e de enfermagem) em cada ano civil.

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a mestranda demonstrou a capacidade de autoconhecimento, tendo consciência das suas limitações pessoais e profissionais. Relativamente aos critérios de avaliação da *competência gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional*, realça a forma como teve de gerir os seus sentimentos na reunião multidisciplinar em que teve de apresentar os aspetos menos positivos na abordagem à pessoa com hipocoagulação, mais concretamente os referentes à equipa médica. Para tal, foi importante reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade, atendendo às diversas perspetivas que poderiam advir dessa partilha. Para além disso, a mestranda alicerçou a sua tomada de decisão e intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, sendo que para tal recorreu ao recurso da *scoping review*. É de mencionar que a mestranda foi facilitadora da aprendizagem, em contexto da USF CampusSaúde, pois partilhou na reunião da equipa multidisciplinar de uma forma sucinta, os achados/contributos da *scoping review*.

Importa enfatizar que as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são as seguintes:

- Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
 - Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
 - Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
 - Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.
- (Regulamento n.º 428/2018)

Face à competência *Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade* a mestranda, numa fase inicial, elaborou o diagnóstico de saúde das pessoas com hipocoagulação a frequentar a consulta de hipocoagulação da USF CampuSaúde. Para tal, foi necessário o recurso à pesquisa, consulta de registos, observação e a realização de uma entrevista semiestruturada. Seguidamente foram realizadas as etapas seguintes do Planeamento em Saúde, sendo que foram estabelecidas as prioridades e formulados os objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde definidas. Foi estabelecido o projeto de intervenção comunitária *Capacitar = Mais Saúde* com vista à resolução dos problemas identificados, sendo que por último foi avaliado a sua implementação até ao momento.

No que se refere à competência *Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades*, importa referir que a mesma está intimamente relacionada com o conceito de *empowerment* abordado no trabalho escrito, bem como com as intervenções realizadas ao longo do estágio. A mestranda considera que adquiriu a competência uma vez que o estágio desenvolvido visou, através do projeto *Capacitar = Mais Saúde*, a capacitação do grupo de pessoas com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico, sendo que, para tal, foram mobilizados conhecimentos da comunicação e educação. Foram replicadas diversas sessões de educação para a saúde para se conseguir intervir com o maior número possível de pessoas com hipocoagulação. Para além disso, alguns elementos da família foram um recurso mobilizado neste processo de capacitação. Na verdade, deve ser estabelecida uma parceria com a família nos cuidados à pessoa com hipocoagulação visando a capacitação da pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico. Para o envolvimento da família, importa acrescentar que foi desenvolvido o guião de orientações práticas para a família da pessoa com hipocoagulação. Foi ainda elaborada a folha que resume a interação dos alimentos com o INR, tendo sido sugerido que a mesma podia, inclusivamente, ser afixada na porta do frigorífico de forma a garantir a acessibilidade a essa informação por parte da pessoa e seus familiares. Face à competência abordada, importa mencionar o caminho percorrido com e na equipa multidisciplinar da USF CampuSaúde, destacando-se a aprovação do protocolo da consulta de hipocoagulação realizado pela mestranda, bem como o folheto da consulta de hipocoagulação.

No que respeita à competência *Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde* considera-se que o projeto desenvolvido, *Capacitar = Mais Saúde*, vai ao encontro dos objetivos e dos princípios subjacentes ao Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020 (Reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%; Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%). O projeto *Capacitar = Mais Saúde* pretende assim

acompanhar objetivos delineadas pelo Plano Nacional de Saúde tais como, *Obter ganhos em Saúde e Promover contextos saudáveis ao longo da vida*. Importa ainda acrescentar que também o Programa Nacional de Doenças Cérebro-Cardiovasculares desempenha um papel preponderante num dos pressupostos do Plano Nacional de Saúde, onde se incluem as pessoas que fazem anticoagulantes orais. A Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares editou, inclusivamente, em março de 2019, a publicação “Terapêutica Antitrombótica da Fibrilhação Auricular”, que inclui um conjunto de recomendações clínicas que visam aumentar e facilitar a utilização de terapêutica anticoagulante oral em doentes com fibrilhação auricular não valvular, com vista a diminuir o seu risco tromboembólico, particularmente o de acidente vascular cerebral.

A vigilância epidemiológica é hoje testemunhada pela enorme diversidade de fenómenos que podem constituir o seu objeto, que vão desde os fenómenos da própria saúde humana, a outros que a influenciam direta ou indiretamente, como é o caso de certas doenças ou de fatores ambientais. A mesma constitui um instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença. Para além disso, é fundamental para o planeamento e gestão dos recursos da saúde, proporcionando os elementos para uma atuação pronta e eficaz sobre fatores de risco indutores de situações indesejáveis e contribuindo, assim, para a melhoria dos níveis de saúde das populações (DGS, 2016). Face ao exposto, no que se refere à competência *Realiza e coopera na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico*, a mestranda considera ter desenvolvido a mesma uma vez que se focalizou no fenómeno de saúde-doença (pessoas com hipocoagulação, ou seja, com elevado risco de formação de coágulos, associado às doenças cérebro-cardiovasculares), numa determinada área geodemografia (USF CampuSaúde). Na verdade, o levantamento dos dados colhidos face a este fenómeno de saúde-doença visou um estabelecimento de uma evolução prognóstica, com a implementação do projeto *Capacitar = Mais Saúde*, perspetivando-se assim ganhos em saúde, ou seja, a diminuição do risco de hemorragias e prevenção da formação de coágulos.

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro com especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública deve possuir conhecimentos científicos e técnicos adequados e atualizados para prestar cuidados de saúde ao nível do planeamento em saúde.

Perante uma sociedade cada vez mais exigente no que respeita à qualidade dos cuidados prestados, os enfermeiros que desenvolvem a sua prática centrada na comunidade devem responder, o mais adequadamente possível, às necessidades detetadas visando ganhos em saúde.

Os ganhos em saúde relacionados com a gestão e adesão do regime terapêutico na pessoa com hipocoagulação não são um dado adquirido, sendo que é necessário um permanente investimento na capacitação da pessoa com hipocoagulação para prevenir a formação de coágulos e diminuir o risco da hemorragia, os quais podem ter consequências graves e irreversíveis.

A elaboração deste relatório constituiu, uma retrospectiva com um caráter reflexivo e crítico das atividades desenvolvidas e seu contributo no desenvolvimento de competências na área específica do conhecimento em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Para a sua elaboração foram ainda mobilizados os conhecimentos adquiridos na componente teórica do mestrado em enfermagem comunitária, bem como da especialização em saúde comunitária. Também o Modelo de *empowerment* para a enfermagem (Gibson, 1991) foi um guia orientador das intervenções realizadas e descritas no relatório, pois o mesmo enfatiza que, entre outros aspetos: a pessoa a primeira responsável pela sua saúde; o enfermeiro deve ser facilitador e educador da informação; e deve ser estabelecida uma relação terapêutica (enfermeiro-pessoa). Na verdade, o projeto *Capacitar = + Saúde* desenvolvido pela mestranda visou contribuir para o *empowerment* das pessoas com hipocoagulação, no sentido em que estas, ao possuírem mais informação, através da promoção da saúde, possam tomar decisões fundamentadas face à sua saúde.

A aplicação, na prática clínica, do conhecimento mais atualizado permitiu à mestranda, enquanto futura enfermeira com especialização em saúde comunitária, responder às necessidades das pessoas com hipocoagulação de uma forma mais capaz, em que o estabelecer com a família uma parceria é benéfico para a capacitação da pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico (D'Avanzo, B., et al, 2017). Na verdade, de acordo com os mesmo autores, as famílias devem estar envolvidas em todo o processo do cuidar da pessoa com

hipocoagulação, sendo essa uma necessidade que se impõe ao enfermeiro especialista de saúde comunitária: cativar a família para o cuidar. Envolver as famílias para a mudança, solicitar o seu apoio, facultando-lhes a informação que necessitam, ter em consideração o papel ativo que as pessoas com hipocoagulação e suas famílias devem assumir na tomada de decisões, foram importantes considerações mobilizadas da evidência e aplicadas durante o ensino clínico (D'Avanzo, B., et al, 2017).

Importa mencionar que as conquistas do projeto implementado, pelo mais pequenas que pareçam, podem tornar-se grandes quando ocorrem em prol das pessoas, essencialmente quando visam ganhos em saúde. Salienta-se a elaboração do protocolo, onde ficou definido, entre outros aspetos, a realização de uma consulta conexa (médica e de enfermagem) em cada ano civil. Pode aparentemente significar pouco, no entanto, se as intervenções de enfermagem forem devidamente selecionadas nessa consulta para os contactos seguintes, os registos de enfermagem passarão a traduzir melhor o que o enfermeiro efetivamente realiza na consulta. Para além disso, ao ser implementada uma consulta médica para a pessoa com hipocoagulação, também esse profissional passará a dar o seu contributo visando a capacitação da pessoa com hipocoagulação na gestão e adesão do regime terapêutico. A verdade é que pequenas mudanças na prática dos profissionais, a longo prazo, podem levar a grandes mudanças na vida das pessoas com hipocoagulação, ou seja, na capacitação da mesma para a gestão e adesão ao regime terapêutico. Quer-se com isto mencionar que quando os profissionais de saúde trabalham juntos, em prol do mesmo objetivo, o caminho a percorrer fica mais simplificado visando ganhos em saúde, que neste caso se traduzem na prevenção de coágulos e diminuição do risco de hemorragias.

Um outro aspeto a refletir está relacionado com o fato de nas USF's preconizar-se o atendimento pelo enfermeiro de família, sendo que na USF CampusSaúde as consultas de enfermagem realizadas às pessoas com hipocoagulação não são realizadas pelo enfermeiro de família, mas sim pela enfermeira responsável pela consulta de hipocoagulação. Foi necessário refletir sobre este ponto, pois, se por um lado, o enfermeiro de família é aquele que melhor conhece a realidade familiar das pessoas, por outro, temos a enfermeira que mais inteirada está com a temática e que, como tal, poderá contribuir mais facilmente para capacitação da pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico. A mestranda considera que para a capacitação da pessoa com hipocoagulação é necessário estabelecer o equilíbrio do *saber* destes dois profissionais, bem como de outros que possam ser relevantes. Importa acrescentar, neste contexto, que a avaliação e intervenção familiar preconizada no MDAIF, nas suas três dimensões (estrutural, desenvolvimental e funcional), não é possível ser registada na íntegra no programa Sclenic, sendo que o mesmo permite apenas realizar alguns registos. Para

além disso, as enfermeiras da unidade mencionaram que ainda não se sentiam motivadas a realizar esse tipo de registo, embora afirmem estar inteiradas com o MDAIF, bem como com os possíveis registos da avaliação e, conseqüente, intervenção familiar no programa Sclinic, e de considerarem essa informação relevante. A verdade é que os registos no processo familiar seriam uma mais valia para a enfermeira responsável pela consulta de hipocoagulação, pois identificaria mais facilmente as necessidades e recursos da família, e ao intervir, mobilizaria esses recursos visando a gestão e adesão do regime terapêutico da pessoa com hipocoagulação. É de acrescentar que, durante o ensino clínico, houve a preocupação por parte da mestranda, sempre que possível, de realizar os registos sobre a avaliação e intervenção familiar no processo familiar da pessoa com hipocoagulação e de mobilizar, inclusivamente, essa informação na sua intervenção. A mestranda anseia que, a sua iniciativa de realizar a avaliação familiar, bem como os registos inerentes à mesma, seja impulsionador para a continuidade da avaliação e intervenção familiar, e respetivos registos no Sclinic, por parte das enfermeiras da USF CampuSaúde. Na verdade, quer a avaliação inicial da pessoa com hipocoagulação, quer a avaliação familiar, contêm dados/informações relevantes para os enfermeiros mobilizarem visando a a gestão e adesão ao regime terapêutico.

O projeto *Capacitar = Mais Saúde* implicou a realização de algum material de apoio, sendo que todo o material realizado pela mestranda ficou disponível no serviço, e que o mesmo foi entregue à enfermeira responsável pela consulta de hipocoagulação, pois será a mesma que dará continuidade ao projeto desenvolvido. Perspetivando a continuidade do projeto, é de referir que ficou acordado na equipa de enfermagem da USF que a enfermeira responsável pela consulta de hipocoagulação da USF, no final de cada ano civil, irá efetuar um levantamento dos valores do INR para analisar se ocorreram menos oscilações nos intervalos terapêuticos, após as sessões de educação para a saúde, visando os ganhos em saúde. Para além disso, ficou também acordado que irá ser realizado uma auditoria à consulta de hipocoagulação no final do ano civil, sendo que o protocolo da consulta vai ser o documento orientador da mesma. A enfermeira responsável pela consulta de hipocoagulação assumiu, de igual modo, o compromisso de realizar pelo menos uma sessão de educação para a saúde em cada ano civil, e sempre que necessário, às pessoas com hipocoagulação e sua família. Ficou ainda assente o compromisso de a enfermeira envolver os familiares nas consultas de enfermagem à pessoa com hipocoagulação.

As sessões de educação para a saúde realizadas ao longo do ensino clínico, constituíram-se como momentos muito valiosos, permitindo facultar a informação necessária para a gestão e adesão ao regime terapêutico, bem como facilitando o envolvimento da pessoa e família. De facto, a educação para a saúde, enquanto estratégia da promoção da saúde é algo que os enfermeiros especialistas em saúde comunitária devem dominar. A mestranda pretendeu assim contribuir para o nível de literacia da saúde da pessoa com hipocoagulação/família, tendo

também intervindo de acordo com o mais provável nível de literacia da saúde das pessoas com hipocoagulação abrangidas pelo projeto, atendendo às suas características sociodemográficas.

É certo que o percurso da implementação do projeto teve os seus desafios, contudo as expressões que as pessoas com hipocoagulação verbalizaram, no que diz respeito ao nível de satisfação do projeto/sessão de educação para a saúde, foram muito gratificantes e fizeram a mestranda refletir que todo o esforço para prestar cuidados especializados em saúde comunitária valerá sempre a pena.

No que diz respeito ao caminho percorrido pela mestranda ao longo do ensino clínico, a mesma considera ter alcançado as competências exigidas para o enfermeiro especialista em saúde comunitária. Por sua vez, a mesma considera que ainda existe um longo caminho a trilhar para a capacitação da pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico... Que o projeto *Capacitar = Mais Saúde* seja o início desse sucesso...

8 – BIBLIOGRAFIA

- Afonso, M. J., Raposo, J., & Boavida, J. (2006). Será possível aumentar a adesão aos programas de educação alimentar? Comunicação apresentada no 7º congresso Portugueses de Diabetes, 2006. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 1 (1).
- Anne Johnson (2014) Health literacy: how nurses can make a difference. *Australian Journal of Advanced Nursing* (33), pp. 20-27. Disponível em: <http://www.ajan.com.au/Vol33/Issue2/3Johnson.pdf>
- Ávila, C., et al. (2011). Adesão farmacológica ao anticoagulante oral e os fatores que influenciam na estabilidade do índice de normatização internacional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., & Peel, J. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92(8), pp.1278-1283. Acedido em 21-11-2018. Disponível em <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.92.8.1278>
- Bastos, F. S. (2013). A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11990/1/A%20pessoa%20com%20doen%C3%A7a%20cronica_Tese%20Doutoramento_Reitoria.pdf
- Bugalho, A. ; Carneiro, A.V. (2004). Intervenção para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Lisboa: Ensaio de cor Lda.
- Carvalho, A., e Carvalho, G. (2006). Educação para a Saúde: Conceitos. *Práticas e necessidades de formação*. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3937/cipe_vfinal_baixaresolucao_proteg.pdf
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). Classificação internacional para a Prática de Enfermagem. Disponível em <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPKIGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrcE4JONEfouVPS6Rwg8>
- Couto, L. M. S. L.; Camarneiro, A. P. F. (2002) - Desafios na Diabetes – Manual Sinais Vitais. Coimbra, FORMASAU - Formação e Saúde, Lda.
- D'Avanzo, B., et al, (2017). Stakeholders' views and experiences of care and interventions for addressing frailty and pre-frailty: A meta-synthesis of qualitative evidence. *PLoS ONE* 12(7):

e0180127.

Disponível

em:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0180127>

Dias, M.; Duque, A.; Silva, M. e Durá, E. (2004). Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*. Nº 3 (XII), p.463-473.

Diário da República (2006). Decreto-Lei 101/2006. 1.ª série. Lisboa. Portugal.

Direção Geral da Saúde (2015). Portugal, Plano Nacional Saúde, Revisão e Extensão a 2020. DGS. Lisboa. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção Geral da Saúde (2017). Portugal, Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. DGS. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/doencas-cerebro-cardiovasculares.aspx>

Direção Geral da Saúde (2009). Portugal, Terapêutica Antitrombótica da Fibrilhação Auricular. Disponível em: <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/6B7EB2F9-CF0B-4368-A073-01C0D72998E1/0/TerapeuticaAntitromboticaFibrilhacaoAuricular.pdf>

Escoval, A. (2014) Saúde que Conta: capacitação do Cidadão em saúde <http://static1.squarespace.com/static/5b50a712d274cbcc82a62c08/5b50af99c4997b4763204642/5b50afaac4997b4763204aad/1532014506747/resultados-preliminares-HLS-EU-PT.pdf?format=original>

Figueiredo, H. - Enfermagem de família: um contexto do cuidar. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. 2009. Tese de Doutoramento. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

Fortin, M (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lisboa: Lusodidacta.

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing*, 16(3), 354-361. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2648.1996.tb02672.x>

Guerra, I. (2002). Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Ação - O Planeamento em Ciências Sociais. Cascais: Principia.

Hanson, S. (2004) - Enfermagem de cuidados de saúde à família. 2ªed. Lusociência: Loures.

Honoré, B. (2002). A Saúde em Projeto. Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-31-2.

Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição) Lisboa: Obras Avulsas

Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011, População residente por freguesia. Disponível em: <http://www.ine.pt/investigadores/Quadros/Q101.zip>

Katz, R. (1984) - *Empowerment and synergy: expanding the community's healing resources*. Prevention in Human Services Journal. Volume 3. No 2. ISSN: 0270-3114.

- Lacroix A., Assal J.P. (2003) - L'Education therapeutics des patients – Nouvelle approches de la maladie chronique. Collection Éducation du Patient. 2ª edição. Paris.
- Laverack, G. (2008) – Promoção de Saúde: Poder e Empoderamento. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-09-3;
- Léxica (2019). Dicionário Português Online, Léxica. Disponível em: <https://www.lexico.pt/capacitar/>
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). Promover a saúde dos fundamentos a acção. 1ª ed, Coimbra: Edições Almedina.
- Machado, M. (2009). Adesão ao regime terapêutico: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/9372>.
- Manning, D. L., & Dickens, C. (2006). Health literacy: more choice, but do cancer patients have the skills to decide? *European Journal of Cancer Care*, 15 (5), pp. 448-452. Acedido em 22-11-2018. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2354.2006.00687.x/abstract;jsessionid=FCC22C9C0F8C550025D406C.C10413E64.f01t02>
- Morais, C. (2004). Perspectivas das competências. *Nursing*, nº 188, p.23-24.
- Mota, L., Cruz, M., Costa, C. (2016). Gestão do regime terapêutico - construção de fluxograma de apoio à tomada de decisão: estudo qualitativo. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn11/serIVn11a08.pdf>
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª edição. USA: Library of Congress.
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*, Chiado Editora
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67 (12), pp. 2072-2078. Acedido em 22-11-2018. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/67ad/dc0e498d330bc75c949a72881d4490e3d3bd.pdf>
- OMS (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. Canadá.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária*. Regulamento nº 428/2018. Diário da República, N.º 135/ 16 de julho de 2018 - 2.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Competências comuns dos enfermeiros especialistas específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária*. Regulamento nº 140/2019. Diário da República, N.º 26/ 6 de fevereiro de 2019 - 2.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007) – Introdução à psicologia da saúde. 2ª ed. Coimbra: Quarteto. ISBN 989 – 558 – 045 – 2.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. (M. Rodrigo, Trad.) Barcelona: Masson-Salvat Enfermaría.

- Orem, D. (1995). *Nursing Concepts of Practice*. 5th ed. St Louis: Mosby. ISBN 0-8151-6552-8.
- Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos currícula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Portugal. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Car%20Pereira.pdf
- Pordata. (2018). Base de dados de Portugal contemporâneo – Números dos municípios e regiões de Portugal. Disponível em: [https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Golegã+\(Município\)-232856](https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Golegã+(Município)-232856)
- Prochaska, J.O; Diclemente, C.C. (1992) - Stages of change in the modification of problem behaviors. *ProgBehavModif* 1992. p. 183–218.
- Roesch, S. M. A. (1999) *Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guias para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudo de casos*. São Paulo: Atlas.
- Rudd, R. E. (2007). Health literacy skills of US adults. *American Journal of Health Behavior*, 31 (1), pp. S8-S18. Acedido em 22-11-2018. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/5914365_Health_Literacy_Skills_of_US_Adults
- Sarkar, U., Fisher, L., & Schillinger, D. (2006). Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy?. *Diabetes care*, 29 (4), pp. 823-829. Acedido em 26-11-2018. Disponível em <http://care.diabetesjournals.org/content/29/4/823.long>
- Serviço Nacional de Saúde (2019). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
- Silva, M. (2010) – *Adesão ao regime terapêutico*. Formasau. Coimbra.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12 (1), 80. Acedido em 22-11-2018. Disponível em <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-12-80>
- Souza, A., et al, (2006) – *Construindo movimentos para o fortalecimento da família*. Família, Saúde e Desenvolvimento. São Paulo. Vol.8. nº3. 2006. ISSN 0080-6234.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. (7ªed.) Loures: Lusociência.
- Thaisa, R. F., Christefany Régia, B. C., Maria Mariana Barros Melo, da Silveira, Hirla Vanessa Soares, d. A., Silva, T., & Simone Maria Muniz da Silva Bezerra. (2018). Pharmacological adherence and knowledge of anticoagulated patients. *Avances En Enfermería*, 36(2), 143-152. doi:<http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v36n2.62641>
- Unidade de Saúde Familiar CampusSaúde (2016-2018). *Plano de Ação da USF CampusSaúde, 2016 – 2018*. Golegã. Portugal.
- Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S. J., & Wagner, E. H. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals of internal medicine*, 127(12), 1097-1102. Disponível

em: https://scholar.google.es/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=Collaborative+management+of+chronic+illness&oq=

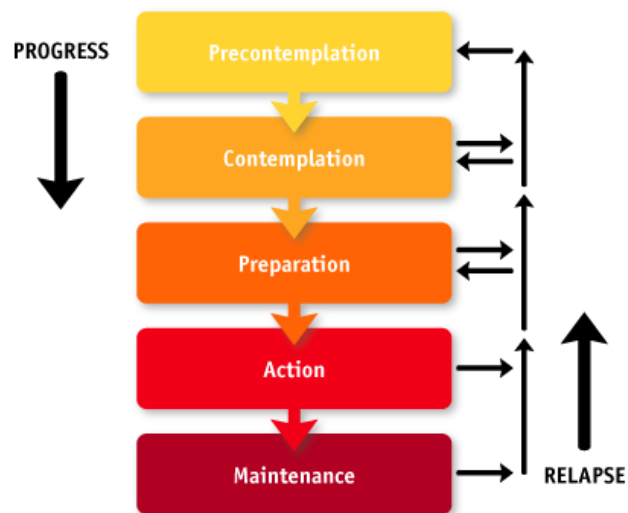
World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary, Limited, Geneva: WHO/HPR/HEP/98.1. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

ANEXOS

ANEXO I – Modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente (1992)

Modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente (1992)

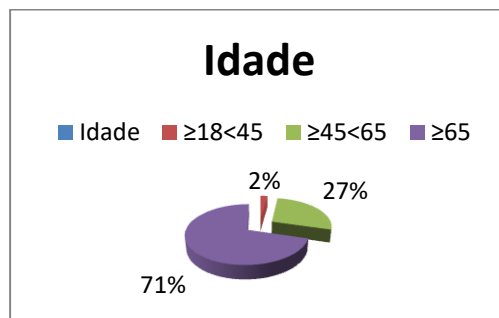
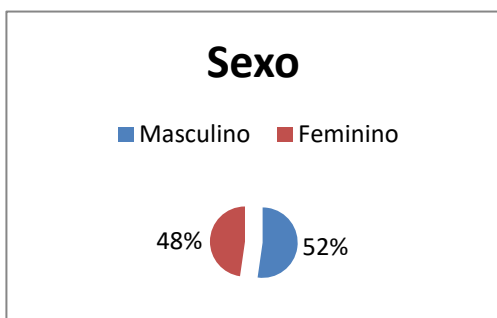
FASES DO CICLO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTOS



FONTE: Proshaska e Diclemente (1992)

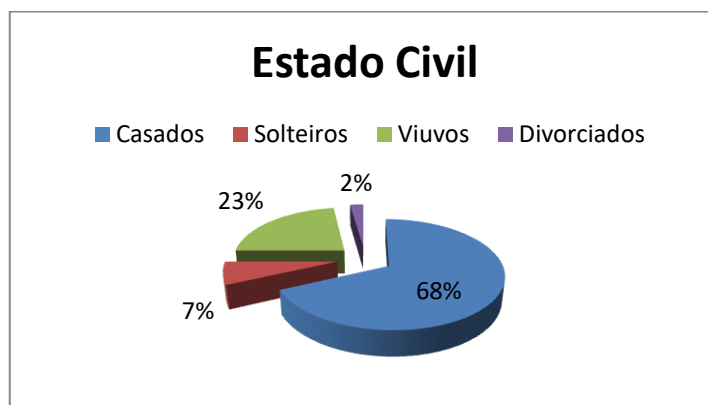
ANEXO II – Caracterização sociodemográfica

**Caraterização sociodemográfica
de pessoas com hipocoagulação
na
USF CampusSaúde**



Sexo	Masculino	Feminino	Total
	23	21	44

Idade	≥18<45	≥45<65	≥65
	1	12	31



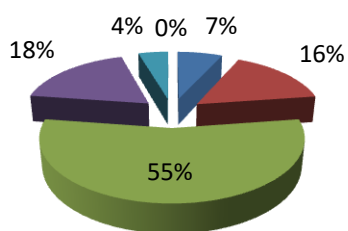
Estado Civil	Casados	Solteiros	Viúvos	Divorciados
	30	3	10	1



Situação Profissional	Empregado	Desempregado	Reformado	Estudantes
	5	1	37	1

Escolaridade

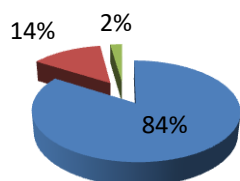
■ Analfabeto ■ < 1ºciclo ■ 1º Ciclo ■ 2º Ciclo ■ Secundário ■ Universitário



Escolaridade	Analfabeto	< 1ºciclo	1º Ciclo	2º Ciclo	Secundário	Universitário
	3	7	24	8	2	0

Com quem vive

■ Família ■ Sozinho ■ Instituição

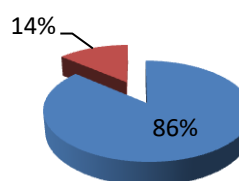


Com quem vive	Família	Sozinho	Instituição
	37	6	1

Filhos	sim	não
	38	6

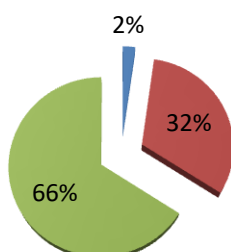
Filhos

■ sim ■ não



Medicação Crónica

■ Sintrom
■ Sem registo de Medicação Crónica
■ Varfine



Medicação Crónica	Sintrom	Varfine	Sem registo
	1	29	14

ANEXO III – Bilhete de identidade do indicador

092	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.29	2013.092.01	Proporção hipocoagulados controlados na unidade

Designação

Proporção de doentes hipocoagulados que são controlados na unidade de saúde

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde de adultos. Parâmetro "realização do controlo da hipocoagulação na unidade de saúde"

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes hipocoagulados que efetuam controlo na unidade de saúde

Numerador: Contagem de utentes inscritos com pelo menos 6 resultados de INR nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de utentes inscritos hipocoagulados.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Pelo menos 6 resultados de INR nos últimos 12 meses (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e (B ou C)] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. A terapêutica crónica teve registo de anticoagulante oral durante pelo menos 6 dos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Existem pelo menos 2 prescrições de anticoagulante oral, nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador, abrangendo 2 semestres (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. O código da tabela de MCDT, válido para registar INR é o A1086.8. Quando esta análise for efetuada na unidade de saúde (utilizando doseadores próprios) a mesma pode ser registada em campo(s) específicos criados pelas aplicações de registo clínico para o efeito. O registo é válido se for realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

B. Apenas se contabilizam INR com resultado registado.

C. A data que deve ser usada para verificar se o INR está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O(s) resultado(s) deve(m) ser preenchido(s), no máximo até 30 dias após o fim do período em análise.

D. São contabilizadas todas as prescrições e registos na terapêutica crónica de medicamentos pertencentes ao grupo 4.3.1.2 (antivitamínicos K) da classificação farmacoterapêutica de medicamentos (CFT). Corresponde aos DCI "acenocumarol" e "varfarina".

E. Os medicamentos pertencentes a esta classe CFT podem ser consultados em <http://app7.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O INR pode ser registado quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS contabiliza em ambos os módulos.

B. Os medicamentos registados na terapêutica crónica têm uma [data de fim], que é tida em consideração pelo SIARS para determinar se o medicamento se encontra ou não ativo nas avaliações mensais que efetua.

SAM/SClínico:

A. Os medicamentos registados na terapêutica crónica têm uma [data de fim], que é tida em consideração pelo SIARS para determinar se o

medicamento se encontra ou não ativo na data de referência do indicador.

SAPE/SClínico sem normalização:

A. A forma de proceder ao registo normalizado da informação sobre o resultado de INR é através da intervenção de enfermagem "Monitorizar INR" (1037) ou "Monitorizar INR" (91117).

SClínico com normalização:

A. Após outubro de 2015, com a instalação versão SClínico 2.0, a forma de proceder ao registo normalizado da informação sobre o resultado de INR é através da intervenção de enfermagem "Monitorizar I.N.R. (índice internacional normalizado)" (9001294). A intervenção de enfermagem está associada ao foco de atenção "Perda Sanguínea" e encontra-se disponível no painel atividades diagnóstico e/ou no mapa de cuidados (caso já tenha sido incluída no plano de cuidados em consulta anterior).

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "6 resultados de INR"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "registo de anticoagulante oral na terapêutica crónica"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "prescrição de anticoagulante oral"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "6 resultados de INR"): Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "registo de anticoagulante oral na terapêutica crónica"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador (variável "prescrição de anticoagulante oral"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Dezembro de 2012

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Saúde adultos	Utentes inscritos à data de referência do indicador	30 dias

Legenda

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica;
INR - Índice internacional normalizado;
CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos;
DCI - Denominação Comum Internacional

ANEXO IV – Folha de registo no programa GOTA

DADOS DO UTENTE

Nome.....
Idade.....
Tratamento.....
Ac. Hem./Tro.....
Teste/margens: INR 2-3 (2,5)
Diagnósticos: FIBRILHAÇÃO AURICULAR
Observações: cardiomiopatia hipertrofica com disfunção ve, aneurisma apical,
Centro: USF CampusSaúde
Serviço:.....
Médico:.....
N.º Ficha:.....
N.º Processo:.....
SNS:.....
Início tratam:.....
Morada:.....
Localidade:.....
Telefone:.....



POR FAVOR ENTREGUE O QUESTIONÁRIO PREENCHIDO NA PRÓXIMA CONSULTA.
DEVERÁ ASSINALAR A RESPOSTA CORRETA.

Tomou a dose de tratamento anticoagulante regularmente?	Sim	Não	
Comentário:			
Está a tomar um medicamento novo?	Sim	Não	
Comentário:			
Suspendeu ou modificou algum medicamento que tomava?	Sim	Não	
Comentário:			
Esteve doente?	Sim	Não	
Comentário:			
Teve alguma hemorragia?	Sim	Não	
Comentário:			
Modificou o consumo de bebidas alcoólicas?	Aumentou	Diminuiu	Não
Comentário:			
Modificou a quantidade de vegetais na sua dieta?	Aumentou	Diminuiu	Não
Comentário:			
Notou alterações na sensibilidade ou mobilidade de partes do seu corpo?	Sim	Não	
Comentário:			
Tem outros comentários a fazer?	Sim	Não	
Comentário:			

Em caso de hemorragia contactar o serviço de urgência mais próximo.
Em caso de dúvida contactar o médico responsável pela consulta TAO
do seu centro de cuidados primários.

ANEXO V – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira rubricar e assinar este documento.

Enquadramento: Estudo de âmbito académico direcionado às pessoas com hipocoagulação a frequentar a consulta de hipocoagulação na USF CampusSaúde, ACES Lezíria. Pretende-se realizar o diagnóstico de enfermagem comunitária às pessoas com hipocoagulação para posterior desenvolvimento e implementação de um projeto de intervenção comunitária que visará dar resposta às necessidades identificadas.

Explicação da participação: Enquanto elemento da equipa de enfermagem da USF CampusSaúde, responsável pela consulta de hipocoagulação, a sua participação neste estudo será no sentido de estar disponível para ser entrevistado, de forma a fornecer alguns dados que considero pertinentes.

Condições e financiamento: A participação no estudo não representa quaisquer tipos de riscos e não há nenhum valor económico a receber ou a pagar. A participação é voluntária e se não quiser participar ou se quiser desistir em qualquer momento, existe absoluta liberdade para o fazer sem qualquer tipo de prejuízo ou cobrança.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos serão de uso exclusivo para o presente estudo e a privacidade será respeitada em todas as fases do estudo, ou seja, o nome ou qualquer outro dado que possa permitir a identificação pessoal, será sempre mantido em sigilo.

Quaisquer dúvidas relativas ao estudo poderão ser esclarecidas pela enfermeira e discente Inês Santos Frazão através do n.º de telemóvel 965294384, sendo que foram garantidas todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo antes de preencher o Termo de Consentimento.

Assinatura:

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

ANEXO VI – Guião de Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

Informante-chave:

Data: ___/___/___

Local: _____

Hora de início: ___ h ___ min

Hora de término: ___ h ___ min

Esta entrevista destina-se a realizar um estudo de âmbito académico direccionado às pessoas com hipocoagulação a frequentar a consulta de hipocoagulação na USF CampusSaúde, ACES Lezíria. Pretende-se realizar um diagnóstico de enfermagem comunitária, para posterior desenvolvimento e implementação de um projeto de intervenção comunitária que visará dar resposta às necessidades identificadas.

A sua percepção face ao acompanhamento da pessoa com hipocoagulação na USF CampusSaúde é importante para a realização do estudo.

A entrevista terá aproximadamente a duração de 20 minutos.

Questões

- Na sua perspetiva, quais são os desafios da equipa multidisciplinar da USF CampusSaúde para prestar melhores cuidados à pessoa com hipocoagulação?
- Quais as necessidades de intervenção das pessoas com hipocoagulação a frequentar a consulta de hipocoagulação na USF CampusSaúde?

ANEXO VII – Análise de conteúdo da entrevista

Análise da entrevista à informante-chave

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO SIGNIFICATIVAS
Perceção da entrevistada face ao acompanhamento da pessoa com hipocoagulação na USF CampusSaúde	Necessidades de intervenção na equipa multidisciplinar	Consulta de hipocoagulação	<p>"... não há consulta presencial médica de hipocoagulação..."</p> <p>"... os registos de enfermagem são muito limitados... as administrativas ativam o contato da pessoa como ato e não como consulta de enfermagem..."</p> <p>"... se pagassem a consulta de enfermagem, preferiam ir ao laboratório pois ficava mais barato... assim é ato e eles vêm..."</p> <p>"... não existe protocolo da consulta..."</p>
	Necessidades de intervenção na pessoa com hipocoagulação	Regime Alimentar	<p>"... alguns não sabem o que podem comer..."</p> <p>"... consideram que têm de deixar de comer tudo o que é legumes verdes..."</p> <p>"... outros comem de tudo, sem se preocupar..."</p> <p>"... não sabem o que faz subir ou baixar o INR, o que interfere com o anticoagulante..."</p> <p>"... gerir a alimentação considero que é o maior desafio para eles..."</p> <p>"...existe necessidade de formação... em grupo pode ser facilitador pela partilha"</p>
		Regime medicamentoso	<p>"... alguns tenho a noção que se esquecem de tomar a medicação e depois não dizem quando cá vêm..."</p> <p>"... não registam na folha terapêutica se tomam a medicação..."</p> <p>"... não sei como fazem quando se esquecem de tomar o anticoagulante..."</p> <p>"... sei que tomam a quantidade certa porque a folha que levam tem o desenho do comprimido e eles não se enganam..."</p>

ANEXO VIII – Indicadores de execução e metas

Meta	Indicador
50% das pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto	% de pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto (N.º de pessoas disponíveis para o projeto/N.º total de pessoas com hipocoagulação)
80% das pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto a frequentar a sessão de educação para a saúde	% de pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto a frequentar a sessão de educação para a saúde (N.º de pessoas com hipocoagulação que frequentaram a sessão de educação para a saúde /Total de pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto) x100%
60% dos elementos da família da pessoa com hipocoagulação disponíveis para o projeto a frequentar a sessão de educação para a saúde	% de elementos da família das pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto a frequentar a sessão de educação para a saúde (N.º de elementos da família das pessoas com hipocoagulação que frequentaram a sessão de educação para a saúde /Total de elementos da família das pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto) x100%
60% das pessoas com hipocoagulação satisfeitas com o projeto	% de pessoas com hipocoagulação satisfeitas com o projeto (N.º de pessoas com hipocoagulação satisfeitas com o projeto/Total de pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto) x100
60% de elementos da família das pessoas com hipocoagulação satisfeitas com o projeto	% de elementos da família das pessoas com hipocoagulação satisfeitas com o projeto (N.º de elementos da família das pessoas com hipocoagulação satisfeitas com o projeto/Total de elementos da família das pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto) x100

ANEXO IX – Scoping Review



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
8º CURSO DE PÓS LICENCIATURA DE ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

CAPACITAR A PESSOA COM HIPOCOAGULAÇÃO PARA A GESTÃO E
ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Autora:
Inês Santos Frazão

Santarém, março de 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
8º CURSO DE PÓS LICENCIATURA DE ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO II E RELATÓRIO

CAPACITAR A PESSOA COM HIPOCOAGULAÇÃO PARA A GESTÃO E
ADESÃO AO REGIME DO REGIME TERAPÊUTICO
SCOPING REVIEW

Autora:

Inês Santos Frazão nº 090433012

Professora Orientadora:

Prof.ª Doutora Alcinda Reis

Enfermeira Cooperante:

Enf.ª Luísa Nabo Martins

Santarém, março de 2019

ÍNDICE

Review Title	4
Reviewers	4
Center conducting the review	4
Review question/objective	4
Key word (MesH Descriptors):	4
Background	5
Inclusion criteria	7
Search strategy	7
Study Selection	8
Data collection	9
Data Synthesis	9
Conflicts of interest	11
References	11
Appendix I: Initial Search Strategy	14
Appendix II: Appraisal instruments	15
Appendix III: PRISMA 2009 Flow Diagram	16
Appendix IV: Data extraction instrument	17
Appendix IV Artigo: Stakeholders' views and experiences of care and interventions for addressing frailty and pre-frailty: A meta-synthesis of qualitative evidence.	26

Review Title

Capacitar a pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico

Reviewers

¹Inês Santos

²Alcinda Reis

Center conducting the review

Escola Superior de Saúde de Santarém – Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde (UMIS)

Review question

Quais as estratégias do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária que capacitam a pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico?

Objective

Identificar as estratégias do enfermeiro especialista em saúde comunitária que capacitam a pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico.

Key word (MesH Descriptors):

Passam a ser designadas por descritores MesH, validadas no site MesH Browser 2019 a 07/04/2019, as seguintes palavras-chave:

- Community health nursing (Enfermagem Saúde Comunitária) - Práticas de enfermagem gerais e abrangentes dirigidas a indivíduos, famílias ou grupos, na medida em que se relacionam e contribuem para a saúde de uma população ou comunidade. “General and comprehensive nursing practice directed to individuals, families, or groups as it relates to and contributes to the health of a population or community.”
- Patient Compliance (Gestão e Adesão ao regime terapêutico): Cooperação voluntária da pessoa em seguir um regime prescrito. “Voluntary cooperation of the patient in following a prescribed regimen.”
- Anticoagulants (anticoagulantes): Agentes que impedem a coagulação sanguínea. “Agents that prevent blood clotting.”

Background

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública desenvolve programas e projetos de intervenção tendo em vista a resolução dos problemas identificados numa determinada comunidade (Regulamento n.º 428/2018).

A saúde comunitária é entendida como “a satisfação de necessidades coletivas através da identificação de problemas e gestão de interações dentro da comunidade e entre a comunidade e a sociedade alargada” (Stanhope e Lancaster, 2011, p. 362). As autoras defendem que melhorar a saúde da comunidade é o principal objetivo da intervenção de enfermagem na medida em que, a saúde individual está relacionada com a saúde da população como um todo. Na verdade, a enfermagem comunitária tem como foco de atenção primordial a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania (OE, 2010, citado por Pereira, 2017).

O aumento da incidência e prevalência das doenças crónicas é uma preocupação da enfermagem de saúde comunitária. A OCDE refere que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes na região em 2010. Em Portugal, o AVC é a principal causa de mortalidade e incapacidade por doenças cardiovasculares justificando, por isso, todas as medidas tendentes à sua prevenção (DGS, 2009). Dentro das doenças cardiovasculares estão incluídas aquelas em que as pessoas necessitam de tomar anticoagulantes orais.

Ganha sentido mencionar que, devido à variabilidade da dose-resposta, a terapêutica com estes fármacos requer não só a monitorização do INR frequente, mas também a educação contínua à pessoa com hipocoagulação e boa comunicação entre as mesmas e profissionais de saúde (DGS, 2009). Em certa medida, quer a promoção da saúde, através da educação para a saúde, quer a comunicação estabelecida entre os profissionais de saúde e a pessoa com hipocoagulação, serão determinantes para que a mesma tenha comportamentos que contribuam para a gestão e adesão do regime terapêutico.

No que concerne ainda à educação para a saúde esta pode influenciar ou clarificar valores, facilitar mudanças de convicções e atitudes, facultar a aquisição de saberes, bem como conduzir a mudanças de comportamentos e estilos de vida (Carvalho e Carvalho, 2006). A mesma tem como finalidade aumentar as capacidades das pessoas e, por esse motivo, tem um papel fundamental na enfermagem, visando o *empowerment*.

Os enfermeiros assumem, na verdade, um papel preponderante por ajudar as pessoas, informando-as e dando-lhe ferramentas que as capacitam a tomar decisões conscientes e responsáveis. Neste contexto, importa referir que Gibson (1991) desenvolveu um modelo de

empowerment no âmbito do cuidado em enfermagem, no qual se evidenciam três domínios: da pessoa, do enfermeiro e o da pessoa/enfermeiro. No domínio da pessoa destaca-se a motivação, a melhoria da saúde e da qualidade de vida, o crescimento, a aprendizagem, a autodeterminação e a tomada de decisão das pessoas. No domínio do enfermeiro, o mesmo precisa ser encorajador, facilitador e educador (fornecer a informação necessária). Relativamente ao domínio do enfermeiro e da pessoa, o modelo privilegia a negociação, tomada de decisão partilhada, envolvimento, empatia, confiança e objetivos comuns. O mesmo autor considera que, para que o conceito de *empowerment* seja interiorizado nos cuidados de enfermagem, é imprescindível refletir nos seguintes pressupostos:

- ✓ A saúde pertence às pessoas e elas têm a primeira responsabilidade sobre ela.
- ✓ As pessoas têm a capacidade de tomarem decisões, sendo que, para tal, necessitam de conhecimentos que sustentem as suas decisões.
- ✓ Os enfermeiros têm a responsabilidade de promover a saúde, mas não têm o seu monopólio.
- ✓ É fundamental a identificação dos recursos e necessidades das pessoas.

A pessoa deve ser capacitada para assumir a responsabilidade de pugnar pela defesa da sua saúde individual e da saúde coletiva (DGS, 2015). Segundo a mesma fonte, a pessoa para exercer essa responsabilidade tem de estar informada, tem de interiorizar tal informação e traduzi-la na alteração dos seus comportamentos menos saudáveis, bem como na gestão da sua doença.

Na versão 2 da CIPE (2011), a definição de gestão do regime terapêutico é considerada um comportamento de adesão que visa “executar as atividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária” (CIPE, 2011, p. 62). Ganha aqui sentido o significado de adesão que é:

“Status positivo: Ação autoiniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos; cumpre o regime de tratamento; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associadas ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente).” (CIPE, 2015, p.38).

A gestão do regime terapêutico envolve, segundo Gruman e Von Korf (1997), o compromisso da pessoa com atividades que protegem e promovem a saúde, a monitorização e gestão dos sintomas da doença, o equilíbrio emocional e das relações interpessoais, bem como a

adesão aos regimes terapêuticos prescritos. Existem vários estudos que evidenciam a fraca adesão ao regime terapêutico e, como tal, a necessidade de intervenção nesta área (Afonso, M.J., et al, 2006).

Como mencionado, apoio da família, na gestão e adesão ao regime terapêutico é algo significativo, pois o mesmo tem um impacto positivo para que a pessoa modifique comportamentos em prol da sua saúde.

As famílias são, na verdade, espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo-se como unidades dotadas de energias, com capacidade auto organizativa (Figueiredo, 2009). As interações dos seus membros permitem que a família, pela sua proximidade e características que lhes são próprias, tenha um papel ativo no acompanhamento do processo saúde/doença de cada um deles. Por isso, as famílias são identificadas como a principal oportunidade para a promoção e manutenção de cuidados de saúde aos seus membros, daí poder afirmar-se que a família da pessoa com hipocoagulação tem um papel de grande relevo na gestão do regime terapêutico.

Inclusion criteria

Types of participants:

Pessoas com hipocoagulação

Concept

Enfermagem Saúde Comunitária, Gestão e Adesão ao regime terapêutico e anticoagulação

Context

Comunidade

Types of studies

Qualitativos, quantitativos e mistos.

Search strategy

Com base na questão elaborada, de acordo com a metodologia PCC, foi elaborado um protocolo de pesquisa, com os critérios de inclusão apresentados e as palavras-chave hierarquizadas da seguinte forma: Enfermagem Saúde Comunitária, gestão e adesão ao regime terapêutico e anticoagulação.

A pesquisa foi realizada nos dias 09 e 15 de abril de 2019, com os descritores Mesh interligados pelo booleano AND, resultando a seguinte expressão de pesquisa: community health nursing AND patient compliance AND anticoagulation.

Bases de dados incluídas:

- Na plataforma EBSCO Host:
 - CINAHL complete
 - MedLine complete
 - Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive
 - MedicLatina
- PubMed

Outras fontes de estudos:

- ProQuest

Limitadores:

- **CINAHL complete:** Texto completo; Referências disponíveis; Resumo disponível; Data de publicação: de janeiro de 2015 a março de 2019; Língua inglesa; humano; primeiro autor é enfermeira; qualquer autor é enfermeira; Faixas etárias: +19 anos; Texto completo em PDF.
- **MEDLINE complete:** Texto completo; Data de publicação: de janeiro de 2015 a março de 2019; Resumo disponível; Humano; Faixas etárias: +19 anos.
- **Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive:** Texto completo; Referências disponíveis; Data de publicação: de janeiro de 2015 a março de 2019; Texto completo em PDF.
- **MedicLatina:** Texto completo; Data de publicação: de janeiro de 2015 a março de 2019; Texto completo em PDF.
- **Pubmed:** Tipo de artigo: Review; free full texto; últimos 5 anos; humanos; Idade: +19 anos.
- **Proquest:** Texto completo; Idade: adulto (19-44), meia-idade (45-64), idoso (+ 65) e idoso (+85); Data de publicação: de janeiro de 2015 a março de 2019; Tipo de fonte: revista académica, revista da especialidade, artigo e artigo principal.

Study Selection

Foram identificados 16 artigos, através das bases de dados referenciadas. Deste número, através do PRISMA FlowChart 2009 (anexo III) foram excluídos 15 pela leitura do título e do resumo. Foi então selecionado 1 artigo que é uma meta síntese de evidências qualitativas (nº 1).

Artigo selecionado:

Nº 1- Stakeholders' views and experiences of care and interventions for addressing frailty and pre-frailty: A meta-synthesis of qualitative evidence.

Data collection

Os dados para este protocolo foram colhidos através de um instrumento de colheita de dados, apêndice IV - Data Extraction Instrument, constituído por 9 questões, que permitiu identificar o título, autores, ano de publicação, país de origem e objetivos, as metodologias e métodos, as fontes de pesquisa, população e amostra e nível de evidência. Por fim, foram extraídos os dados significativos (interpretação desenvolvida) para a questão de partida formulada para esta *scoping review*, e contributo do estudo para a respetiva questão.

Data synthesis

A incidência e prevalência das doenças crónicas têm vindo a aumentar a nível mundial. Em Portugal, as doenças cérebro-cardiovasculares destacam-se entre as doenças crónicas, nas quais estão incluídas as doenças que conduzem à toma do anticoagulante oral. Ganha sentido mencionar que a terapêutica com estes fármacos requer não só a monitorização do INR frequente, mas também a educação contínua à pessoa com hipocoagulação e boa comunicação entre as mesmas e profissionais de saúde (DGS, 2009).

A promoção da saúde, através da educação para a saúde e da comunicação estabelecida entre os profissionais de saúde e a pessoa com hipocoagulação, serão determinantes para que a mesma tenha comportamentos que contribuam para a gestão e adesão do regime terapêutico. O artigo de D'Avanzo, B., et al (2017) acrescenta que a qualidade da comunicação, o respeito, a equidade e informações acessíveis são considerados aspetos determinantes para o cuidar.

Sobre este aspeto, importa mencionar que o enfermeiro especialista em saúde comunitária, ao mobilizar a educação para a saúde como uma estratégia da promoção da saúde, deve facilitar a acessibilidade à informação a todos. Gibson (1991) enfatiza que, no domínio do enfermeiro, o mesmo precisa ser encorajador, facilitador e educador (fornecer a informação necessária). Na verdade, a promoção da saúde das pessoas/família/comunidade visa a capacitação das mesmas, perspetivando de ganhos em saúde (OE, 2010 citado por Pereira, 2017). A educação para a saúde, enquanto estratégia da promoção da saúde pode influenciar ou clarificar valores, facilitar mudanças de convicções e atitudes, facultar a aquisição de saberes, bem como conduzir a mudanças de comportamentos e estilos de vida (Carvalho e Carvalho, 2006).

De acordo com o modelo de *empowerment* de Gibson (1991), e como já mencionado, os enfermeiros têm a responsabilidade de promover a saúde, mas não têm o seu monopólio. Como tal, as intervenções de enfermagem, entre outros aspetos, precisam passar pelo envolvimento da

família, porque muitas intervenções dependem desse apoio informal (D'Avanzo, B., et al, 2017). O artigo salienta a necessidade de abordagens centradas na pessoa e na família, as quais perspetivavam sentir-se incluídos na tomada de decisões. O não estar envolvido nas decisões foi percebido como uma ameaça para a integridade da pessoa (D'Avanzo, B., et al, 2017). Também o modelo do *empowerment* (Gibson, 1991) salienta que saúde pertence às pessoas e elas têm a primeira responsabilidade sobre ela, bem como que as mesmas têm capacidade de tomar as suas decisões, sendo que para tal necessitam de conhecimentos que sustentem as mesmas. O mesmo privilegia, no domínio do enfermeiro e da pessoa, entre outros aspetos, o envolvimento e a tomada de decisão partilhada.

O apoio e envolvimento da família, no que diz respeito à gestão e adesão ao regime terapêutico, é algo significativo, sendo que o mesmo tem um impacto positivo para que a pessoa adote comportamentos em prol da sua saúde. As famílias são tidas como espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo-se como unidades dotadas de energias, com capacidade auto organizativa (Figueiredo, 2009). As interações dos seus membros permitem que a família, pela sua proximidade e características que lhes são próprias, tenha um papel ativo no acompanhamento do processo saúde/doença de cada um deles. Por isso, as famílias são identificadas como a principal oportunidade para a promoção e manutenção de cuidados de saúde aos seus membros, daí poder afirmar-se que a família da pessoa com hipocoagulação tem um papel de grande relevo na gestão e adesão ao regime terapêutico.

Cabe aos enfermeiros especialistas serem detentores do conhecimento mais atualizado, de forma mobilizá-lo na prática clínica, visando a resolução de problemas/necessidades da pessoa/família/comunidade. Assim, para capacitar a pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico, o artigo de D'Avanzo, B., et al (2017) permitiu compreender a necessidade de abordagens centradas quer na pessoa, quer na família. Enfatiza que é imprescindível as mesmas participem na identificação das necessidades, bem como na tomada de decisões. O mesmo salientou que a qualidade da relação (com base no respeito e confiança) e da comunicação, bem como a acessibilidade à informação são significativas para o processo de tomada de decisão.

As capacidades do enfermeiro, a nível comunicacional e de educação para a saúde, são determinantes para a partilha de informação necessária para as pessoas/famílias tomarem as suas decisões, sendo que o enfermeiro deve assumir um papel facilitador em todo este percurso (D'Avanzo, B., et al, 2017), visando, neste caso, a capacitação da pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico.

Conflicts of interest

Os autores não têm conflitos de interesse a declarar.

Acknowledgements

À Professora Doutora Alcinda Reis, pelo apoio, dedicação e disponibilidade.

References

Afonso, M. J., Raposo, J., & Boavida, J. (2006). Será possível aumentar a adesão aos programas de educação alimentar? Comunicação apresentada no 7º congresso Portugueses de Diabetes, 2006. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 1 (1).

Bastos, F. S. (2013). A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11990/1/A%20pessoa%20com%20doença%20cronica_Tese%20Doutoramento_Reitoria.pdf

Carvalho, A., e Carvalho, G. (2006). Educação para a Saúde: Conceitos. *Práticas e necessidades de formação*. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3937/cipe_vfinal_baixaresolucao_proteg.pdf

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). Classificação internacional para a Prática de Enfermagem. Disponível em <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkiGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrcE4JONEfouVPS6Rwg8>

D'Avanzo, B., et al, (2017). Stakeholders' views and experiences of care and interventions for addressing frailty and pre-frailty: A meta-synthesis of qualitative evidence. *PLoS ONE* 12(7): e0180127. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0180127>

Direção Geral da Saúde (2015). Portugal, Plano Nacional Saúde, Revisão e Extensão a 2020. DGS. Lisboa. Disponível em:

<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção Geral da Saúde (2017). Portugal, Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. DGS. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/doencas-cerebro-cardiovasculares.aspx>

Direção Geral da Saúde (2009). Portugal, Terapêutica Antitrombótica da Fibrilhação Auricular. Disponível em: <http://www2.portaldasaude.pt/NR/ronlyres/6B7EB2F9-CF0B-4368-A073-01COD72998E1/0/TerapeuticaAntitromboticaFibrilhacaoAuricular.pdf>

Figueiredo, H. - Enfermagem de família: um contexto do cuidar. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. 2009. Tese de Doutoramento. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing*, 16(3), 354-361. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2648.1996.tb02672.x>

Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S. J., & Wagner, E. H. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals of internal medicine*, 127(12), 1097-1102. Disponível em: https://scholar.google.es/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=Collaborative+management+of+chronic+illness&oq=

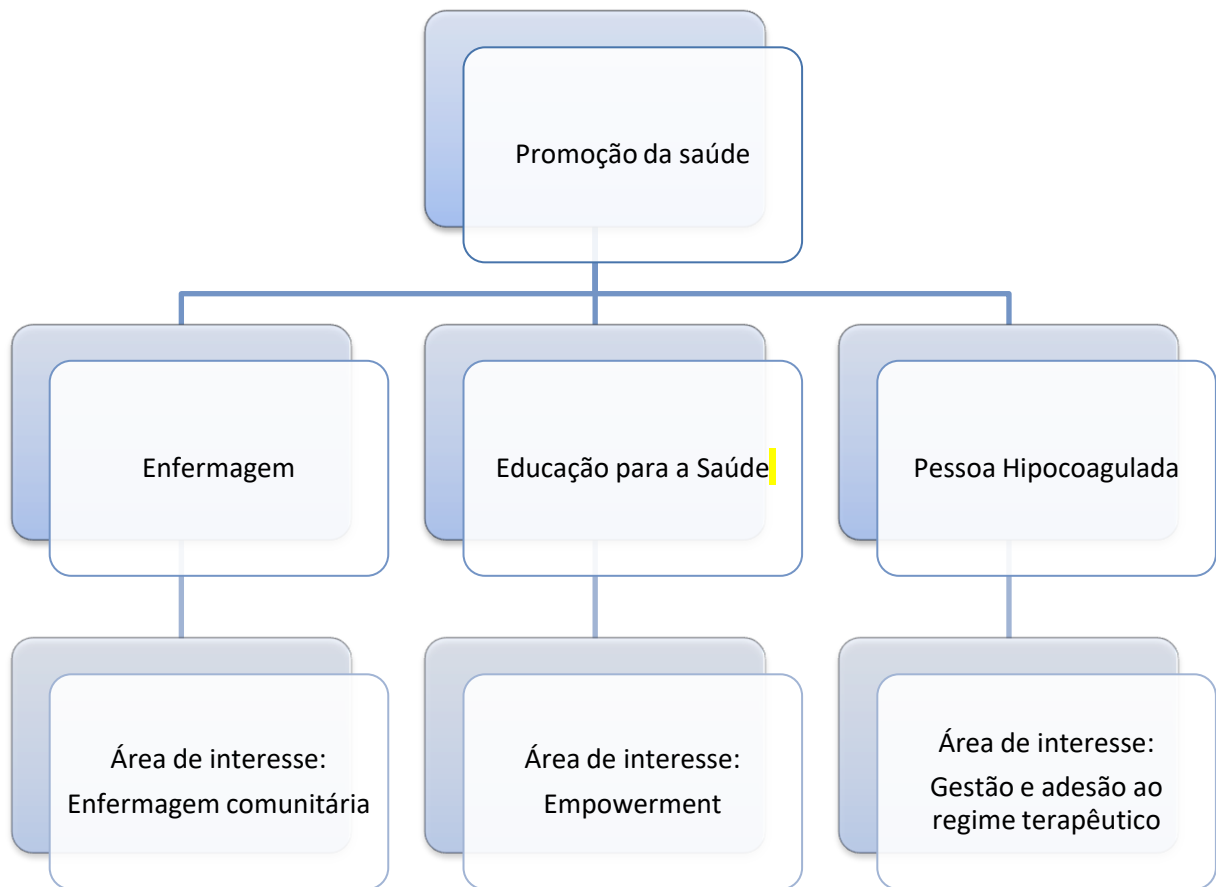
Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Portugal. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária*. Regulamento nº 428/2018. Diário da República, N.º 135/ 16 de

julho de 2018 - 2.^a série. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em:
<https://dre.pt/application/conteudo/115698616>

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. (7^aed.) Loures: Lusociência.

Appendix I: Initial Search Strategy Mapa conceptual

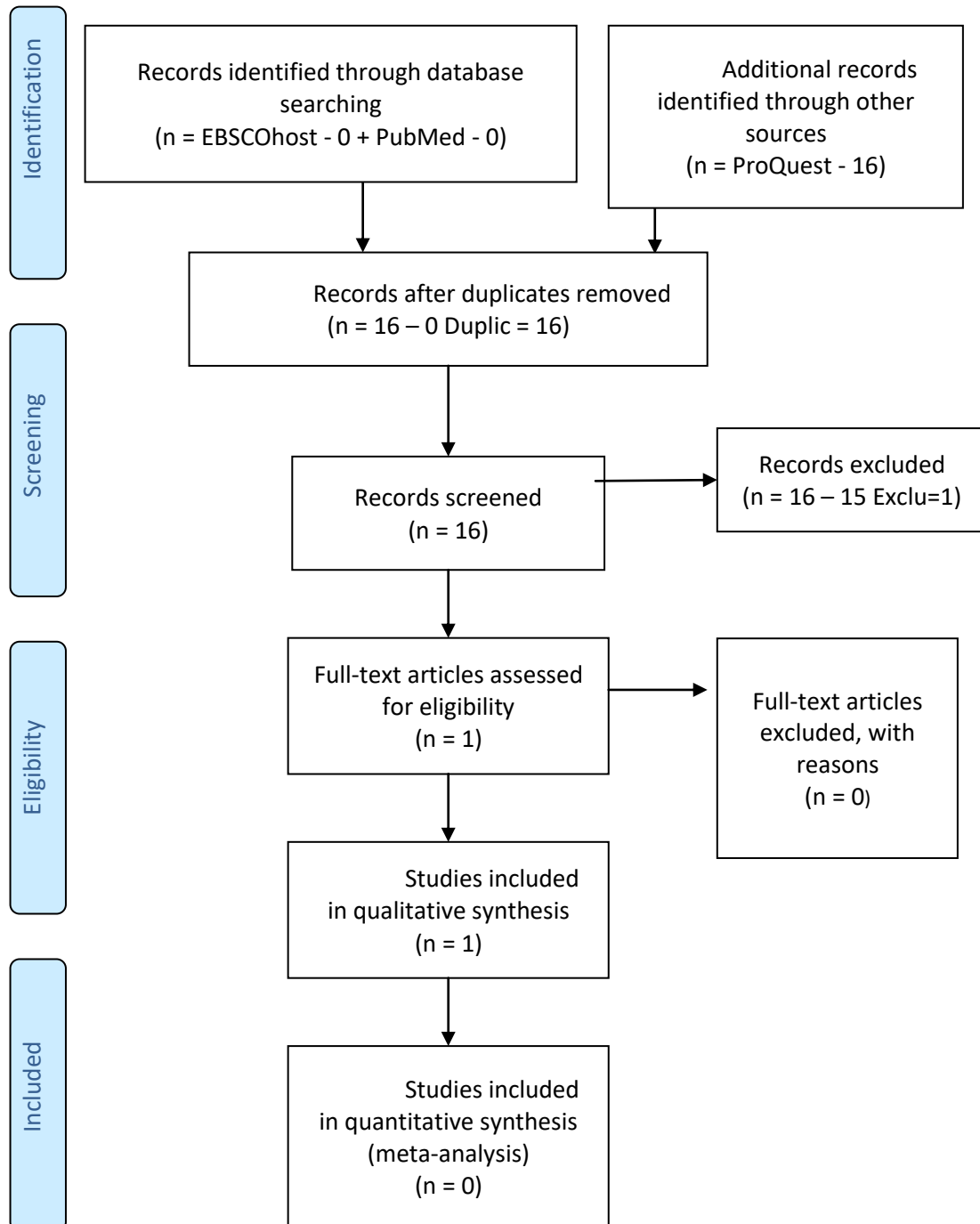


Adaptado de Curso1st Comprehensive Systematic Review Training Program (CRSTP)Portugal Centre for EvidenceBasedPractice–PCEBP. ESENFUC_UICISA

Appendix II: Appraisal instruments

Bases de datos	Plataforma – EBSCOhost				Proquest	Pubmed
	CINAHL Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	MedLine Complete	MedicLatina		
Descritores						
Community Health Nursing (1)	5	17	119	25	3858	95
Patient Compliance (2)	1	355	1712	57	2569	219
Anticoagulation (3)	0	10	1290	46	208	183
1 e 2	0	2	1	1	617	1
1 e 3	0	0	0	0	32	0
2 e 1	0	2	1	1	617	1
2 e 3	0	2	7	1	59	9
3 e 1	0	0	0	0	32	0
3 e 2	0	2	7	1	59	9
1 e 2 e 3	0	0	0	0	16	0

Appendix III: PRISMA 2009 Flow Diagram



Appendix IV: Data extraction instrument

<p>Data extraction instrument</p> <p>Revisor (es): Inês Santos Frazão</p> <p>Título da Revisão: Visões e experiências das partes interessadas de cuidados e intervenções para abordar a fragilidade e a pré-fragilidade: uma metassíntese de evidências qualitativas</p> <p>Questão: Quais as estratégias de enfermagem de saúde comunitária que capacitam a pessoa hipocoagulada para a gestão do regime terapêutico?</p> <p>Critérios de Inclusão (PCC):</p> <p>População: Pessoa Hipocoagulada</p> <p>Conceito: Enfermagem de Saúde Comunitária</p> <p>Contexto: Comunidade</p>
<p>➤ <u>Autor (es):</u></p> <p>D'Avanzo B, Shaw R, Riva S, Apostolo J, Bobrowicz-Campos E, Kurpas D, et al. (2017). PLoS ONE12(7): e0180127. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180127</p>
<p>➤ <u>Ano da Publicação:</u></p> <p>2017</p>
<p>➤ <u>País de origem:</u></p> <p>Itália</p>
<p>➤ <u>Objetivo (s):</u></p> <p>“Examina a compreensão, as crenças e atitudes das partes interessadas em relação à triagem, intervenção e cuidados no contexto da fragilidade e pré-fragilidade, a fim de compreender o valor percebido ou observado para essas atividades de saúde, ou experiências de indivíduos em relação a elas.”</p> <p>“examines stakeholders' understanding, beliefs and attitudes towards screening, intervention and care in the context of frailty and pre- frailty, in order to understand perceived or observed value for these healthcare activities, or experiences of individuals in relation to them.” (p.1,2)</p> <p>“Destina-se a examinar pontos de vista em toda a gama de intervenientes envolvidos: idosos frágeis e saudáveis, cuidadores informais e profissionais de saúde e assistência social.”</p> <p>“It aims to examine views across the range of involved stakeholders: frail and healthy older persons, informal carers, and health and social care practitioners.” (p.2)</p>
<p>➤ <u>Metodologia/método:</u></p>

Meta-síntese de estudos qualitativos, segundo refere o artigo analisado.

“This meta-synthesis of qualitative studies” (p.1)

“Um método de síntese interpretativa”

“An interpretative synthesis method” (p.3)

Métodos:

Foram realizadas pesquisas em três bases científicas em julho de 2015: PubMed, CINAHL e Web of Science. A estratégia de busca incluiu termos referentes a idosos fragilizados (população), fragilidade (fenômeno de interesse), pesquisa qualitativa ou metodologia de enfermagem e estudos de métodos mistos (metodologia).

“Three electronic databases were searched in July 2015: PubMed, CINAHL and Web of Science. The search strategy included terms relating to frail older people (population), frailty (phenomenon of interest), qualitative or nursing methodology research and mixed methods studies (methodology).” (p.4)

Os estudos incluídos foram: pesquisa qualitativa; com idosos frágeis ou participantes envolvidos em seus cuidados, por exemplo, enfermeiros, profissionais de saúde associados, cuidadores familiares; sobre a conceptualização da fragilidade; crenças sobre intervenções para prevenir ou gerir a fragilidade.

“Included studies were: qualitative research; with frail older adults or stakeholders involved in their care, e.g. nurses, allied health professionals, family caregivers; about the conceptualisation of frailty; beliefs about interventions to prevent or manage frailty.” (p.4)

Os termos do MeSH utilizados no PubMed foram "pesquisa qualitativa", "pesquisa em método de enfermagem", "grupos focais", "entrevistas como tema". Esses termos foram integrados com palavras-chave pesquisadas em título e resumo, incluindo novamente termos relacionados à metodologia (como "estudo qualitativo" ou "métodos mistos" e outros) e termos relacionados ao tema (como "ponto de vista", "percepção" e similares). Todos os termos possíveis foram utilizados no MeSH e no título e resumo, a fim de assegurar a identificação de todos os artigos relevantes das bases de dados pesquisadas.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

O processo de colheita de dados “consiste em colher de forma sistemática a informação desejada” (Fortin, 2009), poder-se-á dizer que a colheita de dados para o estudo em análise, realizou-se a partir de três bases científicas.

- **Critérios de inclusão:**
 - Estudos publicados no período de 2001 a 2015;
 - Comunicar em inglês, francês, espanhol, português, italiano e polonês, que eram as línguas que pelo menos dois pesquisadores do grupo poderiam ler.
- **Critérios de exclusão:**
 - Não tivessem a fragilidade como foco ;
 - Fossem realizados em comunidades específicas (ex.: cuidados no final da vida e negligência ou abuso de adultos).

➤ **Datas de pesquisa:**

Julho de 2015

➤ **Análise de dados:**

Os dados foram apresentados, ao longo do artigo, separados por temas, sendo que estes perfazem um total de 4 temas, o que facilita a interpretação dos dados.

Interpretação desenvolvida:

A síntese produziu quatro temas sintéticos: 1 - Incerteza sobre a maleabilidade da fragilidade; 2 - Estratégias para prevenir ou responder à fragilidade; 3- A capacidade de cuidar e a prestação de serviços centrada na pessoa e na família; 4 - Poder e escolha.

The synthesis produced four synthetic themes: *Uncertainty about malleability of frailty; Strategies to prevent or to respond to frailty; The capacity to care and person and family-centred service provision; Power and choice.*(p.7)

TEMA 1 - Incerteza sobre a maleabilidade da fragilidade.

Enquanto os profissionais de saúde mostraram confiança na prevenção e na gestão da fragilidade, eles também reconheceram a dificuldade de ter as ferramentas certas para identificar pessoas que poderiam se beneficiar e quando a intervenção seria mais útil. Essa preocupação também englobou a crença de que, depois de um certo ponto, a fragilidade não é mais maleável.

“While health professionals showed confidence in prevention and management of frailty, they also acknowledged the difficulty of having the right tools to identify people who might benefit, and when intervention would be more useful. This worry also encompassed the belief that after a certain point frailty is not malleable anymore.” (p.7)

Os adultos mais velhos tinham mais incertezas e pensavam que a fragilidade era, pelo menos em parte, inevitável e inerente à velhice. Alguns também pensavam que a fragilidade era o resultado de estilos de vida e atitudes ao longo da vida, e que a prevenção dificilmente poderia modificar tais impactos a longo prazo.

“The older adults had more uncertainties and thought frailty was, at least in part, inevitable and inherent to old age. Some also thought that frailty was the outcome of lifestyles and attitudes throughout life, and that prevention could hardly modify such long term impacts.” (p.7)

Os cuidadores também não estavam convencidos: “*Por causa seus problemas de memória, ela não é mais ensinável .*”.

“Caregivers were also unconvinced: “*Because of her memory problems, she is not teachable anymore.*” (p.7).

Enquanto os terapeutas notaram que era mais fácil identificar a fragilidade quando as pessoas eram significativamente frágeis, eles sentiam que era tarde demais para reverter naquele ponto, mas acreditavam que o espectro não frágil e pré-frágil do espectro era muito mais passível de intervenção. Embora estivessem confiantes de que suas intervenções poderiam prevenir a fragilidade nesses clientes, eles relataram dificuldade em trabalhar com eles porque não se percebiam como em risco. Assim, a triagem de fragilidade precisa ser proativa.

“While therapists noted that it was easier to identify frailty when people were significantly frail, they

felt that it was too late to reverse at that point, but believed that the non-frail to pre-frail end of the spectrum was much more amenable to intervention. Although they were confident that their interventions could prevent frailty in these clients, they reported difficulty in working with them because they did not perceive themselves as at-risk. Thus, frailty screening needs to be proactive.” (p.7-9)

TEMA 2 - Estratégias para prevenir ou responder à fragilidade.

Os adultos mais velhos deram exemplos do desenvolvimento de estratégias pessoais e seus objetivos para que essas estratégias se tornassem habituais e superassem fatores que impediam seus esforços: *“viver de acordo com um certo ritmo .E então ... Eu acredito que, no devido tempo, ele se tornará automático Seja consistente. É tudo sobre ser consistente . ”* (Idoso mais frágil)” (p.9)

“Older adults gave examples of the development of personal strategies and their aims for these strategies to become habitual and overcome factors that impeded their efforts: *live according to a certain rhythm. And then. . . I believe that, in due time, it will become automatic.... Be consistent. It's all about being consistent.*” (frail older adult)” (p.9)

Alguns estudos relataram casos claros de respostas adaptativas e resiliência psicológica em idosos frágeis. Em um estudo, mesmo idosos muito frágeis foram capazes de executar o controle tomando as suas próprias decisões sobre quando buscar apoio: *“ . . . apenas pensando de maneira prática sobre o que eu preciso. Algo precisa ser feito e eu devo tentar fazer isso . . . Em um determinado momento, você faz uma espécie de plano e eu deveria acompanhá-lo.* (Mulher de 85 anos) [37, p.163]

“Some studies reported clear cases of adaptive responses and psychological resilience in frail older adults. In one study, even very frail older adults were able to execute control by making their own decisions about when to seek support: *. . . just thinking in a practical way about what I need. Something needs to be done, and I must try to do it. . . At a certain moment you make a sort of plan, and I should follow up on it.*” (85 year old woman)” (p.9,10)

Ser frágil foi descrito como exigindo a mobilização de recursos para criar bem-estar, respondendo ao desequilíbrio imposto pela fragilidade com uma abordagem compensatória, e ainda assim focando-se em importantes objetivos pessoais selecionados: *“Se você aprender a aceitar as coisas como elas são, usar o tempo que de outra forma estaria vazio e ouvir cassetes, então você pode continuar aprendendo até morrer.”* (mulher mais velha frágil) (p.10)

“Being frail was described as requiring the mobilisation of resources to create well-being [41], responding to the imbalance imposed by frailty with a compensatory approach, and still focusing on selected personally important goals: *“If you learn to accept things as they are, use the time that otherwise would be empty and listen to tapes, then you can go on learning until you die.”* (frail older woman)” (p.10)

A mobilização de recursos também incluiu os benefícios da participação com outras pessoas e a sociedade: *“É uma questão de sorte que eu ainda possa fazer tanto, que minha mente ainda esteja clara, que eu possa dizer algo , que eu possa conversar com eles [cuidadores] ... eu posso conversar com meus filhos sobre o tempo, sobre o que está acontecendo no mundo ... que é disso que eu falo também.... ... Sou capaz de participar em coisas, até um certo ponto ”.* (Participante de 96 anos)” (p. 10)

“Mobilising resources also included the benefits of participation with other people and society: *“It's a matter of luck that I can still do so much, that my mind is still clear, that I can say something, that I can talk to them [caregivers].. . . I can chat with my children about the weather, about what's going on in the world. . . that's what I also talk about... . . I can take part in things, to a certain extent.”* (96 year old participant)” (p.10)

As respostas adaptativas podem assumir a forma de afirmar “saúde apesar da fragilidade” [42] com evidências de manutenção do equilíbrio percebido e da resiliência no contexto dos impactos físicos.
“Adaptive responses can assume the form of affirming “health despite frailty” with evidence of maintained perceived balance and resilience in the context of physical impacts.” (p.10)

Assim, manter a fragilidade à distância significa resistir ao impacto devastador que a fragilidade pode ter no senso de integridade e identidade, a possibilidade de ver a continuidade entre o eu do passado e do presente. Manter a rotina e vida diária num ambiente familiar é enfatizado por essas pessoas frágeis, e de ter ligações com a família e com o mundo exterior contribui para a preservação da identidade, ao aceitar a mudança no corpo e das circunstâncias.

“Thus, keeping frailty at a distance means resisting the devastating impact frailty can have on one's sense of integrity and identity, the possibility to see continuity between the past and present self. Maintaining routine and everyday life in familiar surroundings [42] is emphasised by these frail people, and having connections with family and with the external world contribute to preserving identity, while accepting the changing body and circumstances” (p.11)

TEMA 3 - A capacidade de cuidar e a prestação de serviços centrada na pessoa e na família

A importância de relacionamentos respeitosos entre cuidadores e idosos, e entre cuidadores informais e formais, e sua qualidade de comunicação, foram considerados significativos para a prestação de cuidados por diferentes partes interessadas. Alguns estudos identificaram os papéis dos gestores de casos ou equipas multidisciplinares como forma de superar a fragmentação ou manter a continuidade do cuidado.

“The significance of respectful relationships between carers and older adults, and between informal and formal carers, and their communication quality, were considered significant to care provision by different stakeholders. Some studies identified the roles of case managers or multidisciplinary teams as a way to overcome fragmentation or maintaining continuity of care.” (p.11)

A necessidade de abordagens centradas na pessoa ou na família era um tema destacado pelos diferentes grupos de partes interessadas, que queriam se sentir incluídos na tomada de decisões.

“A need for person- or family-centred approaches to care was a salient theme highlighted by the different stakeholder groups, who wanted to feel included in decision-making” (p.11)

Uma recomendação para a prestação de cuidados centrados na família foi a implementação de visitas domiciliares que poderiam promover o desenvolvimento de uma parceria entre prestadores de cuidados, cuidadores e idosos, dando aos pacientes a oportunidade de discutir suas necessidades de forma que uma visita domiciliar, mais do que apenas uma verificação de saúde ou avaliação, se concentre no que é necessário para permitir a independência.

“One recommendation for provision of family-centred care was to implement home visits that could foster the development of a partnership between care providers, caregivers and older adults, giving patients the opportunity to discuss their needs in a way that a home visit is more than just a health check or assessment, and focuses on what is needed to enable Independence.” (p.11)

O foco dos adultos mais velhos na autonomia também ficou evidente em estudos examinando a tomada de decisão no cuidado. Muitos expressaram o desejo de se envolver ativamente na tomada de decisões com enfermeiros atuando como facilitadores, seguindo um modelo centrado na pessoa.

“Older adults' focus on autonomy was also evident in studies examining decisionmaking in care. Many

expressed a desire to be actively involved in decision-making with nurses acting as facilitators, following a person-centred model.”(p.12)

Tutton (2005) descobriu que as experiências de cuidado de idosos eram muito mais positivas se fossem capazes de desenvolver uma relação respeitosa com a equipa de cuidados, se os funcionários fossem amigáveis, lhes davam escolhas cotidianas, por exemplo: o que vestir, onde sentar e forneceram cuidados adequados às suas habilidades corporais.

“Tutton (2005) found older adults' experiences of care were much more positive if they were able to develop a respectful relationship with care staff, if staff were friendly, gave them everyday choices, e.g. what to wear, where to sit, and provided care that was appropriate to their bodily abilities.” (p.12)

Restrições de tempo foram uma ameaça relatada para a implementação de serviços centrados na família, embora os enfermeiros relutassem em usar o tempo como uma desculpa válida: “(...)não, não é tempo: não estamos preparados para falar com eles dessa forma.”(enfermeiro)

“Time constraints were a reported threat to the implementation of family-centred services, though nurses were reluctant to use time as a valid excuse: “[.] no, not time: we are not geared to talk to them in that way.”(nurse)” (p.9)

Isso sugere que a adoção de um papel de facilitador e o trabalho colaborativo com adultos mais velhos e membros da família para chegar a uma decisão conjunta não se ajustam ao modo como foram treinados para prestar cuidados. Comunicar-se de uma maneira mais culturalmente sensível e centrada na pessoa, engajar-se em um 'diálogo moral' focado no que é significativo para o indivíduo, criar um cenário de cuidado que seja sensível às necessidades do indivíduo.

“This suggests that adopting a facilitator role and working collaboratively with older adults and family members to come to a joint decision does not fit with how they were trained to deliver care. Communicating in a more culturally sensitive and person-centred way, engaging in a 'moral dialogue' which focuses on what is meaningful to the individual, to create a care scenario that is sensitive to the individual's needs”(p.12)

TEMA 4 - Poder e escolha.

Desafios enfrentados por muitos idosos e prestadores de cuidados nos estudos incluídos foram relacionados com o poder diminuído que eles experimentaram nas suas relações com os serviços e a comunidade. Pessoas mais velhas e frágeis relataram que se sentiam desprezadas de várias maneiras e automaticamente julgadas como incompetentes.

“Challenges faced by many older adults and care providers in the included studies were related to the diminished power they experienced in their relationships with services and the community. Frail older people reported that they felt de-personalized in several ways, and automatically judged as incompetent.” (p.12)

Essa maneira estereotipada de retratar a pessoa idosa frágil pode resultar em negligenciar recursos pessoais e dificultar ações ou estratégias que os idosos possam estar dispostos a assumir sozinhos.

“This stereotyped way of depicting the frail older person could result in neglecting personal resources and hampering actions or strategies older persons may be willing to take themselves.”(p.12)

A qualidade da relação entre idosos e prestadores de cuidados é significativa para manter o senso de

controle dos idosos sobre sua tomada de decisão e, essencialmente, o sentido de seu valor pessoal.

“The quality of the relationship between older adults and care providers is significant in maintaining older adults' sense of control over their decision-making, and, essentially, the sense of their personal value.” (p.13)

Não estar envolvido nas decisões foi percebido como ainda mais ameaçador para a integridade da pessoa, como o não ser respeitado.

“Not being involved in decisions was perceived as even more threatening for the person's integrity, like not being respected.” (p.13)

Alguns estudos abordaram o ponto de vista dos profissionais neste encontro potencialmente incapacitante com idosos frágeis e descobriram que as atitudes da equipa pode resultar em que eles desistam de tomar até as mais pequenas decisões.

“Some studies addressed the point of view of professionals in this potentially disempowering encounter with frail older people and found that staff's attitudes can result in them giving up taking even the smallest decisions.” (p.13)

Discussão/conclusão

A crença ou descrença na maleabilidade da fragilidade assumiu uma posição central no modelo. Essa **incerteza sobre a maleabilidade da fragilidade** representa uma consciência de estar em transição, baseando-se na dialética da terceira e quarta idade, que encontra idosos ocupando um espaço limiar entre dependência e independência, atividade e passividade.

“a belief or disbelief in the malleability of frailty took up a central position in the model. This *uncertainty about the malleability of frailty* represents an awareness of being in transition, drawing on the Third and Fourth Age dialectic, which finds older adults inhabiting a liminal space between dependence and independence, activity and passivity.” (p.14)

O tema da **capacidade de cuidar também** assumiu uma posição central. A vulnerabilidade potencial dentro desta incerteza exige serviços flexíveis e uma crença na maleabilidade da fragilidade em nome dos profissionais de saúde e assistência social para lidar com isso.

“The theme of *Capacity to care* took a central position too. The potential vulnerability within this uncertainty demands flexible services and a belief in the malleability of frailty on behalf of health and social care professionals to deal with it.” (p.14)

Esse tema também revelou problemas nos sistemas atuais de saúde e assistência social mas também os ideais sobre o que diferentes partes interessadas acreditavam constituir um bom atendimento.

“This theme also revealed problems in current health and social care systems but also ideals about what different stakeholders believed constituted good care.” (p.14)

A comunicação, a informação, a qualidade das relações e, principalmente, a falta percebida dessas habilidades específicas entre os prestadores de serviços de saúde e assistência social eram questões críticas de acordo com todas as partes interessadas.

“Communication, information, quality of relationships and, importantly, the perceived lack of these specific skills among health and social care providers were critical issues according to all stakeholders.” (p.14)

Os cuidadores familiares queriam estar envolvidos no processo e os provedores de saúde e

assistência social precisavam de seu envolvimento para que tivessem acesso aos serviços. O papel da família, o recurso central que representa para o cuidado e a qualidade de vida dos idosos frágeis foi, portanto, reconhecido na base das evidências. Embora existam iniciativas, é necessário mais trabalho para atender às necessidades das famílias.

“Family carers wanted to be involved in the process and health and social care providers needed their involvement for services to be accessed. The role of the family, the central resource it represents for the care and the quality of life of frail older people, was therefore recognised in the evidence base. Although initiatives exist, more work is required to meet the needs of families.” (p. 14, 15)

Para que os idosos e cuidadores familiares se tornem pró-ativos, o sistema de cuidado deve fomentar a crença na maleabilidade da fragilidade através da valorização e uso de estratégias de enfrentamento individual e familiar.

“For older adults and family caregivers to become pro-active, the system of care should foster belief in the malleability of frailty through the appreciation and use of individual and family coping strategies.” (p.15)

O tema **Poder e escolha** esteve ligado aos anteriores, na medida em que a prestação de cuidados centrados na pessoa e na família coloca a pessoa e a unidade familiar e as suas necessidades no centro, a fim de gerar cuidados que respeitem a pessoa, fomente controlo sobre a condição, facilitar relacionamentos bem-sucedidos entre as partes interessadas e possibilitar que os idosos e seus cuidadores se engajem na tomada de decisões compartilhadas.

“The theme of *Power and choice* was connected to the previous ones in the way that the provision of person- and family-centred care places the person and family unit and their needs at the centre in order to generate care which respects personhood, fosters control on the condition, facilitate successful relationships between stakeholders, and enables older adults and their caregivers to engage in shared decision-making.” (p.15)

Respeito, equidade e informações acessíveis são necessárias para profissionais de saúde e de assistência social, idosos e suas famílias para embarcar num processo de tomada de decisão compartilhada para desenvolver um plano de cuidados personalizados.

“Respect, equipoise, and accessible information are required for health and social care professionals, older adults, and their families to embark on a process of shared decision-making to develop a personalised care plan.” (p.15)

As intervenções precisam ser explicitamente no nível da família, porque muitas intervenções dependem desse apoio informal. Os cuidados devem ser holísticos, fundamentados no contexto real das pessoas idosas e das famílias, e construídos com base em relacionamentos sólidos entre prestadores de cuidados e idosos / cuidadores, e habilidades para trabalharem juntos por objetivos comuns.

“For instance, interventions need to be explicitly at the family level because so many interventions depend on that informal support. Care should be holistic, grounded in the real context of older people and families, and built upon solid relationships between care providers and older adults/caregivers, and abilities to work together for common goals.” (p.15)

Conclusão

Este paradigma de cuidados liderado pelo mundo da vida significa o envolvimento da pessoa e da família na identificação de necessidades e intervenções, no aprimoramento de estratégias de enfrentamento

úteis e na abordagem das estratégias negativas.

“This lifeworld-led care paradigm means involvement of the person and family in identification of needs and intervention, enhancement of useful coping strategies, and addressing of the negative ones.” (p.16)

Apesar de vários artigos abordarem a importância da relação no processo de cuidar e na abordagem centrada na pessoa, os profissionais de saúde e sociais ainda precisam entender o significado da construção da relação no contexto do cuidado.

“Although several papers addressed the importance of the relationship in the process of care and in the person-centred approach, health and social professionals still need to understand the meaning of building relationship in the context of care.” (p.17)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

Levels of Evidence - Meaningfulness, Level 1 - Qualitative or mixed- methods systematic.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Este artigo permite compreender a necessidade de abordagens centradas quer na pessoa, quer na família. Enfatiza que é imprescindível as mesmas participem na identificação das necessidades, bem como na tomada de decisões e intervenções.

O artigo menciona que a qualidade da relação (com base no respeito e confiança) e da comunicação entre as pessoas alvo de cuidados e cuidadores (informais e formais), bem como a equidade e a acessibilidade às informações são significativas para o processo de tomada de decisão.

As capacidades do enfermeiro, a nível comunicacional e de educação para a saúde, são determinantes para a partilha de informação necessária para as pessoas/famílias tomarem as suas decisões. Esses profissionais devem ter um papel facilitador para a tomada de decisão em conjunto com a pessoa/família.

Appendix V: Artigo selecionado

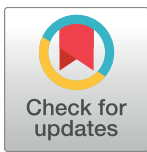
OVERVIEW

Stakeholders' views and experiences of care and interventions for addressing frailty and pre-frailty: A meta-synthesis of qualitative evidence

Barbara D'Avanzo^{1*}, Rachel Shaw², Silvia Riva^{1,3}, Joao Apostolo⁴, Elzbieta Bobrowicz-Campos⁴, Donata Kurpas⁵, Maria Bujnowska⁴, Carol Holland²

1 Unit for Quality of Care and Rights Promotion in Mental Health, IRCCS Istituto di Ricerche Farmcologiche Mario Negri, Milan, Italy, **2** Aston Research Centre for Healthy Ageing, Aston University, Birmingham, United Kingdom, **3** Department of Oncology and Hematology, University of Milan, Milan, Italy, **4** Health Sciences Research Unit: Nursing, Nursing School of Coimbra, The Portugal Centre for Evidence-Based Practice: a Collaborating Centre of the Joanna Briggs Institute, Coimbra, Portugal, **5** Department of Family Medicine, Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland

* barbara.davanzo@marionegri.it



OPEN ACCESS

Citation: D'Avanzo B, Shaw R, Riva S, Apostolo J, Bobrowicz-Campos E, Kurpas D, et al. (2017) Stakeholders' views and experiences of care and interventions for addressing frailty and pre-frailty: A meta-synthesis of qualitative evidence. PLoS ONE 12(7): e0180127. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180127>

Editor: Gianni Virgili, Universita degli Studi di Firenze, ITALY

Published: July 19, 2017

Copyright: © 2017 D'Avanzo et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: All relevant data are within the manuscript and supporting information files.

Funding: This work was supported by the Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency (CHAFAEA) of the European Commission, under the European Union Health Programme (2014-2020). The survey forms part of a larger study, 'Frailty Management Optimisation through EIP-AHA Commitments and Utilisation of Stakeholders Input' [Grant number 664367 FOCUS].

Abstract

Frailty is a common condition in older age and is a public health concern which requires integrated care and involves different stakeholders. This meta-synthesis focuses on experiences, understanding, and attitudes towards screening, care, intervention and prevention for frailty across frail and healthy older persons, caregivers, health and social care practitioners. Studies published since 2001 were identified through search of electronic databases; 81 eligible papers were identified and read in full, and 45 papers were finally included and synthesized. The synthesis was conducted with a meta-ethnographic approach. We identified four key themes: *Uncertainty about malleability of frailty*, *Strategies to prevent or to respond to frailty*, *Capacity to care and person and family-centred service provision*, *Power and choice*. A bottom-up approach which emphasises and works in synchrony with frail older people's and their families' values, goals, resources and optimisation strategies is necessary. A greater employment of psychological skills, enhancing communication abilities and tools to overcome disempowering attitudes should inform care organisation, resulting in more efficient and satisfactory use of services. Public health communication about prevention and management of frailty should be founded on a paradigm of resilience, balanced acceptance, and coping. Addressing stakeholders' views about the preventability of frailty was seen as a salient need.

Introduction

Objective

This meta-synthesis of qualitative studies examines stakeholders' understanding, beliefs and attitudes towards screening, intervention and care in the context of frailty and pre-

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

frailty, in order to understand perceived or observed value for these healthcare activities, or experiences of individuals in relation to them. It aims to examine views across the range of involved stakeholders: frail and healthy older persons, informal carers, and health and social care practitioners.

This meta-synthesis is conducted in the framework of an EU funded project aimed at reducing the burden of frailty in the European Union, *Frailty management Optimisation through EIP AHA Commitments and Utilisation of Stakeholders input (FOCUS)*.

Background

Frailty is defined as a state of high vulnerability to the risk of adverse events when exposed to a stressor [1], for example, a new diagnosis or exacerbation of a previously stable chronic condition, a fall or a traumatic life event. The frailty process appears to be a transitional state in the dynamic progression from robustness to functional decline [2], during which physiological reserves decrease and become less likely to be sufficient for maintenance or repair of the consequences of conditions. That is, frailty can be seen as the absence of resilience.

There are two main operational descriptions of frailty in the literature, which are both used to define frailty in clinical contexts. The first is a phenotype [3] which defines frailty using physical markers focused on muscle strength/weakness and sarcopenia. The second is that of an accumulation of deficits [4] which is flexible to context but, in addition to physical weakness, includes accumulated morbidities, polypharmacy, cognition, mental health and activities of daily living, although debate continues as to the range of approaches that are appropriate to detect frailty. Within these two frameworks, many tools have been developed to define a person as robust, pre-frail or frail [5,6,7]. The choice of tool can be determined by the purpose of the specific assessment, for example, directed towards an intervention that is to be provided based on screening. Prevalence of frailty in the population aged over 65 varies from 4 to 17% depending on definition and population, with 26% of over 84s being frail [8].

Development of the accumulation of deficits models has underlined the necessity to integrate medical with social domains to really understand frailty, recognising that frailty also defines a social group. Nicholson integrates the concepts of marginal groups and liminality between a possibly active and empowered group (the Third Age) and an invisible, totally dependent and near to death group (the Fourth Age) [9]. According to this theory, the defining feature of this Third Age/Fourth Age conceptualisation is that it constructs the possibility that individuals can be "in transition", without membership of either group. This liminality also represents the idea of fluid space where some form of power can be still experienced, at the same time as vulnerability and dependence [10]. While adding complexity to the view of frailty, the social conceptualisation offers a clear framework to the possibility of resilience and some form of power within frailty.

However we conceptualise it, frailty likely has a huge social impact. There are clear indications that frailty increases the risk of isolation [11], and therefore necessitates the commitment of services to address a difficult-to-reach group. Nevertheless, it is increasingly clear that frailty is malleable [12]. This understanding is timely. It relates to our context whereby European and worldwide healthcare systems are undergoing transformation efforts to move from single diagnosis focus, and systems where medical and social care function in separate silos, to more holistic care which considers the accumulation of effects on a patient and aims for an integrated approach [13].

Frail older people are high users of informal and formal care, and healthcare services [14]. However, studies illustrate examples of older people and their carers refusing services offered [15], or expressing reluctance to seek care even whilst acknowledging that such support is

needed [16]. There are also indications that dependency on services, but limited participation in decision making, can produce feelings of devaluation and disempowerment in older persons [17]. It is essential to take into account older adults' views, attitudes and understandings related to their own coping and care planning strategies, and to care and interventions in the context of frailty.

Informal caregivers receive support in many jurisdictions, but there is a perception that what support they get is based on fixed formulae regarding eligibility for fixed support, rather than their own perceptions of needs or what support would make a difference [18]. We wanted to integrate their points of view as well.

Previous studies on screening and intervention programmes in other health areas have found not only that potential patients are often reluctant to be screened or to follow health advice, but GPs and Practice Nurses (PNs) may be reluctant or unable to implement the intervention as was structured [19,20], suggesting lack of fit with understanding, perceived value, and skillset. An awareness of issues faced by practitioners in implementing care programmes or supporting care of frail elders, including their perceptions of the roles, needs integrating into the knowledge base in this area.

Qualitative research works to produce knowledge from subjective experiences. This can be both necessary and powerful when those points of view are from at risk and marginalised groups whose voices would otherwise not be heard. Frail older people are considered such a group. Qualitative research enables frail older people to express their needs and describe experiences in terms of what matters to them in their everyday lives. These data are then analysed systematically to represent the needs of older adults when evaluating and planning services. Widening the evidence-base in health and social care service development to include qualitative research is especially powerful when assessing acceptability and feasibility of interventions within particular population groups, services and communities [21].

The review teams consists of research centres across Europe with expertise in frailty, care for older people and disability related to mental disorders spanning the disciplines of psychology, health and social sciences, and medicine. We saw a need to review the qualitative evidence on this issue because there were questions about the experience of disability, well-being, frailty and health that were being obscured in more traditional reviews owing to their inherent relationship with services, institutions and power. Prioritising the voices of older adults and those with responsibilities towards them is commensurate with the review team's commitment to a recovery-oriented approach to care for older people that encompasses the concepts of resilience and empowerment in an authentic way.

We have conducted this meta-synthesis in order to build on the qualitative literature of frailty and reach a more encompassing vision of the issue. In doing this, three main ideas have orientated our work. These were: how much frailty is seen as malleable and preventable by stakeholders; the scope for integrated and empowering care; the importance of the knowledge and practices that stakeholders, frail older people in particular, use to cope with the conditions of frailty.

Methods

Design

We conducted a meta-synthesis of qualitative evidence because the objective was to make sense of the evidence base rather than simply collate it. An interpretative synthesis method was therefore appropriate [22–24] in order to understand the conceptualisation of frailty through the views, and attitudes of stakeholders. Such evidence is needed to inform the development of

frailty interventions that are both feasible and acceptable within the context of health and social care in Europe.

Search strategy

Three electronic databases were searched in July 2015: PubMed, CINAHL and Web of Science. The search strategy included terms relating to frail older people (population), frailty (phenomenon of interest), qualitative or nursing methodology research and mixed methods studies (methodology) (S1 Text; search strategy is shown for PubMed, with the same applied to CINAHL and Web of Science with appropriate modifications).

Inclusion and exclusion criteria

Included studies were: qualitative research; with frail older adults or stakeholders involved in their care, e.g. nurses, allied health professionals, family caregivers; about the conceptualisation of frailty; beliefs about interventions to prevent or manage frailty. We selected qualitative research studies as identified through the MeSH terms and several appropriate keywords in the searched databases (S1 Text, Search strategy). The MeSH terms used in PubMed were "qualitative research", "nursing method research", "focus groups", "interviews as topic". These terms were integrated with keywords searched in title and abstract, including again terms related to the methodology (like "qualitative study" or "mixed methods", and others) and terms related to the topic (like "point of view", "perception", and similar). All the possible terms were used in MeSH and in title and abstract in order to assure identification of all the relevant papers from the searched databases.

We included studies published in the period 2001–2015 in English, French, Spanish, Portuguese, Italian and Polish, which were the languages that at least two researchers in the group could read. Studies were excluded if they did not have frailty as a focus, if they were conducted in specialised communities, e.g. homeless, if they focused on specific diseases, end of life care, neglect or abuse of older adults, or organizational interventions.

Screening

Seven members of the review team (MB, BD, CH, DK, RN, SR, RS) screened records by title and abstract against inclusion criteria. All records were screened independently by two people to check for consistency; disagreements were resolved by discussion within the pair and consultation with another team member if required. Full text papers were further screened, each by two people, to make final decisions about inclusion.

We did not find any paper in Italian, Polish or Spanish. The papers in Portuguese could be read by the Portuguese (JA, EC), UK (RN) and Italian members (BD).

Quality appraisal

Included papers were appraised using the Critical Appraisal Skills Programme checklist (CASP) for qualitative research (<http://www.casp-uk.net/>; S2 Text). The evaluators (JA, MB, EC, BD, CH, DK, RN, SR, RS) conducted the quality appraisal independently in pairs and any differences concerning inclusion were resolved by discussion within the pair or through consultation with another team member.

Synthesis

The synthesis was informed by meta-ethnography [25–27]. We chose meta-ethnography because we aimed to not only aggregate findings from papers but also to develop a conceptual

understanding of what the original studies say. This higher order, synthesised conceptualisation of the evidence base will be used to contribute to best practice guidelines for frailty management and prevention to be developed in the FOCUS Project [28,29]. In developing the synthesis, we referred to the seven phases described by Noblit and Hare [25,27,30]. After having formed specific research questions (Phase 1, *Getting started*) and defined the material through search strategy, acquisition and selection of papers, and quality appraisal (Phase 2, *Deciding what is relevant*), all papers were repeatedly read by the authors. This was a continuous process which lasted until the end of the synthesis (Phase 3, *Careful reading and re-reading*), enabling development of a good understanding of all papers. Following Toye's (2014) [25] conceptualisation of first- and second-order constructs, we tabulated extracted data as first- and second-order constructs. We extracted constructs verbatim using the theme titles (or subheadings) used by authors. Where theme titles were absent we created descriptors to code the content. If we experienced difficulties in identifying an appropriate descriptor, we consulted the discussion section of papers to help consolidate the authors' interpretations.

A grid of concepts was then developed (Phase 4, *Determining how the studies are related*), which served to prepare the reciprocal constant translation of studies. This process was shared with six team members (MB, BD, DK, CH, SR, RS) reviewing all theme clusters to ensure coherence and representation of all included studies. The large initial grid of concepts was refined in order to achieve a manageable and useful synthesis (Phase 5).

The lines-of-arguments synthesis (Phase 6) involved interpretative work to identify major themes, within the synthesized findings. The set of synthetic themes (third-order constructs) were derived from results of the reciprocal translational analysis and discussions within the team to reach consensus.

This interpretative phase of the synthesis was led by three members (BD, CH and RS) and agreed by the full team. The final set of themes was used to develop a conceptual model of frailty. This was achieved through discussion within the analytic team to arrive at a shared understanding of relationships between themes. The reasoning behind each connection was analysed. Themes were moved around into new positions to test out their meaning and inter-relationships. After varying the patterns, a model was developed which depicted a new, more consistent and integrated conceptualisation of frailty, taking into account multiple meanings, and perspectives from different stakeholders.

First-order constructs can be considered in the middle between the raw data and second-order constructs, or even second-order constructs themselves. First-order constructs identified and selected by the authors according to their second-order constructs (Toye et al., 2014) [25] are presented in the results of the synthesis. When these were not given, or given to a very limited extent, we explained the second-order constructs without first-order extracts.

Results

Included studies

A total of 3414 records were identified as potentially relevant and this number was reduced to 1964 after removal of duplicates. Limiting the papers to those published since 2001 resulted in a total of 1566 papers. Titles and abstracts of these papers were read to identify the relevant papers and this process led to the exclusion of 1485 papers. Eighty-one papers were read in full text and appraised for quality. Among these, 36 were excluded: 27 did not address frailty or did not include frail older people or their caregivers and professionals (including seven studies addressing implementation and organization issues); five used methodologies other than qualitative (including one sociological study using sociological categories and conceptualizations); four were very poor quality (did not give information about analysis, gave very limited

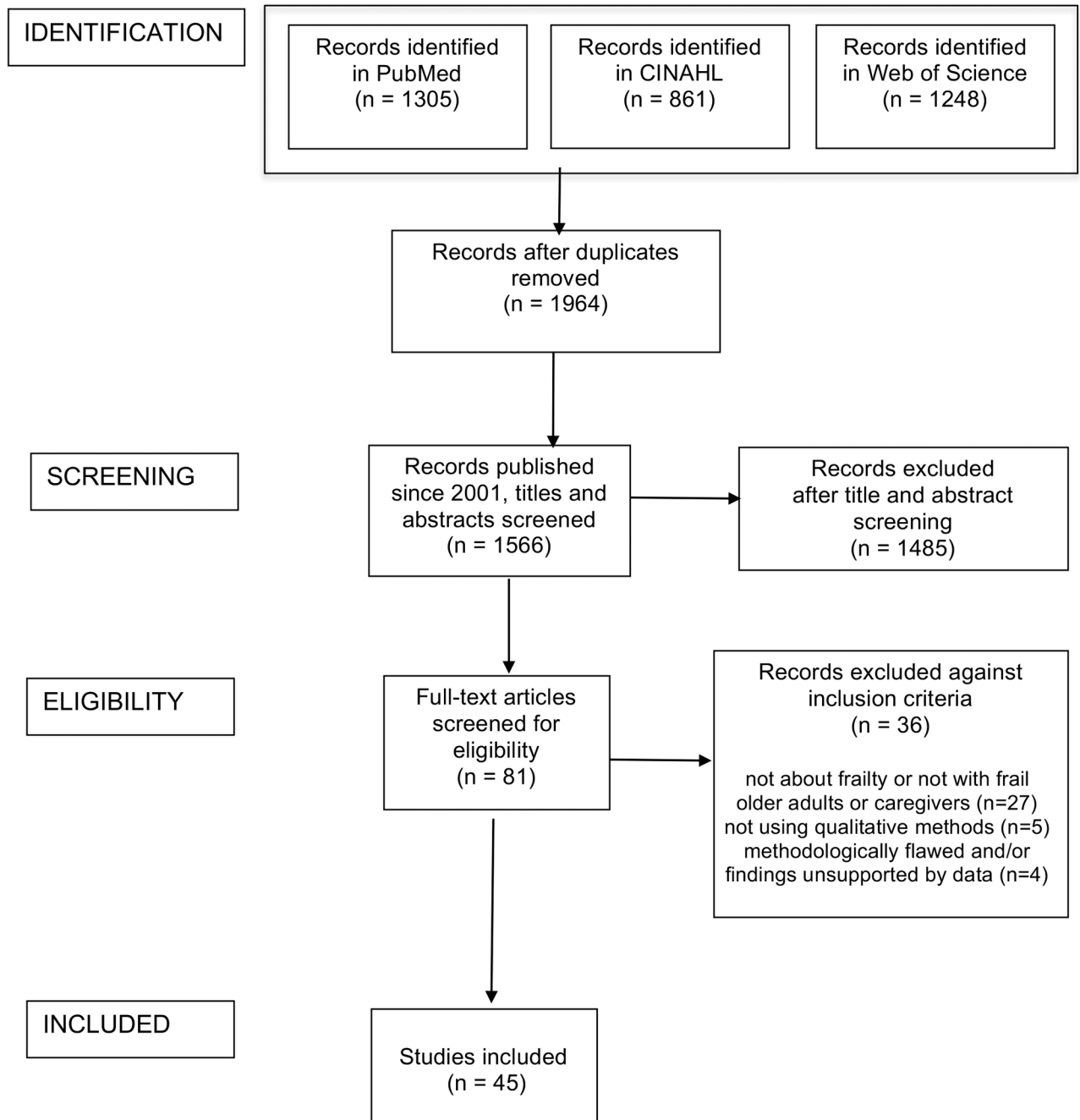


Fig 1. PRISMA flow diagram.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180127.g001>

information about methods, or presentation of findings was not supported by the data) (Fig 1). S1 Table illustrates the main characteristics of the 45 included studies [9,31–74].

Quality appraisal revealed that none was judged as poor. The majority had clear statements of research aims, employed qualitative methods appropriately, had clear conclusions and were judged to make a valuable contribution to the evidence base. Studies performed less well in their reflections about potential impact of relationship between researchers and participants, and lacked full consideration of ethical concerns.

The majority of included studies were conducted in a limited number of Western countries, with a focus on Northern Europe. Most studies recruited frail older adults as their participants ($n = 28$) either solely or with another stakeholder group; ten papers included informal caregivers. The largest practitioner group was nurses ($n = 7$), followed by social workers ($n = 3$), occupational therapists ($n = 2$), GPs ($n = 1$), and physiotherapists ($n = 1$). Only one paper recruited non-frail older adults in terms of examining their beliefs about frailty and frailty prevention. Six papers included more than one stakeholder group, and three included more than two groups. Eleven studies used focus groups, either as the only method or in combination with individual interviews or questionnaire administration, and the others used individual interviews. In one case, interviews were done in pairs of caregiver and professional matched as caring the same frail older person [47]. The most used method of analysis was grounded theory (15 papers), then content analysis (10 papers), phenomenology (four papers), and thematic analysis (three papers), with the remaining papers using other methods.

Synthesis

The synthesis produced four synthetic themes (third-order constructs): *Uncertainty about malleability of frailty*; *Strategies to prevent or to respond to frailty*; *The capacity to care and person and family-centred service provision*; *Power and choice*. Each theme is presented with example quotations from study participants. The contribution of each paper to the constructs is displayed in Table 1.

Uncertainty about the malleability of frailty. This theme was informed by nine studies [33,36,39,45,49,50,61,63,68] and includes examples of experiences and opinions which challenge or support the notion that frailty development is malleable. While health professionals showed confidence in prevention and management of frailty, they also acknowledged the difficulty of having the right tools to identify people who might benefit, and when intervention would be more useful. This worry also encompassed the belief that after a certain point frailty is not malleable anymore. The older adults had more uncertainties and thought frailty was, at least in part, inevitable and inherent to old age. Some also thought that frailty was the outcome of lifestyles and attitudes throughout life, and that prevention could hardly modify such long term impacts.

According to healthcare professionals, frailty was conceived as something which could be prevented through appropriate screening to detect pre-frailty, communication and timely proactive interventions [33,49]. However, there was concern that current screening tools are inadequate and do not always target the right people: “*I don't think people who are really frail fill in the form. It's a big weakness*” [33]. Nonetheless, there was mixed response to interventions. Some studies showed older adults' disbelief of the potential success of frailty interventions: “*They can't take my fear of falling away*” [45]. Caregivers were also unconvinced: “*Because of her memory problems, she is not teachable anymore.*” [45].

Despite success with interventions such as physical therapy to reduce frailty [50], there was doubt elsewhere that any intervention with those living with co-morbidities was worthwhile: “*She is already 80 years old. With all her medical problems, such a programme would be useless.*” [45].

The understanding of the malleability of frailty was particularly clear in responses around the topic of the timeliness of interventions. While therapists noted that it was easier to identify frailty when people were significantly frail, they felt that it was too late to reverse at that point, but believed that the non-frail to pre-frail end of the spectrum was much more amenable to intervention. Although they were confident that their interventions could prevent frailty in these clients, they reported difficulty in working with them because they did not perceive

Table 1. Contribution of included studies to themes.

Reference	Uncertainty about malleability of frailty	Strategies to prevent or to respond to frailty	The capacity to care and person/family-centred service provision	Power and choice
Ayalon L, et al. (2008) [31]			x	
Baillie L, et al. (2014) [32]			x	
Bindels J, et al. (2013) [33]	x		x	
Bindels J, et al. (2014) [34]			x	
Blanton PW (2013) [35]			x	
Bleijenberg N, et al. (2013) [36]	x		x	
Claassens L, et al. (2014) [37]		x		
Denson LA, et al. (2013) [38]			x	
Dick K, Frazier SC (2006) [39]	x		x	
Donlan WT (2011) [40]			x	x
Ebrahimi Z, et al. (2012) [41]		x		x
Ebrahimi Z, et al. (2013) [42]		x		
Ekelund C, et al. (2014) [43]			x	x
Ekwall A, et al. (2012) [44]		x		x
Faes MC, et al. (2010) [45]	x			
Fjelltun AM, et al. (2009) [46]			x	
Fjelltun AS, et al. (2009) [47]			x	
Grenier A, Hanley J. (2007) [48]		x		x
Gustafsson, S., et al. (2012) [49]	x			x
Hjaltadóttir I, Gustafsdóttir M (2007) [50]	x	x		
Horder HM, et al. (2013) [51]		x		
Kita M, Ito K (2013) [52]		x	x	
Koenig TL (2005) [53]			x	x
Kristensson J, et al. (2010) [54]			x	x
Levesque L, et al. (2010) [55]			x	
Lindhardt T, et al. (2008) [56]			x	
McGeorge SJ (2011) [57]			x	
Modig S, et al. (2012) [58]			x	
Nicholson C, et al. (2012) [9]		x		
Nicholson C, et al. (2013) [59]		x		
Puts MT, et al. (2007) [60]		x	x	
Puts MTE, et al. (2009) [61]	x			
Robben S, et al. (2012) [62]			x	
Roland KP, et al. (2011) [63]	x	x		
Rush KL, et al. (2013) [64]		x		
Sarvimäki A, Stenbock-Hult B (2014) [65]			x	x
Skymne C, et al. (2012) [66]		x		

(Continued)

Table 1. (Continued)

Reference	Uncertainty about malleability of frailty	Strategies to prevent or to respond to frailty	The capacity to care and person/family-centred service provision	Power and choice
Stockwell-Smith G, et al. (2010) [67]				x
Teixeira IN (2008) [68]	x			
Themessl-Huber M, et al. (2007) [69]		x		
Tutton EMM (2005) [70]			x	x
van Kempen JA, et al. (2012) [71]			x	
Walker R, et al. (2015) [72]			x	
Wallin M, et al (2008) [73]		x		
Zidén L, et al. (2008) [74]			x	

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180127.t001>

themselves as at-risk. Thus, frailty screening needs to be proactive. However, among healthcare professionals the view that frailty could go past the point of no return was expressed: “We’re always dealing with the consequences, by the time we get to it, it is too late.” (physiotherapist) [63, p. 11].

Older adults often clearly stated that frailty was something inevitable although it is malleable if the person tries to stay in good health: “Frailty is not something that you can prevent, you cannot do anything, it just happens when you get older.” (frail respondent) [61, p. 264]

Some others saw inactivity as a cause of becoming frail, therefore indicating activity as a means to prevent frailty:

“ . . . I see people they got married, got a garden in this complex and after that they are just sitting there all their life and doing absolutely nothing with their life..[. . .] You need to be active.”

(non-frail respondent) [61, p. 263]

Strategies to prevent or respond to frailty. Here we present examples coming from sixteen papers, of how people aim to keep frailty at a distance or control it, for example, using strategies and behaviour to help cope with conditions which cannot be changed in themselves, changing their relationship with their conditions, indicating resilience [9,37,41,42,44,48,50,51,52,59,60,63,64,66,69,73].

Strategies include adaptive coping such as optimisation, maintaining social connections, and psychological and physical strategies to prevent or manage frailty. In terms of use of care this could include referral to services, with an emphasis on preference for services that would enable them to maintain their independence and ‘keep frailty at a distance’ [51].

Older adults gave examples of the development of personal strategies and their aims for these strategies to become habitual and overcome factors that impeded their efforts: “live according to a certain rhythm. And then. . . I believe that, in due time, it will become automatic. . . Be consistent. It’s all about being consistent.” (frail older adult) [37, p. 165]

Some studies reported clear cases of adaptive responses and psychological resilience in frail older adults. In one study, even very frail older adults were able to execute control by making their own decisions about when to seek support:

“ . . . just thinking in a practical way about what I need. Something needs to be done, and I must try to do it. . . At a certain moment you make a sort of plan, and I should follow up on it.”

(85 year old woman) [37, p.163]

This adaptive coping illustrates older adults' capacity for self-care, maintenance of social roles, sometimes assuming new roles in connecting to others, illustrating continuous growth throughout life:

"Well, that's difficult for me [working in the garden] so I'm now training a whole lot of junior gardeners. You'll be surprised, I'm training Jackie and anybody that comes now who's not a gardener; I'm training a whole new generation, because you see I have to remember every day."

(older participant) [59, p. 1177]

Being frail was described as requiring the mobilisation of resources to create well-being [41], responding to the imbalance imposed by frailty with a compensatory approach, and still focusing on selected personally important goals:

"If you learn to accept things as they are, use the time that otherwise would be empty and listen to tapes, then you can go on learning until you die."

(frail older woman) [50, p. 52]

Mobilising resources also included the benefits of participation with other people and society:

"It's a matter of luck that I can still do so much, that my mind is still clear, that I can say something, that I can talk to them [caregivers]... I can chat with my children about the weather, about what's going on in the world... that's what I also talk about... I can take part in things, to a certain extent."

(96 year old participant) [37, p.165]

Adaptive responses can assume the form of affirming "health despite frailty" [42] with evidence of maintained perceived balance and resilience in the context of physical impacts:

"There is nothing really wrong with my health, but then I get all these ailments. I have fallen five times and broken my arms and my leg and got a hip replacement and broken pelvis and all my ribs, I've broken everything, in fact. So that's how I am, my bones are a chaos, but I have no health problems just now."

(frail elder) [44, p. 15]

Acceptance of new conditions and devices to cope with them was also key to coping and maintaining their everyday life as much as possible:

"To dare to get up and go over to the toilet bowl, to this handicapped chair, it is an important part of health for me: There is mobility. To be able to get up and go even if it is with a cane, it is mobility."

(67-year old participant) [41, p. 1517]

Indeed, maintaining one's routine was an explicit strategy to keep harmony and balance in everyday life:

"Health for me is that I feel well and I manage to do something I am used to doing. I have quite a routine situation, with no major changes... I try to be active, have mobility, and keep up as much as possible."

(82-year old participant) [41, p. 1517]

In contrast, breaking the routine can be a way of falling into inactivity and losing connections to life:

"I'd love to stay like this [in her chair where she felt most comfortable]—you've only got to start doing that. You see my friend; she started staying in the chair. And then it was staying in her dressing gown and she seemed to just drop away then; that I sort of think to myself 'no, you mustn't do it; you've really got to keep on'. So I suppose I will, I'll just keep on as long as I can."

(older participant) [9, p. 1429]

One study reported strategies used by older adults to resist organisational practices such as rationing care to those in crisis: *"I might refer to this as playing the frail old lady card. . . it's sort of reverse denial."* (frail older woman) [48, p. 220]. This strategy shows that the person knows how the system works and how she can obtain what she needs. In the face of health and social care systems which conserve their resources, this was a useful strategy.

Thus, keeping frailty at a distance means resisting the devastating impact frailty can have on one's sense of integrity and identity, the possibility to see continuity between the past and present self [44]. Maintaining routine [9] and everyday life in familiar surroundings [42] is emphasised by these frail people, and having connections with family [50] and with the external world contribute to preserving identity, while accepting the changing body and circumstances [44].

These findings demonstrate that compensations and new balances, and even continued growth, are possible in face of physical, social and psychological changes.

The capacity to care and person and family-centred service provision. Twentysix papers contributed to this theme [31–36,38–40,43,46,47,52–58,60,62,65,70–72,74]. This theme presents findings related to care providers' capacity to care, taking a patient-centred and family-centred approach to care. The significance of respectful relationships between carers and older adults, and between informal and formal carers, and their communication quality, were considered significant to care provision by different stakeholders. Some studies identified the roles of case managers or multidisciplinary teams as a way to overcome fragmentation or maintaining continuity of care [32,39,54,56,57].

A need for person- or family-centred approaches to care was a salient theme highlighted by the different stakeholder groups, who wanted to feel included in decision-making: *"I have felt redundant, that I cannot follow other people anymore, because I can't see. I feel that they talk between themselves and I become excluded"* (frail elder) [65, p. 7]. Person-centredness was also reflected in the adaptability of services and systems to the individual's needs, with findings that recipients of services found the inflexibility of services to be one reason why offers of support may be declined. More flexible use of respite care including shorter stays and enabling relatives to stay overnight was one example [40,46].

One recommendation for provision of family-centred care was to implement home visits that could foster the development of a partnership between care providers, caregivers and older adults, giving patients the opportunity to discuss their needs in a way that a home visit is more than just a health check or assessment, and focuses on what is needed to enable independence [33,71].

However, when different stakeholders' values were directly compared [38], there were still differences in perspectives regarding what constitutes care and what should be prioritised: frail older people prioritized autonomy and protection; family members prioritised safety, finances, and the value of living at home; and health professionals prioritised safety, autonomy and personal care. Older adults' focus on autonomy was also evident in studies examining decision-making in care. Many expressed a desire to be actively involved in decision-making with nurses acting as facilitators, following a person-centred model [69,70].

Tutton (2005) [70] found older adults' experiences of care were much more positive if they were able to develop a respectful relationship with care staff, if staff were friendly, gave them everyday choices, e.g. what to wear, where to sit, and provided care that was appropriate to their bodily abilities.

Time constraints were a reported threat to the implementation of family-centred services, though nurses were reluctant to use time as a valid excuse:

"Once in a while it is lack of time. Though I think it sounds a bit crude, too, to say that we haven't got time, but sometimes it is [...] no, not time: we are not geared to talk to them in that way."

(nurse) [56, p. 674].

This suggests that adopting a facilitator role and working collaboratively with older adults and family members to come to a joint decision does not fit with how they were trained to deliver care. Communicating in a more culturally sensitive and person-centred way [41,43], engaging in a 'moral dialogue' which focuses on what is meaningful to the individual [53], to create a care scenario that is sensitive to the individual's needs was described:

"A very good approach, because when we were talking the problems, . . . It gets us to narrow things down to talk about what's important."

(nurse) [55, p. 884].

Taking a person-centred approach also helps care providers to 'see' individuals instead of homogenizing older adults and treating them collectively as a "grey mass of pensioners" [65]. This was also evident in relation to the use of screening facilitating the change of frail people from invisible to visible and in need of support, in the perceptions of the clinicians: *"They are visible now. Before the programme we were not confronted with these patients. However, I am more aware of this type of patient now."* (GP) [36, p. 2266].

Power and choice. Eleven papers contributed to this theme [40,41,43,44,48,49,53,54,65,67,70]. Challenges faced by many older adults and care providers in the included studies were related to the diminished power they experienced in their relationships with services and the community. Frail older people reported that they felt de-personalized in several ways, and automatically judged as incompetent:

". . .when you are treated is if you've become a child again. It is hurting when they think that older people can't hear well and can't fill in forms. [...] Older persons are treated as children. You become incapacitated because you are older. That is unacceptable"

(frail older adult) [65, p. 7].

This stereotyped way of depicting the frail older person could result in neglecting personal resources and hampering actions or strategies older persons may be willing to take themselves:

“[...] then I asked my contact person [...] I said you have to make the call [...] otherwise they will not believe me. They believe [...] there are many people who will take us for persons with dementia just because we live here (resident of a former care home for the elderly who needs to contact a service because the doorbell has a weak signal)”

(frail older person) [43, p. 95].

The quality of the relationship between older adults and care providers is significant in maintaining older adults' sense of control over their decision-making, and, essentially, the sense of their personal value [54]. They described the encounter with health and social care as being largely concerned with the struggle for such control, and how this had implications for the frail older adults' satisfaction with care, but also for their self-esteem, with frustration being expressed when choices were made according to preferences and standpoints determined by other people or by the system of care.

“[...] unfortunately we cannot influence that, because they decide in their office [the home care service decides] under what conditions we are going out for a walk, and when we should, when they should shop.”

(frail older person) [43, p. 94]

Not being involved in decisions was perceived as even more threatening for the person's integrity, like not being respected:

“But I have a feeling that they are not listening [...] and they think that we are old and have no right to make decisions [...] really [...] [...] but maybe it doesn't have to do with the right to make decisions, this experience I have of being older. You do not get respect!”

(frail older person) [43, p. 94]

Some studies addressed the point of view of professionals in this potentially disempowering encounter with frail older people and found that staff's attitudes can result in them giving up taking even the smallest decisions:

“Yes, a lot of them have said, ‘Well, what do you want me to do now?’ or ‘You know better’, ‘If that's what you want dear.’ But to be honest I was quite happy to do what I want to do for them, but lately I've been trying to encourage them and one lady especially, she was saying, ‘Well, what am I going to do now?’ and I said, ‘Well what would you like to do?’ and she said, ‘Well, I've finished using the commode’ and then I said, ‘So, what do you want to do now?’ and she said ‘Well, I don't know, you have to tell me because I don't know what to do, you always tell me what to do, I'm not in the position to tell you what I have to do.’ And I think I was shocked with that conversation entirely.”

(nurse) [70, p. 146]

These findings illustrate the central importance of the issue of power. Frailty was seen as a condition challenging the possibility to go on living according to personal preferences and the person's sense of identity, in spite of frailty. The point was not being overwhelmed by difficulties, but also finding a way to constant growth and satisfaction, and this is possible when people can cope with the dramatic changes frailty causes.

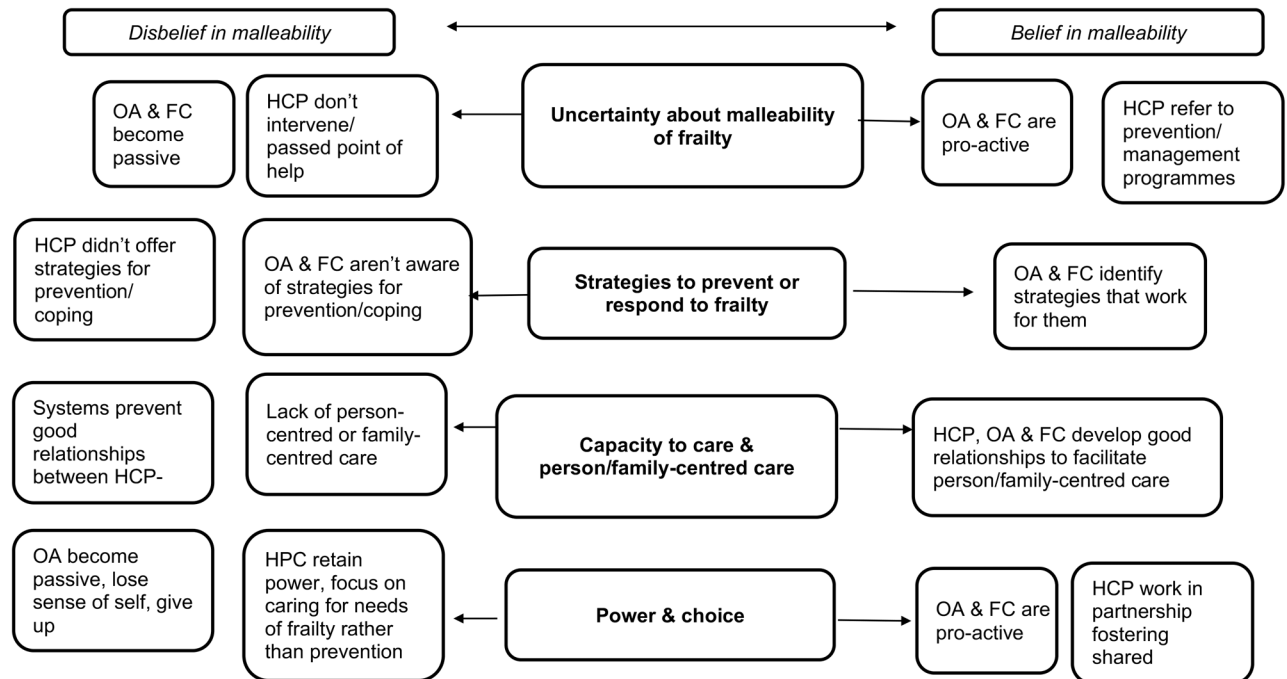


Fig 2. Model of frailty from different stakeholders' perspectives (HCP: health & care professionals; OA: older adults; FC: family carers).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180127.g002>

Discussion

This meta-synthesis included the points of view of different stakeholders: frail and non-frail older people, caregivers, and health and social care professionals. We generated four synthetic themes (third-order constructs) across them, depicted in our tentative model of frailty (Fig 2). *Uncertainty about the malleability of frailty* showed that becoming frail was not universally perceived as preventable and amenable to change across all stakeholders or at all stages. Reflecting on the synthesized findings, this theme represented a pivotal belief which then impacted on the nature of the remaining themes and determined different paths in the response to frailty. Thus, a belief or disbelief in the malleability of frailty took up a central position in the model. This *uncertainty about the malleability of frailty* represents an awareness of being in transition, drawing on the Third and Fourth Age dialectic, which finds older adults inhabiting a liminal space between dependence and independence, activity and passivity [75].

The theme of *Capacity to care* took a central position too. The potential vulnerability within this uncertainty demands flexible services and a belief in the malleability of frailty on behalf of health and social care professionals to deal with it. Nicholson et al. (2012) [9] say that "welfare provision separates people into either living or dying in order to determine care needs", using a binary classification which forces the significance of older people's experience of accumulated loss into an all-or-nothing scheme which precludes the development of individual routes toward coping and adjustment. This theme also revealed problems in current health and social care systems but also ideals about what different stakeholders believed constituted good care.

Communication, information, quality of relationships and, importantly, the perceived lack of these specific skills among health and social care providers were critical issues according to all stakeholders. Family carers wanted to be involved in the process and health and social care providers needed their involvement for services to be accessed. The role of the family, the

central resource it represents for the care and the quality of life of frail older people, was therefore recognised in the evidence base. Although initiatives exist [76], more work is required to meet the needs of families. For older adults and family caregivers to become pro-active, the system of care should foster belief in the malleability of frailty through the appreciation and use of individual and family coping strategies. In fact, under the area of malleable frailty there was the scope for identification of useful strategies which were largely offered by older adults and family caregivers rather than health and social care professionals. Older adults identified a number of strategies which worked for them and were appropriate to their level of ability, multiple conditions they may have, and their surroundings in terms of their home and local environment. The strategies mentioned by the frail older people were characterised by common utilisation of a “loss based selection” approach being used [77]. Baltes & Baltes’ definition of successful ageing is useful here: “the resilience of people who succeed in achieving a positive balance between gains and losses during aging . . . not just coping with decline, but they continue to actively develop themselves on numerous fronts.”

People’s response to losses, such as everyday functional abilities or mobility is what distinguished people who managed to maintain well-being, from those who did not. The Selective Optimisation and Compensation (SOC) model [78] suggests an approach for explaining the way individuals maximised their potential gains, minimised potential losses by adaptive selection of goals and optimised their route towards selected goals. Within the SOC model is the concept of acceptance, which was powerful in older adults’ accounts; older adults selected as targets the goals they perceived and accepted as changeable and focused on those in order to exert some control over their management of frailty.

The theme of *Power and choice* was connected to the previous ones in the way that the provision of person- and family-centred care places the person and family unit and their needs at the centre in order to generate care which respects personhood, fosters control on the condition, facilitate successful relationships between stakeholders, and enables older adults and their caregivers to engage in shared decision-making. This is in line with what we know about concordance [79]. Respect, equipoise, and accessible information are required for health and social care professionals, older adults, and their families to embark on a process of shared decision-making to develop a personalised care plan [80].

The third-order constructs generated in this synthesis point toward the need for a life-world-led care perspective [81]. Lifeworld-led care involves a humanising practice of care with participation of, in this case, older adults and their families. The foundation of lifeworld-led care is to take account of how everyday experiences, individuals’ values and the meanings they attach to their experiences, like becoming frail and receiving care, together with contextual factors such as the home and local environment, can be used to inform care. Qualitative research can play a crucial role in this, and this review has demonstrated several elements which could eventually contribute to it. For instance, interventions need to be explicitly at the family level because so many interventions depend on that informal support. Care should be holistic, grounded in the real context of older people and families, and built upon solid relationships between care providers and older adults/caregivers, and abilities to work together for common goals.

Strengths and limitations

In order to ensure methodological quality of our review, the searching and screening process was based on pre-specified criteria, and the assessment of methodological quality of each paper was made by pairs of independent reviewers. Disagreements between reviewers about inclusion were resolved through discussion. The use of quality appraisal tools did not entail

any paper exclusion. There are doubts about the meaning of quality appraisal in meta-synthesis, since it is based on methodological and formal aspects and can neglect the more insightful dimension of the paper [82]. This can be a serious problem, anyway we wanted to have an idea of how the included papers performed in face of some criteria.

The synthesis process was shared between team members and decisions about themes were discussed in order to demonstrate transparency between original studies and our synthesis of them.

However, we could not manage all difficulties. The study was restricted to literature existing in three electronic databases. Also, we chose to include only papers in the languages known by the group members, thus excluding papers that could have provided important insights. Connected to this, we acknowledge that the cultural representation of stakeholders in the reviewed studies was limited.

Publication bias could affect our results. It was shown that publication bias in qualitative research can cause a large number of studies presented in conference settings or other contexts remain in a drawer [83]. Looking for these reports and other grey literature could help address this bias. We limited our search to published papers given the high number retrieved. Although not including grey literature could be viewed as a limitation of this work, its inclusion would have made it unmanageable.

The reviewed studies were based on different epistemological models and different methodological designs, with their internal validity dependent on the framing adopted for the research. This necessarily raises the question of the possibility to gather them in a comprehensive synthesis. However, this difficulty is inherent to synthesis of qualitative (as well as quantitative) studies, which are all individually different [84]. To this regard, we agree with Finfgeld (2003) [85] who has argued that the combination of findings from multiple approaches can enhance the 'truth value' of the synthesis. Meta-ethnography is a widespread methodology employed to synthesise different and numerous studies, illustrating its suitability to a review data-set like this one [23,25].

Other points are related more to the limits of the included papers. We cannot rule out the possibility of selection biases in the included studies affecting the results of our review. The included studies also presented some methodological weaknesses. Few authors provided information about strategies used to control bias of subjectivity and discussion about saturation of data was frequently omitted. The impact of taking part in the research on the participants was only rarely considered, although some acknowledged that the process itself had useful outcomes [56].

Moreover, the definition of frailty used to select participants was not universally given, and among those who did there was huge variation—from use of a full geriatric assessment, use of a frailty phenotype, to selecting people who received support from a local service or who had been admitted to hospital on more than one occasion in a set period. Nevertheless, this should not have an impact on the findings given that our aim was to examine understandings, attitudes and values towards frailty and interventions and care for frailty.

Conclusion

If we want frailty to be approached as a malleable and preventable condition, a bottom-up approach is needed. Not only should the real needs of frail older people and carers be listened to, but also the tools themselves through which frailty can be managed should come from their own context and resources. This lifeworld-led care paradigm means involvement of the person and family in identification of needs and intervention, enhancement of useful coping strategies, and addressing of the negative ones. The absence of qualitative studies involving psychologists suggests that future research is needed to address their point of view about their

own role in support of prevention and intervention. Although several papers addressed the importance of the relationship in the process of care and in the person-centred approach, health and social professionals still need to understand the meaning of building relationship in the context of care. This should be addressed in qualitative research to be better approached in health and education settings.

Qualitative research can prompt awareness in professionals, about their behaviour and how the system influences attitudes and choices. None of the papers included in this review had addressed policy makers' views of pre-frailty and frailty. An important contribution to the discussion about implementation of real and systematic actions for early detection of frailty and prevention of its progression is missing and represents a need for further research.

Supporting information

S1 Text. Search strategy.

(DOCX)

S2 Text. CASP-qualitative-research-checklist.

(PDF)

S1 Table. Table of characteristics of included studies.

(DOCX)

S2 Table. PRISMA 2009 checklist.

(DOC)

S3 Table. Table of summary of findings and conclusions from included studies.

(DOCX)

Acknowledgments

We acknowledge Roberto Nuevo for assistance in the screening phase.

Author Contributions

Conceptualization: BD RS CH.

Data curation: BD RS.

Formal analysis: BD RS CH.

Investigation: BD RS CH DK MB SR EB-C JA.

Methodology: BD CH RS.

Project administration: BD CH RS.

Supervision: BD RS CH.

Visualization: BD RS.

Writing – original draft: BD RS CH.

Writing – review & editing: BD RS CH.

References

1. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert M.O., & Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013; 381: 752–62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9) PMID: 23395245

2. Lang PO, Michel JP, Zekry D. Frailty syndrome: a transitional state in a dynamic process. *Gerontology* 2009; 55: 539–549. <https://doi.org/10.1159/000211949> PMID: 19346741
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology Medical Sciences* 2001; 56(3): M146–M156.
4. Rockwood K, Mitnitski A. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 2007; 62: 722–7.
5. Buckinx F, Rolland Y, Reginster JY, Ricour C, Petermans J, Bruyère O. Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge. *Archives of Public Health* 2015; 73(1): 1.
6. Cesari M, Nobili A, Vitale G. Frailty and sarcopenia: From theory to clinical implementation and public health relevance. *European Journal of Internal Medicine* 2016; 35: 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.07.021> PMID: 27491586
7. Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, Vollenbroek-Hutten M, Germini F, Holland C. Predicting risk and outcomes for frail older adults: an umbrella review of available frailty screening tools. *JBI Database System Rev Implement Rep.* (2017). *JBI database of systematic reviews and implementation reports* 2017; 15(4): 1154–1208. <https://doi.org/10.11124/JBISRIIR-2016-003018> PMID: 28398987
8. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *Journal American Geriatric Society* 2012; 60(8): 1487–92.
9. Nicholson C, Meyer J, Flatley M, Holman C, Lowton K. Living on the margin: understanding the experience of living and dying with frailty in old age. *SSM* 2012; 75(8): 1426–32. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.06.011> PMID: 22800918
10. Grenier A. *Transitions and the lifecourse: contested models of 'growing old'*. Policy Press; 2012.
11. Hoogendijk EO, Suanet B, Dent E, Deeg DJH, Aartsen MJ. Adverse effects of frailty on social functioning in older adults: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Maturitas* 2016; 83: 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.09.002> PMID: 26428078
12. Morley JE. Frailty: A time for action. *European Geriatric Medicine* 2013; 4(4): 215–6 <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2013.08.006>
13. Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal Integrated Care* 2004; 4: e10. PMID: 16773149
14. Young HM. Challenges and solutions for care of frail older adults. *Online Journal Issues in Nursing* 2003; 8(2): 5.
15. Littlechild R, Glasby J, editors. *Older people as participating patients. User Involvement and Participation in Social Care.* London: Jessica Kingsley; 2000.
16. Shaw RL, Holland C, Pattison HM, Cooke R. Patients' perceptions and experiences of cardiovascular disease and diabetes prevention programmes: a systematic review and framework synthesis using the Theoretical Domains Framework. *SSM* 2016; 156: 192–203. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.015> PMID: 27043372
17. Walker R, Johns J, Halliday D. How older people cope with frailty within the context of transition care in Australia: implications for improving service delivery. *Health and Social Care in the Community* 2015; 23(2): 216–24. <https://doi.org/10.1111/hsc.12142> PMID: 25427647
18. Nicholas E. An outcomes focus in carer assessment and review: value and challenge. *British Journal of Social Work* 2003; 33(1): 31–47.
19. Holland CA, Cooper Y, Shaw RC, Pattison H, Cooke R. Effectiveness and uptake of screening programmes for coronary heart disease and diabetes: A realist review of design components used in interventions. *BMJ Open* 2013; 3: e003428 <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003428> PMID: 24202056
20. Shaw RL, Pattison HM, Holland CA, Cooke R. Be SMART: examining the experience of implementing the NHS Health Check in UK primary care. *BMC Family Practice* 2015; 16(1): 1.
21. Shaw R, Larkin M, Flowers P. Expanding the evidence within evidence-based healthcare: thinking about the context, acceptability and feasibility of interventions. *Evidence based Medicine* 2014; 19: 201–203. <https://doi.org/10.1136/eb-2014-101791> PMID: 24799447
22. Campbell R, Pound P, Morgan M, Daker-White G, Britten N, Pill R, et al. Evaluating meta-ethnography: systematic analysis and synthesis of qualitative research. *Health Technology Assessment* 2011; 15 (43).
23. Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones DR, Young B, Sutton AJ. Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *Journal of Health Services Research* 2005; 10(1): 45–53.
24. Williams TL, Shaw RL. Synthesizing qualitative research. In: Smith B, Sparkes AC, editors. *Routledge Handbook of Qualitative Research in Sport and Exercise.* London: Routledge; 2016.

25. Toye F, Seers K, Allcock N, Briggs M, Carr E, Barker K. Meta-ethnography 25 years on: challenges and insights for synthesising a large number of qualitative studies. *Medical Research Methodology* 2014; 14: 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-80> PMID: 24951054
26. Bennion AE, Shaw RL, Gibson JM. What do we know about the experience of age-related macular degeneration? A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *SSM* 2012; 75: 976–85.
27. Noblit GW, Hare RD. *Meta-ethnography: synthesising qualitative studies*. Newbury Park California: Sage; 1988.
28. Cano A, Kurpas D, Bujnowska-Fedak M, Santana S, Holland C, Marcucci M, Gonzalez-Segura A, Volenbroek-Hutten M, D'Avanzo B., Nobili A, Apostolo J, Bobrowicz-Campos E, Martinez-Arroyo A. FOCUS: Frailty Management Optimisation through EIPAHA Commitments and Utilisation of Stakeholders' Input—an innovative European Project in elderly care. *Family Medicine & Primary Care Review* 2016; 18: 373–376.
29. Gwyther H, Cooke R, Shaw R, Marcucci M, Cano A, Holland C. Perceptions and experiences of frailty interventions: quantitative and qualitative results from a survey of partners within the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP-AHA). *Ageing and Society* 2017, 1–25.
30. Froud R, Patterson S, Eldridge S, Seale C, Pincus T, Rajendran D et al. A systematic review and meta-synthesis of the impact of low back pain on people's lives. *BMC musculoskeletal disorders* 2014; 15 (1):1.
31. Ayalon L, Kaniel M, Rosenberg L. Social workers' perspectives on care arrangements between vulnerable elders and foreign home care workers: lessons from Israeli/Filipino caregiving arrangements. *Home Health Care Services Quarterly* 2008; 27(2): 121–142. <https://doi.org/10.1080/01621420802022563> PMID: 18928208
32. Baillie L, Gallini A, Corser R, Elworthy G, Scotcher A, Barrand A. Care transitions for frail, older people from acute hospital wards within an integrated healthcare system in England: a qualitative case study. *International Journal of Integrated Care* 2014; 14(1): e009. <https://doi.org/10.5334/ijic.1175>
33. Bindels J, Cox K, Widdershoven G, van Schayck OC, Abma TA. Care for community-dwelling frail older people: a practice nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing* 2014; 23(15–16): 2313–2322. <https://doi.org/10.1111/jocn.12513> PMID: 24354508
34. Bindels J, Cox K, De La Haye J, Mevissen G, Heijing S, van Schayck OC et al. Losing connections and receiving support to reconnect: experiences of frail older people within care programmes implemented in primary care settings. *International Journal of Older People Nursing* 2015; 10(3): 179–189. <https://doi.org/10.1111/opn.12066> PMID: 25219530
35. Blanton PW. Family caregiving to frail elders: Experiences of young adult grandchildren as auxiliary caregivers. *Journal of Intergenerational Relationships* 2013; 11(1): 18–31. <https://doi.org/10.1080/15350770.2013.755076>
36. Bleijenberg N, Ten Dam VH, Steunenbergh B, Drubbel I, Numans ME, De Wit NJ, et al. Exploring the expectations, needs and experiences of general practitioners and nurses towards a proactive and structured care programme for frail older patients: a mixed-methods study. *Journal of Advanced Nursing* 2013; 69(10): 2262–2273. <https://doi.org/10.1111/jan.12110> PMID: 23461433
37. Claassens L, Widdershoven GA, Van Rhijn SC, Van Nes F, Broese van Groenou MI, Deeg DJ, et al. Perceived control in health care: a conceptual model based on experiences of frail older adults. *Journal of Aging Studies* 2014; 31: 159–170. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.09.008> PMID: 25456633
38. Denson LA, Winefield HR, Beilby JJ. Discharge-planning for long-term care needs: the values and priorities of older people, their younger relatives and health professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2013; 27(1):3–12. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00987.x> PMID: 22497666
39. Dick K, Frazier SC. An exploration of nurse practitioner care to homebound frail elders. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners* 2006; 18(7): 325–334. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2006.00140.x> PMID: 16827838
40. Donlan WT. The meaning of community-based care for frail Mexican American elders. *International Social Work* 2011; 54(3): 388–403. <https://doi.org/10.1177/0020872810396258>
41. Ebrahimi Z, Wilhelmson K, Moore CD, Jakobsson A. Frail elders' experiences with and perceptions of health. *Qualitative Health Research* 2012; 22(11): 1513–1523. <https://doi.org/10.1177/1049732312457246> PMID: 22910589
42. Ebrahimi Z, Wilhelmson K, Eklund K, Moore CD, Jakobsson A. Health despite frailty: exploring influences on frail older adults' experiences of health. *Geriatric Nursing* 2013; 34(4): 289–294. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.04.008> PMID: 23669314
43. Ekelund C, Mårtensson L, Eklund K. Self-determination among frail older persons—a desirable goal older persons' conceptions of self-determination. *Quality in Ageing & Older Adults* 2014; 15(2): 90–101. <https://doi.org/10.1108/QAOA-06-2013-0015>

44. Ekwall A, Hallberg I R, Kristensson J. Compensating, controlling, resigning and accepting-older person's perception of physical decline. *Current Aging Science* 2012; 5(1): 13–8. <https://doi.org/10.2174/1874609811205010013> PMID: 21762094
45. Faes MC, Reelick MF, Joosten-Weyn Banningh LW, Gie Md, Esselink RA, Olde Rikkert MG. Qualitative study on the impact of falling in frail older persons and family caregivers: foundations for an intervention to prevent falls. *Aging & Mental Health* 2010; 14(7): 834–42. <https://doi.org/10.1080/13607861003781825> PMID: 20635232
46. Fjelltun AS, Henriksen N, Norberg A, Gilje F, Normann HK. Carers' experiences with overnight respite care. A qualitative study. *Nordic Journal of Nursing Research* 2009; 29(3): 23–7. <https://doi.org/10.1177/010740830902900306>
47. Fjelltun AM, Henriksen N, Norberg A, Gilje F, Normann HK. Nurses' and carers' appraisals of workload in care of frail elderly awaiting nursing home placement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2009; 23(1): 57–66. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00590.x> PMID: 19068043
48. Grenier A, Hanley J. Older women and 'frailty'—Aged, gendered and embodied resistance. *Current Sociology* 2007; 55(2): 211–28. <https://doi.org/10.1177/0011392107073303>
49. Gustafsson S, Edberg A-K, Dahlin-Ivanoff S. Swedish health care professionals' view of frailty in older persons. *Journal of Applied Gerontology* 2012; 31(5): 622–40. <https://doi.org/10.1177/0733464810396874>
50. Hjaltadóttir I, Gústafsdóttir M. Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2007; 21(1): 48–55. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00434.x> PMID: 17428214
51. Hörder HM, Frändin K, Larsson MEH. Self-respect through ability to keep fear of frailty at a distance: successful ageing from the perspective of community-dwelling older people. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2013; 8: 20194. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20194> PMID: 23511089
52. Kita M, Ito K. The caregiving process of the family unit caring for a frail older family member at home: a grounded theory study. *International Journal of Older People Nursing* 2013; 8(2): 149–58. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00337.x> PMID: 22823506
53. Koenig TL. From the woman's viewpoint: Ethical dilemmas confronted by women as informal caregivers of frail elders. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services* 2004; 85: 236–42. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.319>
54. Kristensson J, Hallberg IR, Ekwall AK. Frail older adult's experiences of receiving health care and social services. *Journal of Gerontological Nursing* 2010; 36(10): 20–8. <https://doi.org/10.3928/00989134-20100330-08> PMID: 20438010
55. Levesque L, Ducharme F, Caron C, Hanson E, Magnusson L, Nolan J, et al. A partnership approach to service needs assessment with family caregivers of an aging relative living at home: a qualitative analysis of the experiences of caregivers and practitioners. *International Journal of Nursing Studies* 2010; 47(7): 876–87. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.006> PMID: 20189565
56. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 2008; 45(5): 668–81. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.010> PMID: 17362957
57. McGeorge SJ. Unravelling the differences between complexity and frailty in old age: findings from a constructivist grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2011; 18(1): 67–73. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01630.x> PMID: 21214686
58. Modig S, Kristensson J, Troein M, Brorsson A, Midlöv P. Frail elderly patients' experiences of information on medication. A qualitative study. *BMC Geriatrics* 2012; 12:46. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-46> PMID: 22909093
59. Nicholson C, Meyer J, Flatley M, Holman C. The experience of living at home with frailty in old age: a psychosocial qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 2013; 50(9): 1172–9. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.01.006> PMID: 22307022
60. Puts MT, Shekary N, Widdershoven G, Heldens J, Lips P, Deeg DJH. What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands? *Quality of Life Research* 2007; 16(2): 263–77. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-9121-0> PMID: 17033894
61. Puts MTE, Shekary N, Widdershoven G, Heldens J, Deeg DJH. The meaning of frailty according to Dutch older frail and non-frail persons. *Journal of Aging Studies* 2009; 23(4): 258–66. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2008.03.002>
62. Robben S, van Kempen J, Heinen M, Zuidema S, Olde Rikkert M, Schers H, et al. Preferences for receiving information among frail older adults and their informal caregivers: a qualitative study. *Family Practice* 2012; 29(6): 742–747. <https://doi.org/10.1093/fampra/cms033> PMID: 22532402

63. Roland KP, Theou O, Jakobi JM, Swan L, Jones GR. Exploring frailty: community physical and occupational therapists' perspectives. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 2011; 29(4): 270–86. <https://doi.org/10.3109/02703181.2011.616986>
64. Rush KL, Watts WE, Stanbury J. Older adults' perceptions of weakness and ageing. *International Journal of Older People Nursing* 2013; 8(1): 1–9. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00280.x> PMID: 21714851
65. Sarvimäki A, Stenbock-Hult B. The meaning of vulnerability to older persons. *Nursing Ethics* 2014. <https://doi.org/10.1177/0969733014564908> PMID: 25552588
66. Skymne C, Dahlin-Ivanoff S, Claesson L, Eklund K. Getting used to assistive devices: ambivalent experiences by frail elderly persons. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2012; 19(2): 194–203. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.569757> PMID: 21534712
67. Stockwell-Smith G, Kellett U, Moyle W. Why carers of frail older people are not using available respite services: an Australian study. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19(13–14): 2057–64. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03139.x> PMID: 20920032
68. Teixeira IN. Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso [The perception of health professionals of two definitions of frailty in elderly people]. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(4): 1181–8. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400014>
69. Themessl-Huber M, Hubbard G, Munro P. Frail older people's experiences and use of health and social care services. *Journal of Nursing Management* 2007; 15(2): 222–9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00726.x> PMID: 17352706
70. Tutton EM. Patient participation on a ward for frail older people. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50(2): 143–52. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03373.x> PMID: 15788078
71. van Kempen JA, Robben SH, Zuidema SU, Olde Rikkert MG, Melis R J, Schers HJ. Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. *The British Journal of General Practice* 2012; 62(601): e554–e560. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X653606> PMID: 22867679
72. Walker R, Johns J, Halliday D. How older people cope with frailty within the context of transition care in Australia: implications for improving service delivery. *Health & Social Care in the Community* 2015; 23(2): 216–224. <https://doi.org/10.1111/hsc.12142> PMID: 25427647
73. Wallin M, Talvitie U, Cattan M, Karppi S-L. Physiotherapists' accounts of their clients in geriatric inpatient rehabilitation. *Scand J Caring Sci* 2008; 22(4): 543–550. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00569.x> PMID: 19068048
74. Zidén L, Wenestam CG, Hansson-Scherman M. A life-breaking event: early experiences of the consequences of a hip fracture for elderly people. *Clinical Rehabilitation* 2008; 22(9): 801–811. <https://doi.org/10.1177/0269215508090204> PMID: 18728133
75. West K, Shaw R, Hagger B, Holland C. Enjoying the third age! Discourse, identity and liminality in extra-care communities. *Ageing & Society* 2016; <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000556>
76. The King's Fund. Patient and Family-Centred Care Toolkit. Retrieved April 11th, 2016, from <http://www.kingsfund.org.uk/projects/pfcc>.
77. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM editors. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press; 1990. p. 1–34.
78. Baltes PB. On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist* 1997; 52: 366–80. PMID: 9109347
79. Horne R, Weinman J, Barber N, Elliott R, Morgan M. Concordance, adherence and compliance in medicine taking: Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO). Retrieved July 31, 2015, from http://www.nets.nihr.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0009/64494/FR-08-1412-076.pdf 2005
80. Borg Xuereb C, Shaw RL, Lane D. Patients' and physicians' experiences of atrial fibrillation consultations and anticoagulation decision-making: a multi-perspective IPA design. *Psychology & Health* 2016; 31(4): 436–55.
81. Todres L, Galvin K, Dahlberg K. Lifeworld-led healthcare: revisiting a humanising philosophy that integrates emerging trends. *Medicine, Healthcare and Philosophy* 2007; 10: 53–63. <https://doi.org/10.1007/s11019-006-9012-8> PMID: 16847724
82. Toye F, Seers K, Allcock N, Briggs M, Carr E, Andrews J, et al. A meta-ethnography of patients' experience of chronic non-malignant musculoskeletal pain. *Health Serv Deliv Res* 2013; 1(12).
83. Petticrew M, Egan M, Thomson H, Hamilton V, Kunkler R, Roberts H. Publication bias in qualitative research: what becomes of qualitative research presented at conferences? *Journal of*

epidemiology and community health 2008; 62: 552–554. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.059394>
PMID: [18477755](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18477755/)

84. Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Qualitative meta-synthesis: issues and techniques. *Research in Nursing and Health* 1997; 20: 365–371. PMID: [9256882](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9256882/)
85. Fingeld DL. Meta-synthesis: the state of the art-so far. *Qualitative Health Research* 2003; 13: 893e904.

© 2017 D'Avanzo et al. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License:

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> (the "License"), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. Notwithstanding the ProQuest Terms and Conditions, you may use this content in accordance with the terms of the License.

ANEXO X – Projeto: *Capacitar = Mais Saúde*



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM

7º CURSO Mestrado em Enfermagem Comunitária

8º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária

PROJETO DE ESTÁGIO

Autor:

Inês Santos Frazão

Santarém, março 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM

7º CURSO Mestrado em Enfermagem Comunitária

8º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária

Unidade Curricular – Estágio II e Relatório

PROJETO DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

“Capacitar = Mais Saúde”

Autora:

Inês Santos Frazão nº 090433012

Professora Orientadora:

Prof.ª Alcinda Reis

Enfermeira Cooperante:

Enf.ª Luísa Nabo Martins

Santarém, março 2019

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACO – Anticoagulação

ARSLVT – Administração Regional Lisboa e Vale do Tejo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CM – Câmara Municipal

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

Enf.^a – Enfermeira

ESSS – Escola Superior Saúde Santarém

HS – Hospital de Santarém

INE – Instituto Nacional de Estatística

INR – International Normalized Ratio

IP – Instituto Público

Km – quilómetro

MGF – Medicina Geral e Familiar

MIM@UF – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

Prof.^a – Professora

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados da Comunidade

UF – Unidade Funcional

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USP – Unidade de Saúde Pública

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1 – CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE	7
1.1– CARATERIZAÇÃO GEOGRÁFICA, DE RECURSOS DISPONÍVEIS E POPULACIONAL DO CONCELHO DA GOLEGÃ	7
1.2 – USF CAMPUSAÚDE	10
1.2.1 – Caraterização dos profissionais da USF CampuSaúde	10
1.2.2 – Caracterização física e organizacional.....	10
1.2.3 – Caracterização populacional das pessoas inscritos e suas famílias	12
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
2.1 – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....	13
2.2 – A PESSOA COM HIPOCOAGULAÇÃO E A SUA FAMÍLIA.....	15
3 – USF CAMPUSAÚDE – UM CONTEXTO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	18
3.1 – A PESSOA COM HIPOCOAGULAÇÃO E A SUA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA USF CAMPUSAÚDE	19
4 – PROJETO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA – “CAPACITAR = MAIS SAÚDE”.....	20
4.1 – ENQUADRAMENTO DO PROJETO.....	20
4.2.1 – Diagnóstico de enfermagem comunitária	21
5 – PLANO DE ATIVIDADES	24
6 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	29
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
8 – BIBLIOGRAFIA	31

INTRODUÇÃO

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e do 8ª Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), integrado na unidade curricular, Estágio II e relatório, realizado no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lezíria, mais concretamente na Unidade de Saúde Familiar (USF) CampuSaúde, a decorrer no período de 4 de março a 12 de julho de 2019, foi proposto a elaboração do presente projeto.

Os cuidados de saúde primários (CSP) são o pilar fundamental do Serviço Nacional de Saúde (SNS), uma vez que são primeiro nível de contacto das pessoas, famílias e comunidades com o sistema de saúde. A promoção da saúde, a prevenção da doença e os cuidados de saúde, bem como a ligação e articulação com os outros níveis do sistema, que garantem a continuidade dos cuidados, fazem com que os CSP se revistam como elemento chave na obtenção da saúde para todos.

Face ao exposto, é essencial que se identifiquem problemas, fatores determinantes e necessidades de saúde para que as abordagens a delinear sejam as mais adequadas possíveis, o que envolve mais do que apenas dar resposta à procura dos cuidados de saúde, uma vez que engloba o planejar. Pretende-se assim promover a literacia em saúde e as capacidades inerentes à mesma.

Neste contexto, importa referir que a temática a ser desenvolvida ao longo deste percurso está relacionada com a comunidade: pessoas com hipocoagulação abrangidas pela consulta de hipocoagulação da USF CampuSaúde. O Projeto de Intervenção Comunitária cujo título é *Capacitar = Mais Saúde*, pretende, a nível da promoção da saúde, capacitar para a tomada de decisão de forma a manter os níveis terapêuticos seguros, ou seja, o International Normalized Ratio (INR) dentro do intervalo terapêutico. Para tal, é necessário delinear-se estratégias que contribuirão para melhorar a capacitação da pessoa com hipocoagulação e sua família no que diz respeito às interferências do regime alimentar e medicamentoso concomitante, visando ganhos em saúde.

Este projeto revela uma atividade que decorrerá num período temporal bem delimitado e que pretende obter um resultado específico (Nunes, 2016). O mesmo é a expressão de uma necessidade, a que se pretende dar resposta (Guerra, 2002), em que o enfermeiro especialista em

enfermagem comunitária e saúde pública, ao desenvolver uma prática centrada na comunidade, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Para além disso tem uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades das pessoas/famílias/comunidades, proporcionando ganhos efetivos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O presente projeto de intervenção comunitária pretende ser um instrumento orientador e uma matriz de acompanhamento operacional, que avalie a cada instante o trajeto percorrido, com um carácter flexível e também ele passível de sofrer alteração.

Este estágio tem como principais objetivos:

- Analisar os processos de saúde/ doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias em enfermagem comunitária numa perspetiva transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

Pretende-se atingir, de acordo com o Regulamento nº 428/2018, competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, sendo que se destacam:

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

Em termos estruturais o presente projeto é composto pela caracterização da comunidade, por uma parte conceptual, onde serão abordados os conceitos teóricos imprescindíveis para a compreensão da temática, seguindo-se o diagnóstico de enfermagem comunitária do estudo e a justificação do tema, com a respetiva denominação do projeto. Posteriormente é apresentado o plano operacional das atividades a desenvolver, com os objetivos da intervenção, as estratégias a adotar, os intervenientes e os indicadores de avaliação com um horizonte temporal de 5 meses. Por último, tecem-se as considerações finais.

1 – CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE

Como ponto de partida, e tendo em conta que o contexto de prestação de cuidados é determinante para o desenvolvimento e alcance dos objetivos preconizados e inicialmente propostos para a realização do presente estágio, será inicialmente feita uma abordagem sumária à caracterização geográfica, populacional e de recursos existentes do Concelho da Golegã. Por último, apresenta-se uma breve caracterização da USF CampuSaúde, a nível dos profissionais que a integram, da sua estrutura física e organizacional, bem como da população.

1.1– CARATERIZAÇÃO GEOGRÁFICA, DE RECURSOS DISPONÍVEIS E POPULACIONAL DO CONCELHO DA GOLEGÃ

O concelho da Golegã está localizado na margem direita do rio Tejo, no extremo norte da Lezíria, sendo limitado a nordeste pelo município de Vila Nova da Barquinha, a leste e sueste pela Chamusca, a oeste por Santarém e a noroeste por Torres Novas e pelo Entroncamento.

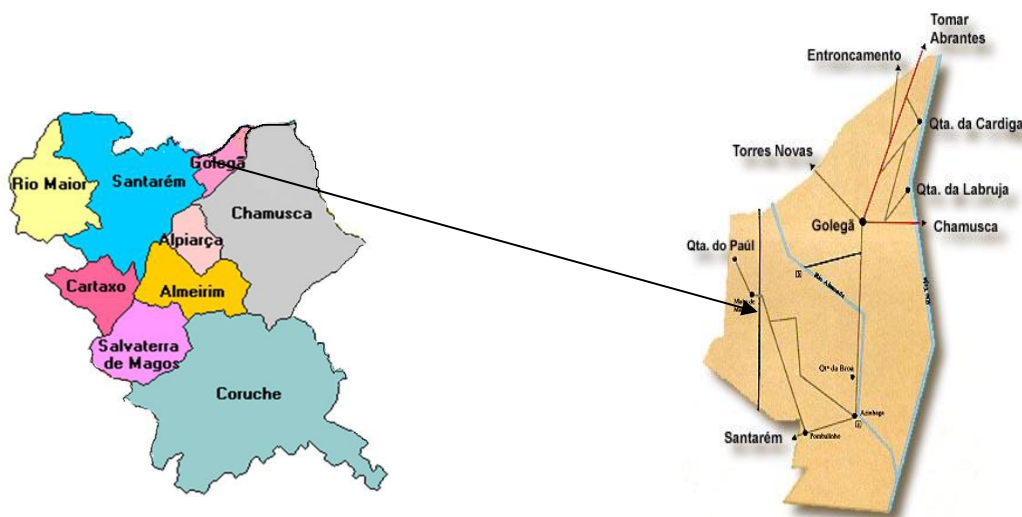


Figura n.º 1 – Localização e área geográfica

A Golegã é uma vila concelhia do distrito de Santarém, possui uma área de 85 km², e é constituída, por três freguesias: Golegã, Azinhaga (localizada a 7 km de distância) e o Pombalinho (localizada a 10 Km de distância).

Os recursos ao dispor da comunidade da Golegã podem ser divididos em vários setores, nomeadamente: recursos de saneamento básico, saúde, educação, social, desporto, lazer, cultura e transportes.

No que concerne aos recursos de saneamento básico, é de referir que a distribuição pública de água, abrange mais de 95% da população do concelho, bem como a drenagem de água e o tratamento de águas residuais, esgotos e eletricidade. Relativamente aos resíduos sólidos urbanos produzidos no concelho são da responsabilidade da Câmara Municipal (CM), sendo efetuada a recolha diariamente.

A nível da saúde, nas situações de urgência a população recorre ao Centro Hospitalar do Médio Tejo (Hospital Rainha Santa Isabel, em Torres Novas; Hospital Manuel Constâncio, em Abrantes; e Hospital Nossa Senhora da Graça, em Tomar), bem como ao Hospital de Santarém (HS). A nível dos CSP a população recorre à USF CampusSaúde da Golegã, unidade que está integrada no ACES Lezíria.

No que diz respeito às intervenções integradas de saúde e apoio social que visam a recuperação global, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa dependente, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, são asseguradas pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) através da UCC Chamusca/Golegã, sediada no concelho da Chamusca.

Quanto aos recursos em educação, o concelho dispõe do Agrupamento Vertical de Escolas da Golegã, Azinhaga e Pombalinho, onde as crianças e jovens, podem usufruir da sua educação desde o pré-escolar até ao ensino secundário. Existe ainda, o Jardim de Infância da Golegã/Centro Social Paroquial, que desenvolve a sua atividade desde o berçário até ao ensino pré-escolar e atividade de tempos livres às crianças em idade escolar.

No que concerne aos recursos sociais, no concelho da Golegã existem várias instituições sociais dispersas pelas freguesias. O concelho dispõe de:

- Santa Casa da Misericórdia da Golegã com várias valências (Centro de dia, Apoio domiciliário, Residências, Centro de Apoio Temporário de Emergência para Idosos, Centro de Férias, Centro de Convívio, Universidade Sénior);
- Santa Casa da Misericórdia da Azinhaga (Centro de dia e apoio domiciliário);
- Casa do Povo do Pombalinho (Centro de dia e Apoio domiciliário);
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ);

Relativamente ao desporto, lazer e cultura, a Golegã revela-se atualmente como um dos concelhos com uma grande energia nestas áreas. Dispõe de vários equipamentos para a

recreação, desporto e lazer, como bibliotecas parques naturais e ornitológicos, centros desportivos, conservatório de música, piscinas, complexos desportivos, para promoção do exercício físico. Repletos de história e de memórias, os espaços museológicos do concelho convidam a recuar no tempo e a experienciar momentos únicos, como é o caso do Museu da fotografia de Carlos Relvas e Equuspolis. Para além disso, também os vários monumentos e igrejas testemunham o passado histórico do Concelho.

Ainda no que diz respeito à cultura, importa mencionara a Feira Nacional do Cavalo/ Feira Internacional do Cavalo Lusitano/Feira de São Martinho, que se realiza em novembro, bem como a Expoégua, Salão do Vinho, do Vinagre e do Azeite, Mostra de Gastronomia Ribatejana, que se realizam em maio.

A respeito cultural, é ainda de realçar a existência de:

- Rancho dos Campinos de Azinhaga
- Rancho Folclórico da Golegã
- Azinhaga Atlético Clube
- Associação Cultural Cantar Nosso - Golegã
- Núcleo Sportinguista da Golegã
- Casa do Benfica da Golegã

Quanto aos transportes, a Golegã, dista a 7 km da auto-estrada A23 e a 20 km da auto-estrada A1.

No que diz respeito à ligação por via ferroviária, esta faz-se através de três estações de Caminho-de-ferro que estão situadas na linha do Norte:

- Riachos/ Torres Novas/ Golegã situada a cerca de 7 km da Golegã;
- Estação de Entroncamento, situada igualmente a 7 km;
- Estação de Mato de Miranda, a 2Km de Azinhaga e Pombalinho.

O concelho da Golegã dispõe de uma rede rodoviária que assegura as ligações entre as freguesias e os concelhos vizinhos. Dispõe de transporte público gratuito, através de um mini-autocarro, que faz a ligação entre as povoações do município, com três circuitos diários (dois de manhã e um à tarde), serviço que é assegurado pela CM da Golegã, e que permite grande acessibilidade a todos os serviços existentes do concelho.

No que diz respeito à população residente no concelho é de 5913 habitantes, distribuída pelas freguesias do seguinte modo (INE, 2011):

- Golegã – 3845
- Azinhaga – 1620
- Pombalinho – 448

O concelho da Golegã é um concelho envelhecido, apresentando um índice de envelhecimento de 187,3 em 2011, sendo que em Portugal é de 129,6 (INE, PORDATA, 2011). Atualmente é de 200.

1.2 – USF CAMPUSAÚDE

A USF CampuSaúde deu início à sua atividade em 14/12/2010. O edifício está localizado no centro da vila, sendo um edifício com boa acessibilidade.

A USF dirige a sua atividade para toda a população do concelho, bem como a outras pessoas que, mesmo não sendo residentes no mesmo, demonstraram vontade em inscrever-se na USF CampuSaúde ou manter a sua inscrição quando foram residir para outro concelho. Atualmente não estão a ser aceites inscrições na USF por motivo de número de pessoas inscritas/unidades ponderadas em cada ficheiro médico ser superior ao legislado. Por outro lado, também o número de famílias abrangidas pela USF CampuSaúde é superior ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ordem dos enfermeiros (OE) por enfermeiro de família.

1.2.1 – Caracterização dos profissionais da USF CampuSaúde

No que diz respeito aos profissionais da USF CampuSaúde, é de mencionar que esta integra 11 profissionais efetivos à unidade (3 médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF), 4 enfermeiros, 4 assistentes técnicos). Para além destes recursos importa referir que, atualmente, está a integrar a unidade uma médica interna da especialidade de MGF. Para o seu normal funcionamento colaboram 3 assistente operacionais do ACES Lezíria.

1.2.2 – Caracterização física e organizacional

O edifício da USF CampuSaúde foi inaugurado em junho 2013, localiza-se no centro da vila da Golegã, num edifício construído para o efeito, e encontrando-se em bom estado de conservação. Este edifício, apesar de estar situado a cerca de mil metros do edifício anterior, apresenta excelente acessibilidade para a população. É um edifício de rés-de-chão e tem facilidade de acesso para pessoas com mobilidade reduzida. Existe um parque de estacionamento amplo, com passeios envolventes e existe sinalética exterior a indicar a sua localização, bem como o horário de funcionamento.

A USF CampuSaúde tem 4 gabinetes enfermagem, 5 gabinetes médicos, 2 gabinetes (um destinado ao técnico de cardiopneumologia e outro à técnica de saúde ambiental), 2 salas de tratamentos e uma sala de espera confortável, com várias cadeiras e informação sobre educação para a saúde afixada e sob a forma de panfletos. Existem WC's, para ambos os sexos, direcionadas às pessoas inscritas na USF, inclusive uma WC para pessoas de mobilidade reduzida, com um fraldário. Ainda existe uma parte de acesso apenas para os funcionários, onde se encontram a biblioteca/sala de reuniões, as WC's e vestiários, o bar/copa, a farmácia da USF, uma sala de tratamento de roupas, uma sala de arrumos de material de limpeza e outros materiais e uma sala de armazenamento do material esterilizado (o qual é lavado e esterilizado no Centro Saúde (CS) da Chamusca).

Os profissionais da USF articulam com outros profissionais do ACES Lezíria que colaboram com a unidade, ou seja, mais concretamente o técnico de cardiopneumologia, da URAP, a técnica de saúde ambiental, da USP, bem como os profissionais da UCC da Chamusca/Golegã.

O horário de funcionamento é em dias úteis, das 8h às 20h, sendo o horário de atendimento das 9h às 20h. Importa referir que o primeiro contacto das pessoas que se dirigem ao CS para prestação de cuidados globais de saúde é efetuado pelas assistentes técnicas que se encontram na receção, sendo que nesse espaço, embora mais na retaguarda, é realizado alguns serviços administrativos.

As intervenções realizadas pelos profissionais de saúde da USF são maioritariamente realizadas no contexto de CS (sede e polo da Azinhaga), sendo também, como já mencionado, realizados domicílios às pessoas que destes cuidados necessitam. Os programas de saúde contemplados como áreas de intervenção de enfermagem são: Programa de Saúde Infantil e Juvenil, Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, Programa de Doenças Oncológicas, Programa de Vacinação, Programa da Diabetes e o Programa das Doenças cérebro-cardiovasculares. Para além disso, existem outras atividades que as enfermeiras da USF realizam, como tratamento a feridas, visita domiciliária, consulta a pessoas com hipocoagulação e frequentam formações.

O material de conselho clínico é solicitado de 2/2 meses à ARSLVT, IP., através do programa Glintt, sendo o mesmo procedimento realizado para o pedido de vacinas, mas mensalmente.

É de acrescentar que uma assistente operacional desempenha também o papel de motorista, quer para transporte dos funcionários para o polo de saúde, quer para as visitas domiciliárias da USF. Neste âmbito, importa mencionar que existe um carro no CS para esse fim.

As limpezas das instalações do CS são realizadas e mantidas pelas assistentes operacionais, bem como as do polo de saúde da Azinhaga, cujo horário de funcionamento é às 2.^{as}, 3.^{as}, 4.^{as} e 6.^{as}-feiras, apenas num dos períodos do dia (manhã ou tarde).

Existe uma rede pública de transportes na Golegã, sendo o horário dos mesmos, adequado à população.

1.2.3 – Caracterização populacional das pessoas inscritos e suas famílias

No dia 19 de março de 2019, verificou-se que o número de inscritos no CS era de 6125 pessoas (SINUS, março, 2019), o qual é superior aos dos residentes uma vez que recorrem a estes serviços de saúde outras pessoas dos concelhos vizinhos, devido à proximidade com o concelho. É de referir que estas pessoas não podem usufruir dos cuidados prestados em contexto domiciliário pelo fato de não se situarem na área geográfica de abrangência do CS.

Dos 6125 utentes inscritos, 3261 (53,25%) são mulheres e 2862 (46,75%) são homens. O número total de famílias em março de 2019 inscritas na USF correspondia a um total de 2683 famílias (SINUS, 2019). Importa acrescentar que das 6125 pessoas inscritas na USF CampusSaúde, 1608 pessoas estão identificadas como sendo portadoras de doenças cérebro-cardiovasculares, sendo que 44 necessitam de terapia permanente com anticoagulantes orais (MIM@UF, 2019).

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde Pública desenvolve programas e projetos de intervenção tendo em vista a resolução dos problemas identificados e posteriormente, a sua avaliação, liderar processos comunitários para capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania, bem como participar na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde (OE, 2010).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2015), a comunidade é definida como o grupo de seres humanos vistos como unidade social ou um todo coletivo composto de membros pela partilha geográfica, de condições ou interesses comuns.

Importa mencionar que a saúde comunitária é entendida como “a satisfação de necessidades coletivas através da identificação de problemas e gestão de interações dentro da comunidade e entre a comunidade e a sociedade alargada (Stanhope e Lancaster, 2011: 362). As mesmas autoras defendem que melhorar a saúde da comunidade é o principal objetivo da intervenção de enfermagem na medida em que, a saúde individual está relacionada com a saúde da população como um todo. Na verdade, a enfermagem comunitária tem como foco de atenção primordial a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania (OE, 2010 citado por Pereira, 2017).

Neste contexto, é de acrescentar que a Carta de Ottawa conduziu a uma viragem do conceito promoção da saúde, tendo emergido o moderno conceito em que a mesma é definida como “o processo de capacitação...” (WHO, 1986, p.1 citado por Pereira, 2017) que promove a participação ativa e o exercício do poder da pessoa e da comunidade no controle das suas condições de saúde e qualidade de vida, agindo sobre os determinantes de saúde (Lopes, Saraiva, Fernandes, & Ximenes, 2010; Loureiro & Miranda, 2010; Figueiredo et al, 2014b citados por Pereira, 2017) para a sua operacionalização.

Na literatura encontram-se sobreposições entre a promoção de saúde e a educação para a saúde. Green e Kreuter, citados por Laverack, 2008 p.12) referem que:

Enquanto a educação para a saúde visa informar as pessoas no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e coletivas, a promoção de saúde tem como objetivo as ações sociais e políticas complementares, tais como a promoção de causas e o desenvolvimento da comunidade, que permitem que as transformações políticas no ambiente social, de trabalho e da comunidade realcem a saúde.

Stanhope & Lancaster (1999) referem que a promoção da saúde é uma atividade mais alargada e a educação para a saúde uma técnica para a alcançar. A promoção da saúde deve favorecer a expressão dos problemas de saúde pelas pessoas e grupos a que respeita. Honoré (2002) menciona que o seu papel é de criar as condições de acesso a escolhas de saúde para as pessoas e para as comunidades. Na verdade, de acordo com Stanhope & Lancaster (1999), as atividades de promoção da saúde envolvem comportamentos que afetam positivamente o estado de saúde das pessoas, através de adoção de hábitos saudáveis e mudança no estilo de vida. A promoção da saúde desenvolve-se através da ação concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as visando atingir melhor saúde.

Ao considerar o contexto social, económico e político dos últimos anos, denota-se uma preocupação crescente pela promoção da saúde e prevenção da doença, com a finalidade de ampliar os ganhos em saúde. Neste sentido, surgem assim desafios e requisitos ao exercício profissional dos enfermeiros, principalmente aos especialistas em enfermagem comunitária, para a otimização de competências no contexto do planeamento estratégico em saúde, enquanto procedimento que envolve a fase do diagnóstico da situação do estado de saúde de grupos e comunidades. Ganha assim sentido referir que o enfermeiro especialista em saúde comunitária possui competências conceptuais e técnicas, que lhe permitem efetuar planeamento estratégico em saúde, enquanto processo que engloba o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades, o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção e a elaboração de indicadores que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade das suas intervenções e os ganhos em saúde (Regulamento nº428/2018).

Neste processo, o enfermeiro reflete sobre as necessidades de saúde dos indivíduos, famílias, agregados e comunidade, estabelece prioridades e estratégias e avalia os resultados obtidos numa relação estreita com os objetivos estabelecidos, num processo de permanente interação com as comunidades e os seus recursos (Regulamento nº428/2018).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, pela natureza dos cuidados que presta, atua adotando uma abordagem sistémica, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade com os outros profissionais, o que vai ao encontro dos postulados do Modelo Sistémico de Betty Neuman (1995). Na verdade, este equaciona como as pessoas se integram e interagem em grupo e em comunidade, através de uma intervenção sistémica do desenvolvimento nos diferentes sistemas contextuais, sendo que este não é somente condicionado pelo próprio, mas por todos aqueles sistemas em que o ser humano está inserido.

Importa também mencionar que trabalhar com grupos é uma capacidade importante da enfermagem comunitária, pois são um meio eficaz de implementar mudanças nas pessoas, famílias e comunidades. Através dos grupos podem desencadear-se mudanças para melhorar a saúde e bem-estar, a nível individual e coletivo (Stanhope e Lancaster, 2011).

Sucintamente, de acordo com o regulamento nº428/2018, o enfermeiro especialista deve ter uma intervenção abrangente baseada na metodologia do Planeamento em Saúde, o que lhe permite realizar uma avaliação da comunidade, identificando as necessidades das pessoas/grupo/comunidade e mobilizar os recursos existentes. Esta avaliação leva à construção do diagnóstico de enfermagem da comunidade e, posteriormente, à priorização das necessidades encontradas para lhe conseguir dar resposta através da elaboração de projetos e programas. O foco desta intervenção é também a capacitação das pessoas/grupo/comunidade, integrando a enfermagem, educação, comunicação e ciências sociais e humanas.

2.2 – A PESSOA COM HIPOCOAGULAÇÃO E A SUA FAMÍLIA

A OCDE refere que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes na região em 2010. Elas abrangem um leque alargado de doenças relacionadas com o sistema circulatório, incluindo, de acordo com a Direção Geral Da Saúde (DGS, 2017) a Doença Isquémica Cardíaca e as Doenças Cérebro Vasculares.

Em Portugal, o AVC é a principal causa de mortalidade e incapacidade por doenças cardiovasculares justificando, por isso, todas as medidas tendentes à sua prevenção (DGS, 2009). O uso da terapia anticoagulante tem aumentado significativamente nas últimas décadas devido à sua eficácia e segurança comprovadas, além de suas inúmeras indicações, como por exemplo, incluem prevenção e tratamento da trombose venosa profunda e do enfarte agudo do miocárdio (Ávila, C., et al., 2011).

Os antagonistas da vitamina K são anticoagulantes orais com efetividade comprovada na prevenção e tratamento de episódios tromboembólicos, que constituem a terceira causa de morte por doença cardiovascular. A anticoagulação (ACO) com um antagonista da vitamina K é recomendada para pessoas com mais de um fator de risco moderado, que incluem: a idade igual ou superior a 75 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, reduzida função sistólica ventricular esquerda e diabetes mellitus (DGS, 2009). Como tal, a mesma deve ser usada nas situações clínicas indicadas, bem como adequada e regularmente controlada. A razão normalizada internacional (INR) deve ser determinado no mínimo semanalmente durante o início da terapêutica e mensalmente quando a ACO estiver estável (DGS, 2009).

Neste contexto, importa mencionar que a instabilidade da terapia anticoagulante tem sido problema desde a descoberta das drogas cumarínicas (Ávila, C., et al., 2011). Segundo a mesma fonte, a estabilidade da ACO está relacionada a adesão, bem como vários outros fatores, como idade, o uso concomitante de outras drogas, comorbidades, polimorfismos genéticos e ingestão da vitamina K (Ávila, C., et al., 2011). As autoras do artigo, Ávila, C., et al. (2011), acrescentam que a importância da alimentação é frequentemente citada em programas educacionais para pessoas com hipocoagulação, uma vez que vários nutrientes, especialmente a vitamina K, têm sido associados nas interações fármaco-nutrientes com derivados cumarínicos. Embora o impacto do consumo da vitamina K na ACO oral seja reconhecido há mais de 30 anos, estudos recentes sugerem que essa interação é clinicamente relevante e que interfere na estabilidade da ACO (Ávila, C., et al., 2011).

Ganha sentido mencionar que, devido à variabilidade da dose-resposta, a terapêutica com estes fármacos requer não só a monitorização do INR frequente, mas também a educação contínua à pessoa com hipocoagulação e boa comunicação entre as mesmas e profissionais de saúde (DGS, 2009). Em certa medida, quer a promoção da saúde, através da educação para a saúde, quer a comunicação estabelecida entre os profissionais de saúde e a pessoa com hipocoagulação, serão determinantes para que a mesma tenha comportamentos que contribuam para a gestão do regime terapêutico.

Segundo a CIPE (2015), na sua última versão, o termo gestão do regime terapêutico não está descrito. No entanto, na versão 2 da CIPE (2011), a definição de gestão do regime terapêutico é considerada um comportamento de adesão que visa “executar as atividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária” (CIPE, 2011, p. 62). Ganha aqui sentido o significado de adesão que é:

“Status positivo: Ação autoiniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos; cumpre o regime de tratamento; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associadas ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente).” (CIPE, 2015, p.38).

Alguns autores sugerem que a gestão do regime terapêutico é um conceito mais global, que engloba a adesão, mas que vai além da volição e inclui, entre outros aspetos, a capacidade de decisão sobre a mudança de um comportamento face à modificação do status de um sintoma ou face a uma nova circunstância, incorporando, por isso, o autoconhecimento e o conhecimento técnico necessário para interpretar e agir em conformidade (Bastos, 2013, p. 66).

O apoio da família, no que diz respeito à gestão do regime terapêutico é algo significativo, sendo que o mesmo tem um impacto positivo para que a pessoa modifique comportamentos em prol da sua saúde.

As famílias são tidas como espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo-se como unidades dotadas de energias, com capacidade auto organizativa (Figueiredo, 2009). As interações dos seus membros permitem que a família, pela sua proximidade e características que lhes são próprias, tenha um papel ativo no acompanhamento do processo saúde/doença de cada um deles. Por isso, as famílias são identificadas como a principal oportunidade para a promoção e manutenção de cuidados de saúde aos seus membros, daí poder afirmar-se que a família da pessoa com hipocoagulação tem um papel de grande relevo na gestão do regime terapêutico.

Importa mencionar que atualmente, tem sido facilitador, não só para a pessoa com hipocoagulação, mas também para a sua família, a descentralização do controlo da hipocoagulação dos Hospitais para os CSP, e até para o domicílio das pessoas, garantindo a acessibilidade/proximidade dos cuidados de saúde a todos (DGS, 2017).

3 – USF CAMPUSAÚDE – UM CONTEXTO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

A USF CampuSaúde é uma unidade que, através de um olhar mais atento sobre os seus cuidados de enfermagem, presta não só à pessoa/família, mas engloba também uma preocupação acrescida com a comunidade em si. Na verdade, a USF CampuSaúde ao longo da sua existência tem desenvolvido diversas atividades na e com a comunidade, mobilizando e/ou articulando com os recursos da mesma, bem como fazendo parcerias. A nível de exemplo, destaco algumas das atividades que realizou no ano civil 2018: participou na Feira da Saúde, no mês de abril, numa lógica de promoção e educação para a saúde; participou/colaborou no rastreio do cancro da pele, em junho, parceria estabelecida com o serviço de dermatologia do HS. Para além disso, importa salientar que, quando ocorre a necessidade de parcerias, de forma a garantir os cuidados de saúde e a sua acessibilidade, por vezes são estabelecidas parcerias com recursos da comunidade do concelho. Um exemplo dessa situação são as parcerias estabelecidas com a CM e as juntas de freguesia, mais concretamente no que diz respeito a transportes para as visitas domiciliárias e deslocações para o polo, quando por exemplo a viatura do serviço avaria e o ACES, por algum motivo, não consegue dar resposta à situação.

As USF são equipas em que é atribuído a um médico e enfermeiro um respetivo número de pessoas /famílias, sendo que se privilegia a prestação de cuidados de saúde às mesmas, numa primeira linha, por parte desses profissionais. Todavia, existe também possibilidade das USF's, até porque possuem autonomia para tal, de se (re)organizarem de forma a adequar as suas respostas às necessidades das pessoas/famílias. Neste contexto, importa realçar que existem comunidades que são foco de atenção da equipa de enfermagem da USF CampuSaúde, por essas pessoas apresentarem situações ou interesses comuns, que têm a intervenção de um enfermeiro, o qual não é o enfermeiro de família. Exemplo disso é a existência de uma comunidade de pessoas hipocoaguladas para a qual a equipa de enfermagem considerou relevante criar uma consulta em que o atendimento é maioritariamente realizado pela enfermeira responsável pela consulta.

A perspetiva comunitária, ou seja, mais holística dos cuidados comunitários, está muito relacionado com a existência de uma enfermeira mestrada e especialista em saúde comunitária e saúde pública na USF CampuSaúde. Na verdade, a presença da mesma na USF reflete muito mais do que os cuidados à pessoa/família, pois abrange um olhar muito mais alargado sobre a comunidade e os cuidados comunitários, refletindo esses mesmos cuidados na sua prática diária.

O facto desta profissional conhecer, de uma forma aprofundada, e mobilizar os recursos da comunidade, bem como de estabelecer parcerias com a mesma, entre outros, faz a diferença, sendo que é algo que contribui para facilitar, e justificar, os cuidados de enfermagem comunitária na USF CampuSaúde.

3.1 – A PESSOA COM HIPOCOAGULAÇÃO E A SUA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA USF CAMPUSAÚDE

A população da USF CampuSaúde tem uma consulta médica e de enfermagem programada a pessoas com hipocoagulação desde 2016, sendo que algumas destas pessoas eram anteriormente acompanhadas no HS e/ou apenas em consulta médica na USF. Importa referir que houve uma articulação, nesse ano, entre a consulta de hipocoagulação do HS e o ACES Lezíria para agilizar o acompanhamento destas pessoas nos CSP, a qual visou contribuir para um maior conforto e bem-estar para a pessoa, bem como uma maior proximidade em relação ao seu médico e enfermeiro de família. Por outro lado, permitiu uma resposta mais adequada no acesso aos cuidados hospitalares a pessoas com hipocoagulação com diagnóstico recente. Para além disso, a consulta ao ser na USF, inclusivamente para monitorização do INR, garante uma maior acessibilidade dos cuidados para a pessoa com hipocoagulação e sua família, pois, na maioria das vezes, estas pessoas vêm acompanhadas por algum elemento da família.

A implementação da consulta de enfermagem na USF CampuSaúde a pessoas com hipocoagulação visou aumentar os conhecimentos das mesmas acerca do processo de coagulação, interferências alimentares e medicamentosas e gestão do regime terapêutico. A mesma pretende, através da promoção da saúde, capacitar a pessoa com hipocoagulação para a manutenção da sua saúde, que se traduzirá em melhor qualidade de vida e ganhos em saúde.

Atualmente estão a ser acompanhados na USF CampuSaúde 44 pessoas com hipocoagulação, sendo que dessas 23 (30,26%) não apresentam os níveis de INR no intervalo terapêutico preconizado (Sclinic e Gota, 2019).

Importa referir que para a realização desta consulta é necessário que ocorra a uniformização de procedimentos, sendo que foi partilhado pela enfermeira responsável pela consulta de hipocoagulação da USF, bem como pela enfermeira cooperante, a necessidade de elaborar um protocolo da consulta.

4 – PROJETO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA – “CAPACITAR = MAIS SAÚDE”

Um projeto de intervenção em saúde é um documento orientador pormenorizado com ações, devidamente alicerçadas, a serem desenvolvidas, com a finalidade de responder às necessidades de saúde identificadas e que visam promover a qualidade de vida e ampliar o nível de saúde de uma dada população, através do reforço do envolvimento comunitário na resolução dos problemas identificados, decorrendo num período bem delimitado de tempo (Tavares, 1990).

O projeto de intervenção comunitária designado “*Capacitar = Mais Saúde*”, concilia os significados das palavras capacitar e saúde. Capacitar significa “Fazer com que se torne capaz de” (Dicionário Português Online, 2019), o que envolve ação. A saúde, por sua vez, é o “Processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência da doença ou enfermidade.” (CIPE, 2015:81).

A escolha do sinal de igualdade, estabelece a relação/equilíbrio/correspondência perfeita entre capacitar e a (mais) saúde. Na verdade, a ideia de adição tem a intenção de evidenciar que quando existe a capacitação, através da promoção da saúde, a mesma espelhará ganhos em saúde e, como tal, melhor qualidade de vida para a pessoa com hipocoagulação.

4.1 – ENQUADRAMENTO DO PROJETO

O diagnóstico da situação é a primeira etapa do processo de planeamento em saúde. Esta etapa funciona como justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual será medido o avanço alcançado por as nossas atividades (Nunes, 2016). A qualidade e a cientificidade do mesmo irão determinar as próximas etapas do planeamento em saúde.

A entrevista não-estruturada com a enfermeira cooperante e enfermeira responsável pela consulta de hipocoagulação da USF CampuSaúde, contribuíram para a perceção da importância de intervir junto à pessoa com hipocoagulação e sua família. O número de pessoas com hipocoagulação com acompanhamento de enfermagem na USF CampuSaúde é de 44, sendo 23 (52,3%) do sexo masculino e 21 (47,7%) do sexo feminino.

Importa referir sobre os diagnósticos de enfermagem nesta comunidade que, pelo menos desde o dia 1/1/2018 até ao dia 20/3/2019:

- 29 pessoas com hipocoagulação não apresentam diagnóstico de gestão do regime terapêutico (GRT);
- 29 pessoas com hipocoagulação não apresentam diagnóstico de adesão ao regime terapêutico (ART);
- 13 pessoas com hipocoagulação apresentam GRT comprometido;
- 2 pessoas com hipocoagulação, ou seja, apenas % apresentam diagnóstico de GRT não comprometido;
- 12 pessoas com hipocoagulação apresentam ensinamentos sobre hábitos alimentares, sendo que dessas 12 pessoas, apenas 1 apresenta GRT não comprometida, 2 não apresentam diagnóstico de GRT/ART e 9 apresentam GRT comprometida.

Todavia, por estar consciente que estes focos de enfermagem, com necessidade de intervenção, são sugeridos no âmbito de diversas consultas realizadas em USF, fui tentar perceber quais tinham sido sugeridos no âmbito da consulta de hipocoagulação, durante o mesmo período:

- 44 pessoas com hipocoagulação sem diagnóstico de GRT;
- 44 pessoas com hipocoagulação sem diagnóstico de ART;
- 2 pessoas com hipocoagulação, ou seja, 4,5 % têm registo de enfermagem sobre ensinamentos sobre hábitos alimentares;

Verifiquei ainda, através dos registos, que:

- 44 pessoas com hipocoagulação com a intervenção “Monitorizar INR” nas últimas consultas.
- 23 (52,27%) pessoas com hipocoagulação apresentam o INR fora do intervalo terapêutico, na última consulta;
- 7 pessoas com hipocoagulação não têm registo de anticoagulante oral na terapêutica crónica prescrita.

4.2.1 – Diagnóstico de enfermagem comunitária

Para além do olhar sobre os diagnósticos de enfermagem e intervenções identificados no âmbito da consulta de hipocoagulação, importa valorizar a experiência da enfermeira responsável pela consulta. Na entrevista não estruturada realizada à enfermeira, a mesma mencionou que, na maioria das vezes, as pessoas com hipocoagulação apresentam o INR fora do intervalo terapêutico, ou seja, gestão do regime terapêutico não demonstrada devido à alimentação. Essa

dificuldade está, em parte, relacionada com os hábitos alimentares que as pessoas com hipocoagulação foram adquirindo ao longo da vida, os quais requerem mudança de comportamentos, sendo para isso importante a pessoa com hipocoagulação/família compreender a necessidade dessa alteração. A dificuldade na gestão do regime terapêutico foi também manifestada por parte da pessoa com hipocoagulação nas consultas que colaborei/realizei. Para além disso, na entrevista não estruturada realizada à enfermeira, a mesma mencionou que, embora menos frequente, as pessoas com hipocoagulação nem sempre tomam a medicação a horas certas e que, por vezes, também ocorrem alguns esquecimentos na toma da medicação.

O sistema de informação em uso na USF CampuSaúde (Sclinic, versão 3.0.0) mobiliza a linguagem CIPE, sendo que o mesmo contempla como focos de atenção a gestão e adesão ao regime terapêutico, focos que se optaram por usar para a elaboração do diagnóstico de enfermagem comunitária. O mesmo é perceptível a todos os enfermeiros e elucida os cuidados de enfermagem na comunidade. Entende-se que é fundamental usar referenciais teóricos que sustentam a prática de enfermagem comunitária, mas paralelamente a esse aspeto, é basilar usar-se uma linguagem comum e perceptível a todos os enfermeiros. Na verdade, a mobilização da CIPE na elaboração de diagnósticos de enfermagem comunitária, cria laços de maior proximidade entre todos os enfermeiros, sendo este o motivo que levou a esta opção para a elaboração do diagnóstico.

Emergem assim, os diagnósticos de enfermagem comunitária:

- Conhecimento sobre regime alimentar não demonstrado (CIPE, 2015);
- Gestão do regime terapêutico comprometida (CIPE, 2011);
- Adesão ao regime terapêutico comprometida (CIPE, 2011).

Estes diagnósticos estão relacionados com: 23 (52,27%) pessoas com hipocoagulação apresentam o INR fora do intervalo terapêutico, na última consulta; a gestão ao regime alimentar comprometida, bem como, em algumas situações, à gestão do regime medicamentoso comprometida (informação mencionada pela enfermeira na entrevista não estruturada); dificuldade manifestada pelas pessoas com hipocoagulação, durante as consultas realizadas até ao momento, no que concerne à gestão e adesão ao regime alimentar e do regime medicamentoso (algumas pessoas verbalizaram esquecimentos na toma da medicação, bem como dificuldade no cumprimento do horário).

O objetivo do projeto é capacitar a pessoa com hipocoagulação, ou seja, a população alvo, para a gestão e adesão ao regime terapêutico, através da promoção da saúde, quer de uma forma individual, quer em grupo, visando a qualidade de vida para a pessoa, o que se traduzirá em ganhos em saúde. Na verdade, a pessoa com hipocoagulação ao ficar capacitada para a gestão do

regime terapêutico irá, por um lado, diminuir o risco de hemorragia e, por outro, prevenir a formação de coágulos no sangue.

5 – PLANO DE ATIVIDADES

Neste capítulo é apresentado os objetivos gerais do estágio, as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (2018), os objetivos específicos, as atividades, as estratégias, os intervenientes, o momento temporal em que as atividades são desenvolvidas e os indicadores de avaliação, de acordo com o quadro que se segue.

Área de intervenção: A pessoa com hipocoagulação na gestão do regime terapêutico

Objetivos gerais:					
<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária. • Desenvolver estratégias de intervenção em cuidados especializados após a análise de situações de saúde/doença da família/comunidade em contexto transdisciplinar. 					
OBJETIVOS ESPECIFICOS	UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES	ONDE?	QUEM? /QUANDO?	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
A. Compreender a estrutura orgânica/funcional e integração na equipa multidisciplinar da USF CampuSaúde.	1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.	<p>A1. Reunião com a enf.ª cooperante para apresentação dos objetivos do estágio.</p> <p>A2. Apresentação e integração da equipa USF CampuSaúde, de forma a compreender a sua dinâmica.</p> <p>A3. Conhecer as áreas de intervenção da USF CampuSaúde, privilegiando os cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.</p> <p>A4. Consulta do plano de ação da USF CampuSaúde.</p>	USF CampuSaúde e outros.	<p>A1 Inês Santos, Enf.ª Luísa Nabo Martins. 11.3.2019</p> <p>A2 a A4 Inês Santos Semana de 11.3.2019.</p>	

<p>B. Identificar a área de atuação para implementação do plano de intervenção</p>		<p>B1. Reunião com a Enf.^a cooperante e a Professora orientadora para discussão do projeto de intervenção comunitária a executar.</p>	<p>USF CampuSaúde, ESSS e outros.</p>	<p>B1 Inês Santos, Prof.^a Alcinda Reis, Enf.^a Luísa Nabo Martins. Semana 18.3.2019.</p>	
<p>C. Realizar a Scoping Review de acordo com a problemática definida</p>		<p>C1. Elaboração de pergunta de investigação, objetivos e restante protocolo da Scoping Review para ir ao encontro da melhor evidência científica. C2. Obter evidências científicas que orientem para uma resposta mais adequada ao diagnóstico de enfermagem de acordo com a área de intervenção definida.</p>	<p>USF CampuSaúde e outros.</p>	<p>C1 a C2 Inês Santos Ao longo do estágio</p>	<p>Protocolo produzido ao longo da Scoping Review. Número de artigos finais para analisar em resposta à pergunta de investigação.</p>
<p>D. Conceber um projeto em enfermagem comunitária, com base na metodologia do planeamento em saúde.</p>		<p>D1. Elaboração do projeto “Capacitar = Mais Saúde”. D2. Identificação e mobilização da literatura de suporte sobre a temática em estudo, no âmbito da enfermagem comunitária. D3. Definição do plano de ação: Plano de atividades e cronograma; D4. Participação na reunião multidisciplinar da USF, no sentido de informar sobre a construção e implementação do projeto; D5. Proposta de atividades com as pessoas com hipocoagulação e suas famílias.</p>	<p>USF CampuSaúde e outros.</p>	<p>D1 a D5 Inês Santos e a equipa multidisciplinar 1.^a à 3.^a semana de estágio.</p>	<p>Documento com proposta de atividades com as pessoas com hipocoagulação e as suas famílias.</p>

<p>E. Planejar intervenções para a capacitação dos idosos</p>	<p>1.5. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.</p>	<p>E1. Elaboração do plano de formação a implementar E2. Validação do planeamento da intervenção com a Professora e Enfermeira Cooperante</p>	<p>USF CampuSaúde e outros.</p>	<p>E1 a E2 Inês Santos 3ª e 4ª semana de estágio.</p>	<p>Número de pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto.</p>
<p>F. Divulgar o projeto junto dos parceiros e da comunidade.</p>		<p>F1. Apresentação e discussão do projeto de intervenção à Enf.ª Cooperante, equipa da USF CampuSaúde e professora orientadora. F2. Divulgação do projeto.</p>	<p>USF CampuSaúde</p>	<p>F1 a F2 Inês Santos, Enf.ª Luísa Nabo Martins, equipa da USF CampuSaúde e pessoa com hipocoagulação e suas famílias Ao longo do estágio.</p>	<p>Número de pessoas com hipocoagulação abrangidas pela divulgação da informação.</p>
<p>G. Implementar a intervenção com as pessoas com hipocoagulação e suas famílias</p>	<p>2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania. 2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas. 2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.</p>	<p>G1. Elaboração do plano de formação a implementar. G2. Validação do planeamento da intervenção com a Professora e Enfermeira Coordenadora da USF CampuSaúde. G3. Convocação das pessoas com hipocoagulação para as sessões do projeto. G4. Sensibilizar a população em estudo para a participação no projeto. G5. Realização das sessões do projeto, adequando-as ao grupo etário e nível cultural. G6. Uso de metodologia expositiva e reflexiva, com momentos de partilha</p>	<p>USF CampuSaúde e sala de reuniões</p>	<p>G1 a G7 Inês Santos, pessoas com hipocoagulação. Março a junho.</p>	<p>Número de pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto/ Número total de pessoas com hipocoagulação. Número de pessoas com hipocoagulação que frequentaram a sessão/Número de pessoas com hipocoagulação convocadas para a sessão. Documento produzido:</p>

		de experiências. G7. Elaboração de um guia orientador sobre a temática.			guia de orientação sobre a hipocoagulação.
H. Avaliar a eficácia das intervenções realizadas de acordo com os indicadores de avaliação.	3.1. Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.	H1. Mobilização do processo reflexivo H2. Comparação dos resultados do projeto com outros estudos já realizados; H3. Realizar ficha de satisfação acerca da prestação da formadora. H4. Realizar ficha de avaliação dos conhecimentos teóricos. H5. Reflexão crítica do trabalho desenvolvido.	USF CampuSaúde e sala de reuniões	H1 a H5 Inês Santos Ao longo do estágio.	Comparação da avaliação dos conhecimentos teóricos antes da sessão de educação para a saúde/conhecimentos teóricos pós sessão de educação para a saúde (final da intervenção comunitária). Número de pessoas com hipocoagulação satisfeitas com a sessão/Número de pessoas com hipocoagulação que frequentaram a sessão. Relatório de avaliação do projeto de intervenção produzido.
I. Desenvolver competências no âmbito da enfermagem comunitária, integrando projetos e programas da unidade, na especificidade da comunidade.	1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	I1. Conhecimento da articulação existente entre a USF CampuSaúde e outras entidades na comunidade; I2. Participação ativa nos projetos/programas/atividades desenvolvidas pela USF CampuSaúde em contextos de enfermagem comunitária: Feira Saúde. I3. Análise crítica do resultado das	USF CampuSaúde e outros.	I1 a I4 Inês Santos Ao longo do estágio.	Número de documentos produzidos integrados no projeto.

		<p>intervenções produzidas no âmbito da participação nos projetos/programas/atividades da USF CampuSaúde.</p> <p>I4. Elaboração do Protocolo da Consulta de hipocoagulação da USF CampuSaúde.</p>			
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Objetivos gerais:					
<ul style="list-style-type: none"> Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar. 					
OBJETIVOS ESPECIFICOS	UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES	ONDE?	QUEM? /QUANDO?	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
L. Refletir de forma crítica as estratégias desenvolvidas, competências adquiridas e os resultados obtidos, sustentado na natureza da enfermagem comunitária.	1.5. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	<p>L1. Participação no seminário intermédio de avaliação.</p> <p>L2. Análises dos resultados das intervenções.</p> <p>L3. Participação em seminário final.</p> <p>L4. Discussão dos resultados.</p> <p>L5. Realização do Relatório de Estágio.</p>	USF CampuSaúde e ESSS	<p>L1 a L5</p> <p>Inês Santos</p> <p>Ao longo do estágio.</p>	<p>Documento com reflexão produzida.</p> <p>Documento produzido como relatório final de estágio.</p>

6 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Ano		2019																		
Atividades	Mês	março				abril				maio				junho				julho		
	Semana/ Dias	04 08	11 15	18 22	25 29	01 05	08 12	15 19	22 26	29 03	06 10	13 17	20 24	27 31	03 07	10 14	17 21	24 28	01 05	08 12
Introdução ao Estágio ESSI		6																		
Reunião com Enfermeira Cooperante																				
Reunião com Professora Orientadora do Estágio																				
Realização de consultas à pessoa com hipocoagulação																				
Divulgação do Projeto “Capacitar = Mais Saúde”																				
Reunião com Equipe de Enfermagem da USF CampuSaúde																				
Pesquisa Bibliográfica																				
Planeamento das Intervenções																				
Apresentação das Intervenções Planeadas																				
Implementação das Intervenções Planeadas																				
Seminários na ESSI																				
Colaboração em programas da USF dentro do âmbito do estágio.																				
Realização de revisão sistemática.																				

FÉRIAS DA PÁSCOA

ENTREGA DO RELATÓRIO

PREPARAÇÃO PARA A DISCUSSÃO DO RELATÓRIO

DISCUSSÃO DO RELATÓRIO

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aumentar a capacidade das pessoas com hipocoagulação para controlarem a sua saúde torna-se um desafio, a que a enfermagem terá de saber dar resposta. Na verdade, a enfermagem não se pode alhear desta realidade, e tem de ter um olhar mais abrangente e capacitar, não só a pessoa, mas também a família sobre a importância dos comportamentos que visam a gestão do regime terapêutico. É por isso necessário conhecer a problemática e delinear estratégias de intervenção na comunidade contribuindo assim para ganhar este desafio. Com este estágio pretende-se, através da promoção da saúde, capacitar a pessoa com hipocoagulação para comportamentos de que contribuam para a gestão do regime terapêutico.

O PNS (2015), menciona que a pessoa deve ser capacitada para assumir a responsabilidade de pugnar pela defesa da saúde. Para exercê-la deve estar informada, tem de interiorizar tal informação e traduzi-la na alteração dos seus comportamentos menos saudáveis e, quando for o caso, na gestão da sua doença.

A pessoa com hipocoagulação, pelo facto de ser detentora de livre arbítrio para querer assumir, ou não, esta responsabilidade face aos comportamentos de gestão de regime terapêutico poderá ser uma das principais condicionantes ao sucesso deste projeto. No entanto, considera-se que a mesma, com a divulgação do projeto, bem como consciencializando o grupo sobre a sua importância, poderá ser minimizada. Como aspeto facilitador enumera-se, a nível de exemplo: a existência de consultas de enfermagem para a pessoas com hipocoagulação na USF; os elementos da família acompanharem, muitas das vezes, o familiar hipocoagulado nessas consultas; a motivação e empenho da equipa para a importância do projeto e disponibilidade para colaborar no seu desenvolvimento; e o não implicar mais recursos.

Esta experiência profissional de âmbito académico na USF CampusSaúde é a oportunidade de mobilizar para a prática um conjunto de conceitos adquiridos, é a possibilidade de crescimento, partilha de experiências e reflexão tendo em vista a aquisição de competências especializadas nos cuidados à comunidade. É com esta aprendizagem, de se dar resposta a este tipo de exigências comunitárias, que se conseguirá fazer a diferença dos enfermeiros de cuidados gerais.

8 – BIBLIOGRAFIA

Ávila, C., et al. (2011). Adesão farmacológica ao anticoagulante oral e os fatores que influenciam na estabilidade do índice de normatização internacional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Administração Regional Lisboa e Vale do Tejo, I.P., Manual de Usuário: Perfil de Atenção Especializada – Gota.

Bastos, F. (2013). A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão e do regime terapêutico (Tese de doutoramento). Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11990/1/A%20pessoa%20com%20doen%C3%A7a%20cr%C3%B4nica_Tese%20Doutoramento_Reitoria.pdf

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). CIPE: Classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

Direção Geral da Saúde (2015). Portugal, Plano Nacional Saúde, Revisão e Extensão a 2020. DGS. Lisboa. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdgbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção Geral da Saúde (2017). Portugal, Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. DGS. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/doencas-cerebro-cardiovasculares.aspx>

Direção Geral da Saúde (2009). Portugal, Terapêutica Antitrombótica da Fibrilhação Auricular. Disponível em: <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/6B7EB2F9-CF0B-4368-A073-01C0D72998E1/0/TerapeuticaAntitromboticaFibrilhacaoAuricular.pdf>

Figueiredo, H. - Enfermagem de família: um contexto do cuidar. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. 2009. Tese de Doutoramento. Disponível em: <https://repositorio->

aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf

Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Ação - O Planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Principia.

Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projeto*. Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-31-2.

Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011, População residente por freguesia. Disponível em: <http://www.ine.pt/investigadores/Quadros/Q101.zip>

Laverack, G., (2008) – *Promoção de Saúde: Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta. pp. 195.

Léxica (2019). *Dicionário Português Online*, Léxica. Disponível em: <https://www.lexico.pt/capacitar/>

Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª edição. USA: Library of Congress.

Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*, Chiado Editora

OMS (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. Canadá.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Unidade de Saúde Familiar CampusSaúde (2016-2018). *Plano de Ação da USF CampusSaúde, 2016 – 2018*. Golegã. Portugal.

PORDATA. (2018). *Base de dados de Portugal contemporâneo – Números dos municípios e regiões de Portugal*. Disponível em: [https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Golegã+\(Município\)-232856](https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Golegã+(Município)-232856)

Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos currícula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Portugal. Disponível em:

https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf

Regulamento nº 428/2018. Diário da República, N.º 135/ 16 de julho de 2018 -2.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Serviço Nacional de Saúde (2019). Módulo de informação e monitorização das Unidades Funcionais. Unidade de Saúde Familiar CampuSaúde.

Serviço Nacional de Saúde (2019). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>

Stanhope M., Lancaster, J. (1999). Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, Famílias e indivíduos. 4ª edição, Lisboa: Lusociência.

Stanhope, M.; Lancaster, J. (2011). Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. 7ª edição. Lusodidacta. Loures.

ANEXO XI – Sessão de educação para a Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
 ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
 7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
 8º CURSO DE PÓS LICENCIATURA DE ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM
 COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA
 UNIDADES CURRICULARES – Estágio II e Relatório

A pessoa com hipocoagulação: gestão e adesão ao regime terapêutico
 Projeto: CAPACITAR = MAIS SAÚDE

Professora Orientadora
 Prof.ª Dr.ª Alcinda Reis
Enfermeira Cooperante
 Enf.ª Luísa Nabo Martins
Autoras
 Inês Santos Frazão


Golegã, maio de 2019

1


Sumário


- Conceitos
 - ✓ Coagulação
 - ✓ Anticoagulantes
 - ✓ INR
- Gestão e controlo da doença:
 - ✓ Alimentação
 - ✓ Medicação
 - ✓ Consultas/vigilância
 - ✓ Família
- Outros cuidados a ter
- Conclusões

2


Conceitos



- **O QUE É A COAGULAÇÃO?**

A coagulação é um mecanismo que o nosso corpo tem para evitar que sangremos demasiado ou, pelo contrário, evitar que se formem coágulos no interior dos nossos vasos sanguíneos.




- **O QUE É UM ANTICOAGULANTE?**

Os anticoagulantes orais são medicamentos que fazem com que o sangue demore mais tempo a coagular, ou seja, previne a formação de coágulos.





3


Conceitos

- **O QUE É O INR?**

O INR (Rácio Internacional Normalizado) é a forma de medição do tempo de coagulação, permitindo assim saber se o valor se encontra dentro dos parâmetros considerados corretos. Cada pessoa tem o seu intervalo, que depende de vários fatores: a doença, a medicação, entre outros.



- **INR entre 2,0 e 3,0**

Fibrilhação auricular, trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar.

- **INR entre 2,5 e 3,5**

Próteses valvulares cardíacas, cardiomiopatia dilatada, doenças da coagulação.

Intervalos terapêuticos de acordo com a indicação clínica

4


Oscilação do INR


Possíveis causas das oscilações no valor de INR:

- Má adesão à terapêutica;
- Auto medicação;
- Alterações à alimentação habitual, incluindo o consumo de álcool.



É fundamental monitorizar com regularidade o INR, especialmente aquando da introdução de novos fármacos, alimentação e/ou suplementos alimentares, por forma a prevenir consequências nocivas resultantes de possíveis interações fármacos-alimentos.

5


Anticoagulantes Orais

- Se estiver anticoagulado em excesso, as complicações mais frequentes dos anticoagulantes orais são as hemorragias.
- Se não estiver suficientemente anticoagulado podem produzir-se coágulos, que aumentam a possibilidade de embolia ou trombose.

6

A pessoa com hipocoagulação

O controlo e gestão da doença assenta nestes quatro pilares

7

Alimentação

- A quantidade de vitamina K dos alimentos ingeridos influencia a eficácia dos medicamentos anticoagulantes.
- É recomendado ter uma alimentação equilibrada e constante para prevenir oscilações no valor INR.
- Alimentos ricos em vitamina K diminui o efeito do anticoagulante oral.
- Alimentos pobres em vitamina K aumenta o efeito do anticoagulante oral.

8

Alimentação

COMPLETA
EQUILIBRADA
VARIADA

9

Alimentação

Legumes ricos em vitamina K

Hortícolas (100 g)	vit. K (µg)
Alcapça*	630
Açorda*	541
Esprafres*	483
Coque Gallega*	437
Kale*	390
Endívia*	231
Coque de Bragança*	177
Nabicas*	126
Brócolos*	102

* - Alimento em cru

10

Alimentação

Fruta rica em vitamina K

Frutos (100 g)	vit. K (µg)
Pinhão	54
Caju	34
Kiwi	41
Amora	19
Abacate	21

11

Alimentação

Óleo vegetais ricos em vitamina K

Óleos (100 g)	vit. K (µg)
Óleo de soja	193
Óleo de Canola	127
Óleo vegetal	114
Óleo de algodão	60
Azeite	55

12

Alimentação

Para além destas hortícolas, devem ser evitados:

- tomate verde, pepino com casca, mostarda, feijão seco, grão de bico, gema de ovo, fígado (vaca, galinha/frango, porco), lentilhas, ervilhas secas, alho, soja.
- Chás de folha verde: Chá verde, Chá de camomila, Chá de São João (hipericão), entre outros.
- Aloé Vera, Cevada (café de cevada, cerveja), algas marinhas.



13

Alimentação

Alimentos pobres em vitamina k



- Um défice de Vitamina K pode provocar hemorragias e, em situações de maior complexidade, anemia grave.
- É importante manter o consumo de alimentos ricos ou pobres em vitamina k equilibrado.

14

Alimentação

Alimentos ricos em vitamina C

- Alimentos ricos em vitamina C potenciam a ação antagonista da vitamina k.



Alimentos ricos em potássio



Alimentos ricos em potássio diminuem a ação do antagonista da vitamina k.


15

Medicação

COMO DEVE SER TOMADO O ANTICAGULANTE?

- O anticoagulante oral tem de ser tomado sempre à mesma hora, preferencialmente 30 minutos antes do jantar.
- Em situação de esquecimento no próprio dia pode ser tomado, preferencialmente, 1h após o jantar.

E SE O ESQUECIMENTO FOR DE UM DIA?



- Se esquecimento for de um dia não deve ser alterada a dose, ou seja, deve ser tomada a dose que corresponde ao dia.
- Não deve ser tomada o dobro da medicação no dia seguinte.
- Anote o esquecimento e refira na próxima consulta.

16

Medicação

- Alguns medicamentos podem alterar o valor do INR, por isso não devem ser tomados medicamentos sem o conhecimento do seu médico de família ou enfermeiro;
- Caso inicie um novo medicamento deve informar o médico de que está a tomar anticoagulantes orais;
- Antibióticos e anti-inflamatórios são alguns dos medicamentos que podem alterar o valor do INR;
- É muito importante que **Não se automedique!**



17

Outros cuidados a ter

- Utilizar escovas de dentes com cerdas mais macias;
- Se for homem deve utilizar uma máquina de barbear e não uma lâmina;
- Não deve fumar, uma vez que o tabaco pode diminuir o efeito do ACO;
- Não é aconselhável realizar exercícios violentos, devido ao risco de hemorragias;
- Evite as situações que podem provocar quedas;

18

ANEXO XII – Apresentação do projeto à equipa



Capacitar a pessoa com hipocoagulação para a gestão do regime terapêutico

CAPACITAR =+ SAÚDE

Santarém, 6 de maio de 2019

Professora Orientadora
 Prof.ª Dr. Alcinda Reis
Enfermeira Cooperante
 Enf.ª Luísa Nabo Martins
Autora
 Inês Santos Frazão





Objetivos

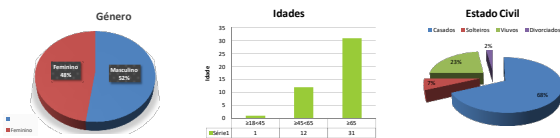
- Apresentar percurso desenvolvido até ao momento na USF CampuSaúde, no âmbito do projeto "Capacitar =+ Saúde";





Projeto de estágio

Caraterização da comunidade – 44 pessoas com hipocoagulação a frequentar a consulta na USF





Projeto de estágio

Caraterização da comunidade – 44 pessoas com hipocoagulação a frequentar a consulta na USF





Projeto de estágio

Código SIARS	Nome abreviado
2013.092.01	Proporção de pessoas com hipocoagulação controladas na unidade

Requisitos do Indicador:

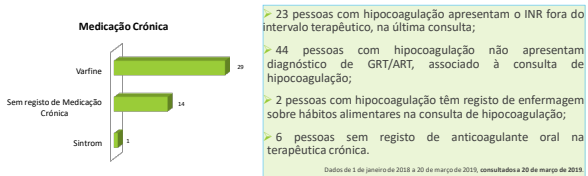
- Inscrição ativa na unidade de saúde;
- Ter pelo menos 6 resultados de INR nos últimos 12 meses (registo médico ou enfermeiro);
- Registo de anticoagulante oral na terapêutica crónica;
- Terapêutica crónica teve registo de anticoagulante oral durante pelo menos 6 dos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador;
- Pelo menos 2 prescrições de anticoagulantes orais, nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador, abrangendo 2 semestres;





Projeto de estágio

Pessoas com hipocoagulação a frequentar a consulta na USF



- 23 pessoas com hipocoagulação apresentam o INR fora do intervalo terapêutico, na última consulta;
- 44 pessoas com hipocoagulação não apresentam diagnóstico de GRT/ART, associado à consulta de hipocoagulação;
- 2 pessoas com hipocoagulação têm registo de enfermagem sobre hábitos alimentares na consulta de hipocoagulação;
- 6 pessoas sem registo de anticoagulante oral na terapêutica crónica.





Projeto de estágio

Pessoas com hipocoagulação a frequentar a consulta na USF

Nas consultas de enfermagem realizadas às pessoas com hipocoagulação (março e abril de 2019), as pessoas verbalizam: ter mais dificuldade na gestão e adesão ao regime alimentar; e que a gestão e adesão ao regime medicamentoso, por vezes é comprometido, associado à hora da toma da medicação e, menos frequente, associado a esquecimentos;

Enfermeira responsável pelas consultas de enfermagem de hipocoagulação corrobora com a mesma informação (entrevista semiestruturada).

Necessidade de existir um protocolo de consulta:
 - uniformizar procedimentos;
 - consultas de enfermagem versus ato de enfermagem (foco de enfermagem GRT e ART versus monitorização do INR);





Projeto de estágio

Objetivo

Capacitar a pessoa com hipocoagulação para a gestão ao regime terapêutico.





Projeto de estágio

A prevenção das doenças do sistema circulatório, em particular das doenças cerebrovasculares, é uma prioridade do sistema de saúde português.

Promoção da saúde

Pessoa hipocoagulada

Adesão

A adesão depende da adoção e manutenção de um comportamento terapêutico, que pode incluir autogestão de fatores biológicos, comportamentais e sociais, que influenciam a saúde e doença, e deve envolver todos os profissionais de saúde (SNIH, 2003)

A enfermagem comunitária tem como foco de atenção primordial a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania

(OE, 2010a, p.10, citado por Figueiredo, 2017)





Projeto de estágio

O caminho percorrido ..

- Consultas de enfermagem à pessoa com hipocoagulação.
- Consultas dos registos de enfermagem/processo clínico.
- Pesquisa sobre a temática/consulta do indicador de saúde/scoping review.
- Elaboração do protocolo e folheto da consulta de hipocoagulação.
- Participação na "Feira saúde".





Projeto de estágio

O caminho a percorrer ..

- Finalizar protocolo e folheto informativo sobre a (re)organização da consulta de hipocoagulação na USF, com contributos da reunião multidisciplinar.
- Dar início à implementação dos procedimentos da consulta, de acordo com o protocolo da consulta elaborado.
- Elaboração da sessão de educação para a saúde às pessoas com hipocoagulação/família.
- Implementação das sessões de educação para a saúde às pessoas com hipocoagulação.





Projeto de estágio

Aspetos facilitadores

- Interesse da equipa multidisciplinar para a implementação do projeto.
- Motivação da mestrandia para a implementação do projeto

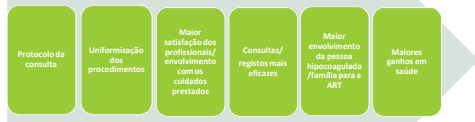
Aspetos dificultadores

- Implicar pagamento das taxas moderadoras
- Ausência de protocolo de consulta





Conclusão





Conclusão

Obrigada.



Bibliografia

Pereira, M. (2017). *Promção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf

Serviço Nacional de Saúde (2019). Módulo de informação e monitorização das Unidades Funcionais. Unidade de Saúde Familiar CampusSaúde.

Serviço Nacional de Saúde (2019). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/ide/Paginas/default.aspx>

Unidade de Saúde Familiar CampusSaúde (2016-2018). Plano de Ação da USF CampusSaúde, 2016 – 2018. Golegã, Portugal.

ANEXO XIII - Protocolo da Consulta de hipocoagulação



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Procedimento: Consulta de Hipocoagulação

Código 005

Título Procedimentos da consulta de hipocoagulação da USF CampuSaúde

Palavras-chave Hipocoagulados, anticoagulantes orais, gestão/adesão ao regime terapêutico.

1. Objetivo

Este documento constitui a síntese dos procedimentos da consulta de hipocoagulação da Unidade de Saúde Familiar (USF) CampuSaúde.

2. Siglas/Abreviaturas

As siglas e abreviaturas utilizadas durante a descrição do procedimento são referenciadas neste tópico:

ART – Adesão ao Regime Terapêutico

AO – Anticoagulantes Oraís

EF – Enfermeiro de Família

GRT – Gestão do Regime Terapêutico

ICPC – Classificação Internacional de Cuidados Primários

INR – Rácio Internacional Normalizado

MF – Médico de Família

SC – Secretário Clínico

USF – Unidade de Saúde Familiar

3. Âmbito

Pessoas a frequentar a consulta de hipocoagulação na USF CampuSaúde.

4. Conceitos

Em Portugal, no ano de 2015, estima-se que as doenças cérebro-cardiovasculares tenham constituído a principal causa de mortalidade, com uma prevalência de 1.313.669 casos e uma incidência de 192.640 novos casos (Timmis, A., et al, 2017).

A maioria dos eventos cérebro-cardiovasculares estão associados ao desenvolvimento de outras complicações de que são exemplo o tromboembolismo venoso, arterial ou cardíaco. O recurso a anticoagulantes é cada vez mais uma realidade e é tido como uma estratégia preventiva. Na verdade, o uso de anticoagulantes tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos, sendo expectável a manutenção desta

Autor(es): Inês Santos Frazão

Versão nº 1

Data 1ª versão: 06/05/2019

Aprovado por: Conselho Geral

Data:

Data próxima revisão:



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Procedimento: Consulta de Hipocoagulação

Código 005

Título Procedimentos da consulta de hipocoagulação da USF CampuSaúde

Palavras-chave Hipocoagulados, anticoagulantes orais, gestão/adesão ao regime terapêutico.

tendência nos próximos anos dado a crescente prevalência das doenças cérebro-cardiovasculares e o aumento da esperança média de vida.

Apesar de estarem a surgir novos anticoagulantes muito atrativos, por não necessitarem de monitorização INR, na prática clínica atual, os AO mais usados e testados para as diferentes aplicações terapêuticas ainda são os dícumarínicos (varfarina e acenocumarol). Devido ao seu estreito intervalo terapêutico e às múltiplas interações farmacológicas e dietéticas é necessária uma vigilância adequada e regular do valor de INR.

5. Descrição do procedimento

Preconiza-se que seja realizada em cada ano civil, pelo menos, uma consulta conexa, médica e de enfermagem, no âmbito da consulta de hipocoagulação.

A. Funções do Secretário Clínico (SC)

- Efetivar as consultas, médicas e de enfermagem, da pessoa com hipocoagulação ou dos atos de enfermagem para monitorizar o INR;
- Informar a pessoa com hipocoagulação sobre os procedimentos relativos às taxas moderadoras;
- Aquando do diagnóstico e/ou inscrição da pessoa com hipocoagulação na USF, entregar à pessoa folheto informativo sobre a consulta de hipocoagulação;
- Convocar as pessoas com hipocoagulação não cumpridoras por contacto telefónico e/ou carta.

B. Funções do Enfermeiro

- Avaliar a gestão ao regime terapêutico;
- Avaliar a adesão ao regime terapêutico;
- Monitorizar o INR, registar no programa Gota e preencher questionário;
- Realizar registos dos diagnósticos e intervenções de enfermagem no SClínico;
- Educar para a saúde no âmbito da gestão e adesão ao regime terapêutico;
- Incentivar a adesão ao regime terapêutico: alimentação equilibrada, horário das tomas, interações medicamentosas e sinais de alarme;

Autor(es): Inês Santos Frazão

Versão nº 1

Data 1ª versão: 06/05/2019

Aprovado por: Conselho Geral

Data:

Data próxima revisão:



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Procedimento: Consulta de Hipocoagulação

Código 005

Título Procedimentos da consulta de hipocoagulação da USF CampuSaúde

Palavras-chave Hipocoagulados, anticoagulantes orais, gestão/adesão ao regime terapêutico.

- Envolver a família e /ou prestador de cuidados na gestão do regime terapêutico, elucidando-a sobre possíveis complicações da doença e modos de atuação;
- Elogiar/Motivar/Incentivar gestão/adesão ao regime terapêutico;
- Providenciar folheto informativo sobre a hipocoagulação;
- Programar o agendamento da consulta/ato de enfermagem, consoante valor de INR;
- Emitir folha terapêutica e questionário, se INR dentro do valor terapêutico;
- Encaminhar a pessoa com hipocoagulação para consulta médica, se INR fora do intervalo terapêutico.

C. Funções do Médico de Família (MF)

- Identificar todas as pessoas com hipocoagulação com diagnóstico (rubricas da ICPC);
- Registo do INR no SClínico e no programa GOTA;
- Registo de anticoagulante oral, na terapêutica crónica, durante pelo menos 6 dos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador;
- Registo de pelo menos 2 prescrições de anticoagulantes orais, nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador, abrangendo 2 semestres;
- Avaliar o resultado do INR fora do intervalo terapêutico;
- Reajustar a dose do AO, quando INR fora do intervalo terapêutico, ou encaminhar a pessoa com hipocoagulação para o serviço de urgência;
- Emitir a folha terapêutica e questionário;
- Contactar o enfermeiro para o agendamento do próximo ato de enfermagem.

Autor(es): Inês Santos Frazão

Versão nº 1

Data 1ª versão: 06/05/2019

Aprovado por: Conselho Geral

Data:

Data próxima revisão:



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Procedimento: Consulta de Hipocoagulação

Código 005

Título Procedimentos da consulta de hipocoagulação da USF CampuSaúde

Palavras-chave Hipocoagulados, anticoagulantes orais, gestão/adesão ao regime terapêutico.

6. Síntese

Valor do INR	Indicações terapêuticas		Dosificação	Reavaliação
	Diagnóstico: FA/TVP/TEP	Diagnóstico: Próteses valvulares		
Baixo	< 1,8	< 2,3	Aumenta 5-10% da dose semanal. Ponderar necessidade de HBPM	Em 1-2 semanas
Aceitável	1,8 – 1,9	2,3 – 2,4	Reforça a dose desse dia e mantém dose semanal	Em 3-4 semanas
Alvo	2,0 – 3,0	2,5 – 3,5	Mantém dose semanal	Em 4-6 semanas
Aceitável	3,1 – 3,3	3,6 – 3,8	Reduz a dose desse dia e mantém dose semanal	Em 3-4 semanas
Alto	3,4 – 3,5	3,9 – 4,6	Reduz 5-10% da dose semanal	Em 1-2 semanas
	3,6 – 4,0	4,7 – 5,2	Não toma 1 dia e reduz 10-15% da dose semanal	Em 3-4 dias
	>4,0	> 5,2	Não toma 2 dias e reduz 10-20% da dose semanal	Em 3-4 dias

Se resultado:

- **entre 5-8:**
 - Se o utente está com hemorragia, é encaminhado para o Serviço de Urgência do Hospital.
 - Se não apresenta sintomatologia de hemorragia, deve parar a medicação 2 dias e ajustar terapêutica. Faz controlo do INR ao 5º dia.
- **Igual ou superior a 8**, o utente deve ser encaminhado para o Serviço de Urgência do Hospital.

Autor(es): Inês Santos Frazão

Versão nº 1

Data 1ª versão: 06/05/2019

Aprovado por: Conselho Geral

Data:

Data próxima revisão:

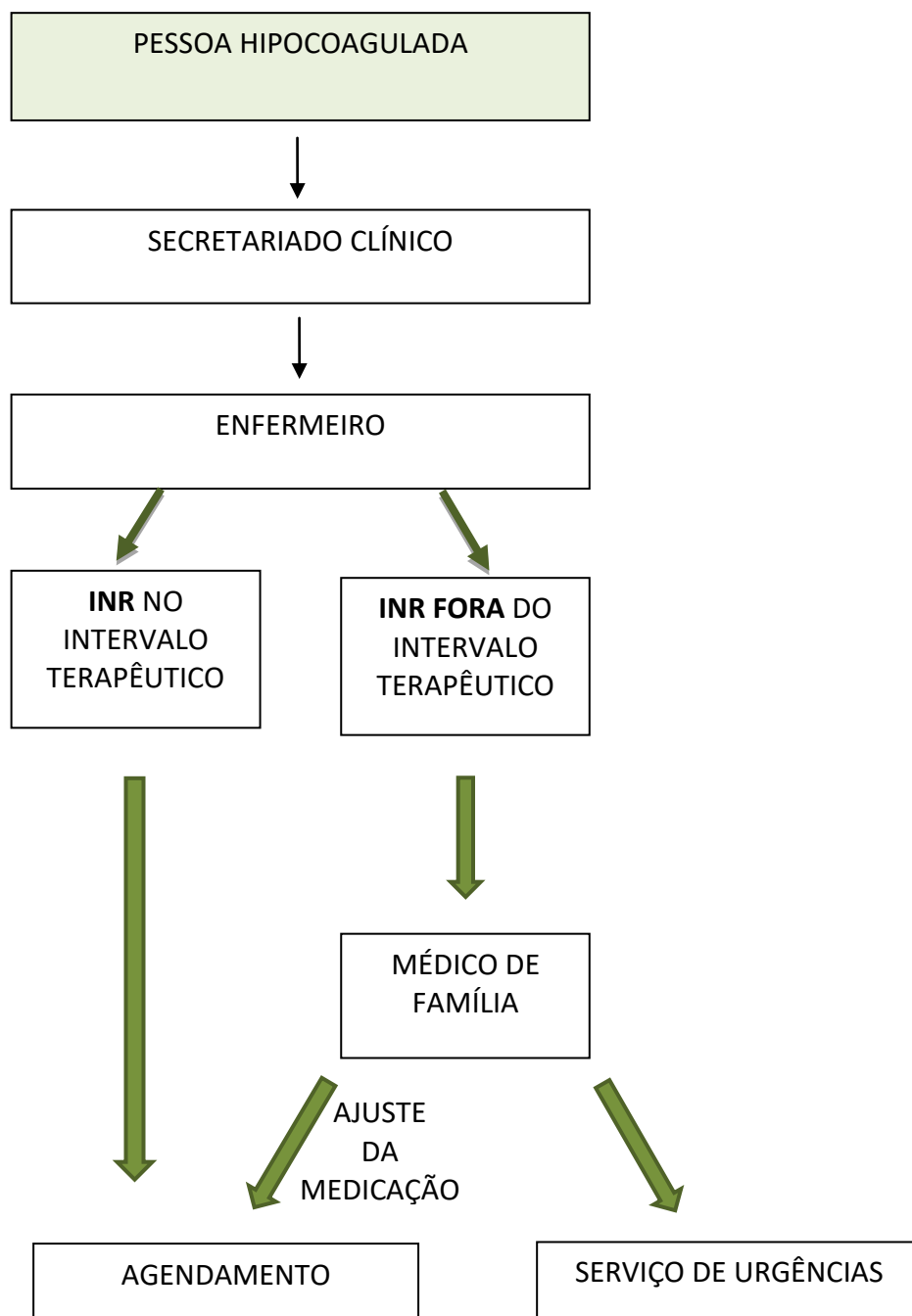
Procedimento: Consulta de Hipocoagulação

Código 005

Título Procedimentos da consulta de hipocoagulação da USF CampuSaúde

Palavras-chave Hipocoagulados, anticoagulantes orais, gestão/adesão ao regime terapêutico.

7. Fluxograma





GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Procedimento: Consulta de Hipocoagulação

Código 005

Título Procedimentos da consulta de hipocoagulação da USF CampusSaúde

Palavras-chave Hipocoagulados, anticoagulantes orais, gestão/adesão ao regime terapêutico.

8. Fontes Bibliográficas

Administração Central do Sistema de Saúde (2017). Bilhete de identidade dos indicadores dos cuidados de saúde primários para o ano de 2017. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf

Hospital de Santarém e Aces Lezíria (2016). Manual de articulação da consulta de hipocoagulação. Santarém. Portugal.

Direção Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa. Portugal.

Timmis, A., et al, European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2017, *European Heart Journal*, Volume 39, Issue 7, 14 February 2018, Pages 508–579, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx628>

Autor(es): Inês Santos Frazão

Versão nº 1

Data 1ª versão: 06/05/2019

Aprovado por: Conselho Geral

Data:

Data próxima revisão:

ANEXO XIV - Folheto da consulta de hipocoagulação

A consulta implica pagamento da taxa moderadora?

- Se for isento, não pagará taxa moderadora.
- Se não for isento, a consulta será sujeita a pagamento da taxa moderadora. Se vier apenas para avaliar a análise/INR, pagará o ato da consulta.

Consulta médica – 4,5€

Consulta de enfermagem – 3,5€

Ato de enfermagem – 0,80€

Em situação de indisponibilidade de ir à consulta/esquecimento da mesma, como deve atuar?

Deve contactar, logo que possível, o secretariado clínico, para reagendamento da consulta/ato.

Recomendações

Se lhe for alterada a medicação/prescritos novos medicamentos, informe o seu médico de família e enfermeiro responsável pela consulta de hipocoagulação.

Informe se houve esquecimentos na toma da sua medicação/anticoagulante oral.

Refira se ocorreram mudanças na sua alimentação de um modo brusco.

O **objetivo** da consulta é **capacitá-lo a gerir a sua doença**, diminuindo assim o risco de hemorragia e prevenindo a formação de coágulos no sangue.

Para isso, **contamos com a presença**

Contacto telefónico da Unidade de Saúde Familiar CampuSaúde – **249 979 180**

Inês Santos Frazão,

Aluna de Mestrado/Especialidade em Enfermagem Comunitária, 2018/2019.

Trabalho realizado no âmbito do estágio II, projeto **“Capacitar = Mais Saúde”**.



Consulta de hipocoagulação



Procedimentos da consulta

Maio de 2019

A quem se destina a consulta?

Esta consulta é para pessoas com hipocoagulação, ou seja, que realizam tratamento com anticoagulantes orais.

Preconiza-se que a pessoa venha acompanhado por um familiar/prestador de cuidados, pois acreditamos que a sua presença será um contributo para a sua saúde.

Quem realiza a consulta?

- ✓ O médico de família, sendo que na sua ausência, o mesmo é substituído por outro médico da USF CampuSaúde.
- ✓ Enfermeiro responsável pela consulta de hipocoagulação. Na sua ausência será, preferencialmente, substituído pelo enfermeiro de família



Quantas consultas deve fazer no ano?

O número de consultas será de acordo com a sua necessidade. No entanto, preconiza-se que, pelo menos, haja uma consulta no seu médico de família, em cada ano civil, sendo que no dia da consulta médica existe uma consulta de enfermagem que a antecede.

Quando vier apenas para realizar a análise de controlo de coagulação, ou seja, monitorizar o INR (Rácio Internacional Normalizado), esse momento será contabilizado como ato de enfermagem.




O que deve fazer quando chegar à USF no dia da consulta?

1. Deve dirigir-se ao secretariado clínico para efetivação da consulta médica e/ou consulta/ato de enfermagem.

2. Seguidamente irá à consulta de enfermagem para:
 - monitorizar o INR;
 - ensinamentos sobre os cuidados a ter com: alimentação equilibrada, horário das tomas do anticoagulante oral, interações medicamentosas e alimentares, bem como sinais de alarme.
3. Se a *análise estiver no intervalo terapêutico desejado*, o enfermeiro imprime a folha do regime terapêutico e agenda o próximo ato para monitorizar o INR/consulta.
4. Se a *análise estiver fora do intervalo terapêutico*, o enfermeiro irá informar o médico de família para que o mesmo faça o ajuste da medicação. Seguidamente, ser-lhe-á entregue a folha terapêutica até à próxima consulta, bem como agendado o próximo ato para monitorizar o INR /consulta.

ANEXO XV – Cartão de identificação da pessoa com hipocoagulação

	CARTÃO DE ALERTA DA PESSOA COM HIPOCOAGULAÇÃO		
<p>Se eu precisar de ajuda ligue para o 112 e peça para falar com a emergência médica. Mencione a informação que consta neste cartão.</p>			
NOME:			
MEDICAÇÃO ANTICOAGULANTE: <i>SIM</i>			
DIGA SE EU ESTIVER COM <i>HEMORRAGIA</i> (perda de sangue).			
CONTATOS ÚTEIS:	USF CampusSaúde	249 979 180	
	Bombeiros (Golegã)	249 979 070	
	Familiar		

ANEXO XVI – Guia de orientação para as famílias

A PESSOA COM HIPOCOAGULAÇÃO: Contributo Familiar

GUIA DE ORIENTAÇÃO PRÁTICO

Projeto: Capacitar = Mais Saúde



Maio, 2019

Projeto: *Capacitar = Mais Saúde*

Se é familiar de uma pessoa hipocoagulada, este guia de orientações práticas foi elaborado a pensar em si. Acreditámos que ao envolvê-lo na situação do seu familiar com hipocoagulação, que o mesmo conseguirá gerir e controlar melhor a sua doença. Sim, é importante ensinar a pessoa com hipocoagulação a gerir a doença, ou seja, capacitá-la para que a mesma tenha mais saúde. *“Capacitar = Mais Saúde”* é possível e, para tal, contamos consigo. Sendo a hipocoagulação uma doença que não é visível, a verdade é que, se a mesma não for devidamente gerida e controlada, pode levar a situações de saúde muito graves. É importante que a hipocoagulação seja encarada, não só pela pessoa com hipocoagulação, mas também pela família, como uma doença real.

Este guia ajudá-lo-á a compreender melhor a doença e a perceber como pode ajudar. Saiba assim que os pilares para controlar e gerir a doença são: Alimentação e Medicação (temas abordados nas consultas médicas e de enfermagem na USF CampuSaúde), bem como a FAMÍLIA.

Ansiamos que este guia educativo dedicado à família da pessoa com hipocoagulação seja o início de um grande sucesso na gestão e controlo da doença. Sinta-se por isso envolvido nesta caminhada... Lembre-se que a saúde do seu elemento da família com hipocoagulação também depende de si.

Acompanhe o seu familiar com hipocoagulação nas consultas de hipocoagulação da USF CampuSaúde. Nas mesmas são realizados ensinamentos sobre como gerir e controlar a doença. Sinta-se à vontade para aparecer!

A USF CampuSaúde encontra-se disponível para esclarecer sobre qualquer dúvida que possa surgir sobre a hipocoagulação. Não hesite em contactar-nos:

Telefone:

249 979 180



O QUE É A COAGULAÇÃO?

A coagulação é um mecanismo que o nosso corpo tem para evitar que sangremos demasiado ou, pelo contrário, evitar que se formem coágulos no interior dos nossos vasos sanguíneos.

O QUE É UM ANTICOAGULANTE?

Os anticoagulantes orais são medicamentos que fazem com que o sangue demore mais tempo a coagular, ou seja, previne a formação de coágulos. Em Portugal os ACO mais usados são Varfine® e Sintrom®.

O QUE É O INR?

O INR (Rácio Internacional Normalizado) é a forma de medição do tempo de coagulação, permitindo assim saber se o valor se encontra dentro dos parâmetros considerados corretos. Cada pessoa tem o seu intervalo, que depende de vários fatores: a doença, a medicação, entre outros.

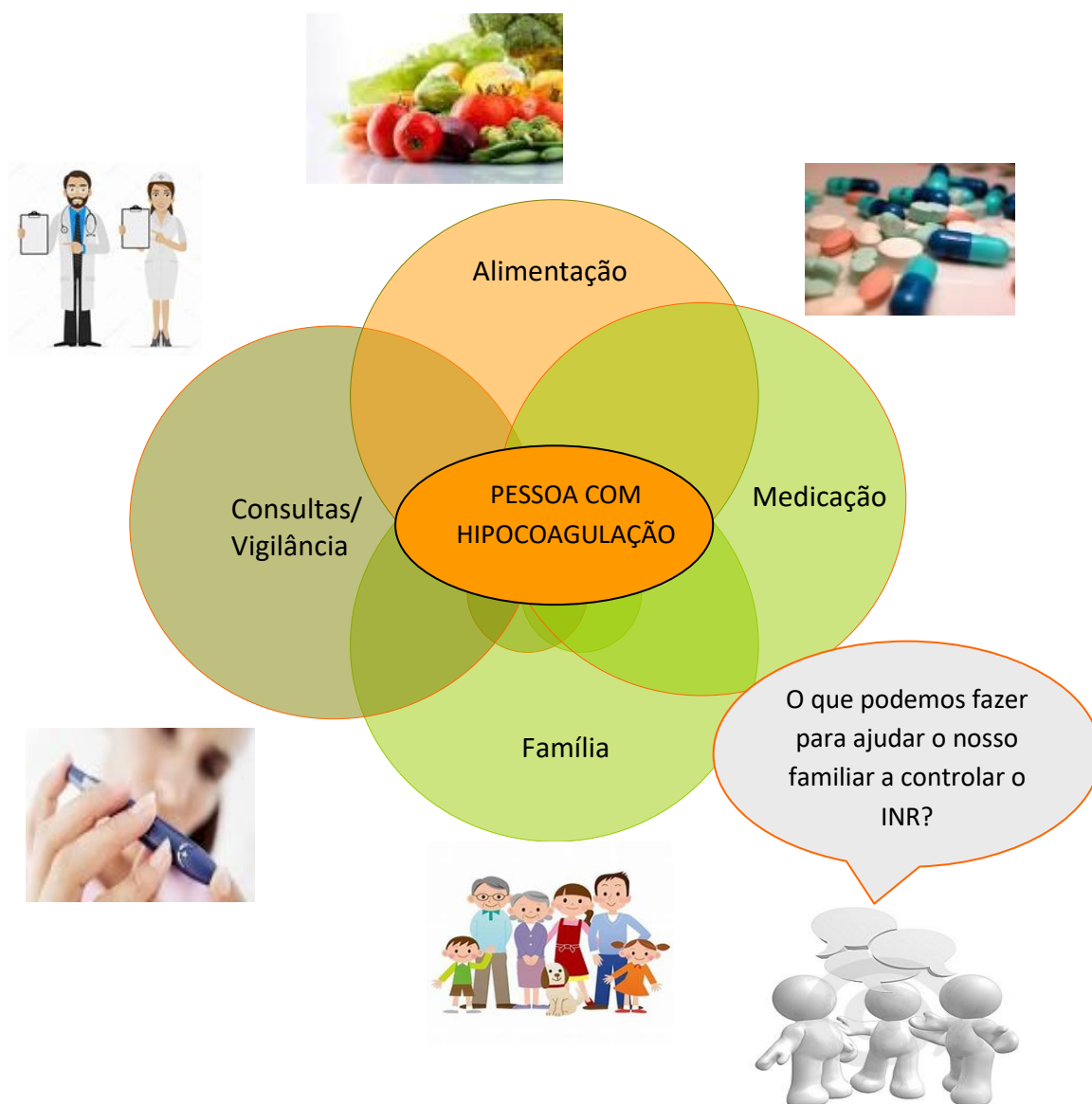
No caso de o seu familiar estar anticoagulado em excesso, as complicações mais frequentes dos anticoagulantes orais são as hemorragias.

Se o seu familiar não está suficientemente anticoagulado podem produzir-se coágulos, que aumentam a possibilidade de embolia ou trombose.



A PESSOA COM HIPOCOAGULAÇÃO

Muitas pessoas consideram não saber o que está envolvido para que o tratamento com anticoagulante seja eficaz. Se for o seu caso, as informações que se seguem, serão úteis para perceber o que está envolvido para gerir a doença.



ALIMENTAÇÃO

A Roda dos Alimentos é uma imagem ou representação gráfica que ajuda a escolher e a combinar os alimentos que deverão fazer parte da alimentação diária.

É um símbolo em forma de círculo que se divide em setores de diferentes tamanhos (grupos) e que reúnem alimentos com propriedades nutricionais semelhantes, podendo e devendo ser regularmente substituídos uns pelos outros de modo a assegurar a necessária variedade.

Cada um dos grupos apresenta funções e características nutricionais específicas, pelo que todos eles devem estar presentes na alimentação diária de todas as pessoas, com ou sem hipocoagulação, não devendo ser substituídos entre si.



COMPLETA

EQUILIBRADA

VARIADA

Nota: O seu familiar pode comer de tudo o que é saudável. O que não é aconselhável é o mesmo fazer grandes variações na sua dieta, essencialmente no que diz respeito à quantidade, bem como não deve fazer dietas desequilibradas ou agressivas.

ALIMENTAÇÃO

Existem alguns alimentos que alteram o resultado do INR, visto que são ricos em vitamina K, que é uma vitamina que aumenta a coagulação do sangue, e que diminuem o efeito do Varfine®/Sintrom®.

Para evitar oscilações nos valores do INR do seu familiar com hipocoagulação, ajude o seu familiar a cumprir as seguintes indicações:

- O seu familiar deve manter a sua alimentação habitual, com o fim de ajustar a medicação, ou seja, deve manter uma dieta equilibrada e variada.
- Existem alimentos que devem ser consumidos com moderação, entre os quais se encontram as verduras de folhas verdes, uma vez que são alimentos ricos em vitamina K:
 - Espinafre, espargos alface, rúcula, hortelã, brócolos, nabiças, agrião, salsa, couves: lombarda, cebolinho couve-flor (folhas e talos), couves de bruxelas, repolho entre outros.
- Para além destas hortícolas, devem ser evitados:
 - tomate verde, pepino com casca, mostarda, feijão seco, grão de bico, gema de ovo, fígado (vaca, galinha/frango, porco), óleo de soja, lentilhas, ervilhas secas, alho, soja.
 - Chás de folha verde: Chá verde, Chá de camomila, Chá de São João (hipericão), entre outros.
 - Aloé Vera, Cevada (café de cevada, cerveja), algas marinhas.
 - Óleo de soja ou de semente de algodão.

MEDICAÇÃO

A toma da medicação por parte do seu familiar com hipocoagulação é fundamental para o controlo da doença. Por isso, **É IMPORTANTE QUE TENHA CONHECIMENTO SOBRE:**

* a dose da medicação que o seu familiar deve tomar (ver esquema da medicação que é fornecido na consulta e assinalar com um X quando da sua toma). É muito importante que o seu familiar tome a dose correta.

* se o seu familiar tem medicação em casa suficiente para quando terminar a embalagem que se encontra a tomar (nunca ficar em casa sem caixa suplente de medicamentos).

COMO DEVE SER TOMADO O ANTICAGULANTE?

O anticoagulante oral tem de ser tomado sempre à mesma hora, preferencialmente 30 minutos antes do jantar.

Em situação de esquecimento no próprio dia pode ser tomado, preferencialmente, 1h após o jantar.

E SE O ESQUECIMENTO FOR DE UM DIA?

- ✓ Se esquecimento for de um dia não deve ser alterada a dose, ou seja, deve ser tomada a dose que corresponde ao dia.
- ✓ Não deve ser tomada o dobro da medicação no dia seguinte.
- ✓ Deve ser anotado o esquecimento e referido na próxima consulta.

IMPORTANTE:

- Questione/observe se o seu familiar tomou a medicação.
- Se o mesmo tem o hábito de se esquecer, lembre-o.



MEDICAÇÃO



Tenha em conta que:

- ✓ Alguns medicamentos podem alterar o valor do INR, por isso não devem ser tomados medicamentos sem o conhecimento do seu médico de família ou enfermeiro;
- ✓ Caso o seu familiar com hipocoagulação inicie um novo medicamento deve informar-se o médico de que está a tomar anticoagulantes orais;
- ✓ Antibióticos e anti-inflamatórios são alguns dos medicamentos que podem alterar o valor do INR. Cerca de 4 dias após início dos mesmos o seu familiar deverá contactar o enfermeiro responsável pela consulta de hipocoagulação da USF CampusSaúde para agendar nova avaliação/monitorizar INR;
- ✓ É muito importante que o seu familiar com hipocoagulação **Não se automedique!**

EXEMPLO DE MEDICAMENTOS QUE REDUZEM O EFEITO DO ANTICOAGULANTE

- ✓ Anti-epilépticos (por exemplo, carbamazepina, barbitúricos);
- ✓ Medicamentos antimicóticos (por exemplo, griseofulvina);
- ✓ Drogas antituberculose (por exemplo, rifampicina);
- ✓ Preparados de vitamina (vitamina K);
- ✓ Os laxantes têm efeito sobre a anticoagulação que não é previsível.

EXEMPLO DE MEDICAMENTOS QUE INTENSIFICAM O EFEITO DO ANTICOAGULANTE

- ✓ Analgésicos (por exemplo, ácido acetilsalicílico e AINEs);
- ✓ Anti-reumáticos e anti-inflamatórios;
- ✓ Antibióticos (por exemplo, penicilina, ampicilina, tetraciclina);
- ✓ Anticolesterolaminas (Statine, fibratos);
- ✓ Agentes anti-arrítmicos (por exemplo amiodarona);
- ✓ Antidepressivos (antidepressivos tricíclicos)
- ✓ Diuréticos;
- ✓ Medicamentos hipoglicemiantes (por exemplo sulfonil carbamidas);
- ✓ Hormonas da tiróide.

OUTROS CUIDADOS A TER

O seu familiar com hipocoagulação, apesar de poder ter uma vida normal, necessita de ter alguns cuidados especiais, visto que está mais sujeito a pequenas perdas de sangue ou hemorragias. Alguns desses cuidados são:

- ✓ Utilizar escovas de dentes com cerdas mais macias (para diminuir o risco de fazer feridas nas gengivas);
- ✓ Se for homem deve utilizar uma máquina de barbear e não uma lâmina.
- ✓ Não deve fumar, uma vez que o tabaco pode diminuir o efeito do ACO;
- ✓ Não é aconselhável realizar exercícios violentos, devido ao risco de hemorragias;
- ✓ Evite as situações que podem provocar quedas (ex.: subir a escadotes ou cadeiras);
- ✓ Se o seu familiar for mulher em idade fértil será necessário aconselhar-se com o seu médico de família ou ginecologista sobre o método contraceutivo a adotar, bem como se pensar engravidar;
- ✓ Se verificar que estão a surgir mais hematomas (nódoas negras) do que o habitual no corpo do seu familiar, em grande número ou tamanho, recorra ao seu médico de família ou enfermeiro;
- ✓ Quando o seu familiar for ao dentista ou realizar alguma cirurgia deve comunicar que está a fazer anticoagulantes orais.

SAIBA QUE:

- ✓ O álcool diminui a coagulação do sangue.
- ✓ O consumo excessivo de bebidas alcoólicas deve ser evitado por parte do seu familiar com hipocoagulação.
- ✓ Um consumo pontual e moderado (1 copo de aproximadamente 150 mL por dia para as mulheres e dois copos de aproximadamente 150 mL por dia para os homens) não parece ter efeitos prejudiciais.

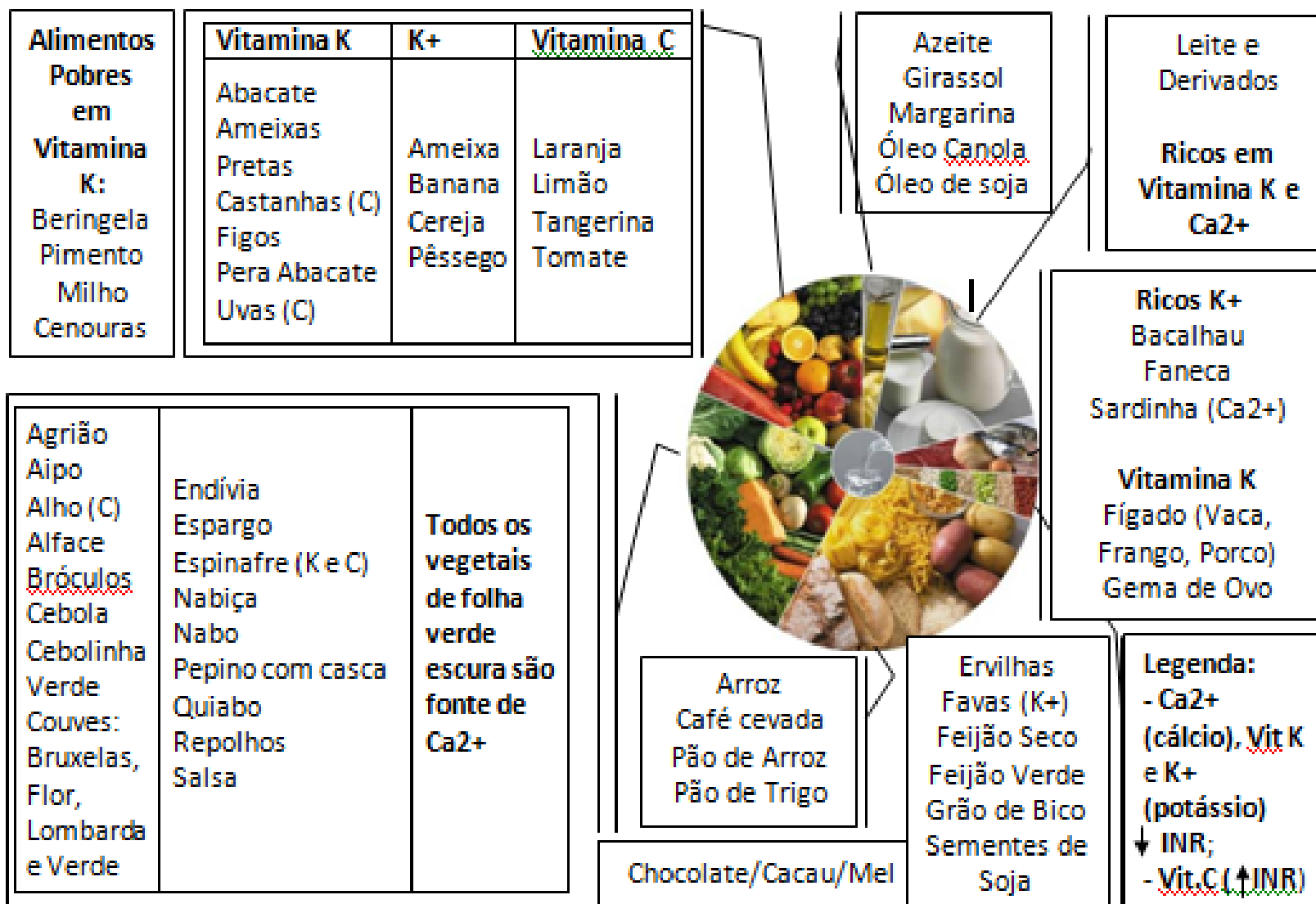
Inês Santos Frazão,

Aluna de Mestrado/Especialidade em Enfermagem Comunitária, 2018/2019.

Trabalho realizado no âmbito do estágio II, projeto **“Capacitar = Mais Saúde”**.

ANEXO XVII – Esquema de alimentos que interferem com o INR

Alimentos que interferem com o INR



ANEXO XVIII – Ficha de avaliação de conhecimentos das sessões de educação para a saúde

Ficha de avaliação de conhecimentos

Projeto: *Capacitar = Mais Saúde*

Sessão de educação para a saúde: A pessoa com hipocoagulação: gestão e adesão ao regime terapêutico.

Assinale com um X as afirmações que se seguem de acordo se forem:

Verdadeiras (V), Falsas (F) ou Não Sei (NS).

	V	F	NS
1. Os anticoagulantes orais previnem a formação de coágulos.			
2. A sigla INR quer dizer Rácio Internacional Normalizado.			
3. Os intervalos terapêuticos do IRN são iguais para todas as pessoas.			
4. O INR baixo faz com que haja maior risco de hemorragia.			
5. A única causa das oscilações do valor de INR é a alimentação desequilibrada.			
6. A família é um pilar importante para ajudar na gestão/controlo da doença.			
7. Os suplementos alimentares/produtos naturais não interferem com o anticoagulante oral.			
8. A vitamina K deve ser eliminada na alimentação da pessoa hipocoagulada.			
9. A ingestão baixa de vitamina K aumenta o INR.			
10. Os óleos vegetais e produtos lácteos não interferem com o valor do INR.			
11. Se ocorrer esquecimento na toma da medicação no dia anterior, deve ser tomado 2 comprimidos assim que possível (o do dia anterior e o do dia).			
12. O consumo de álcool em excesso não interfere com o valor de INR.			

Muito obrigada pela sua participação.

ANEXO XIX – Gráficos dos dados das sessões de educação para a saúde

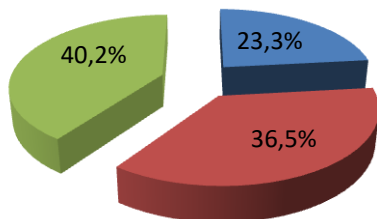
Dados das sessões de educação para a saúde

(Referente às 34 pessoas com hipocoagulação)

Antes da sessão			Depois da sessão		
Correta	Incorreta	Não respondeu/ Não sabe	Correta	Incorreta	Não respondeu/ Não sabe
23,3%	36,5%	40,2%	96,8%	1,0%	2,2%

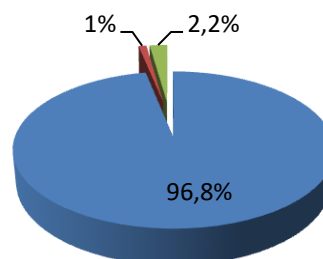
Antes da Sessão

■ Correta ■ Incorreta ■ Não respondeu/ Não sabe



Depois da Sessão

■ Correta ■ Incorreta ■ Não respondeu/ Não sabe

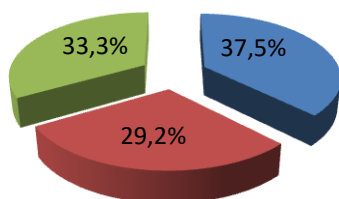


(Referente aos 12 familiares das pessoas com hipocoagulação)

Antes da sessão			Depois da sessão		
Correta	Incorreta	Não respondeu/ Não sabe	Correta	Incorreta	Não respondeu/ Não sabe
37,5%	29,2%	33,3%	97,2%	1,4%	1,4%

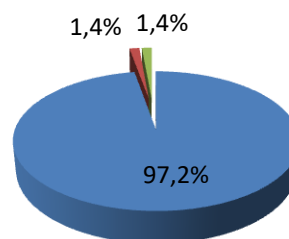
Antes da Sessão

■ Correta
■ Incorreta
■ Não respondeu/ Não sabe



Depois da Sessão

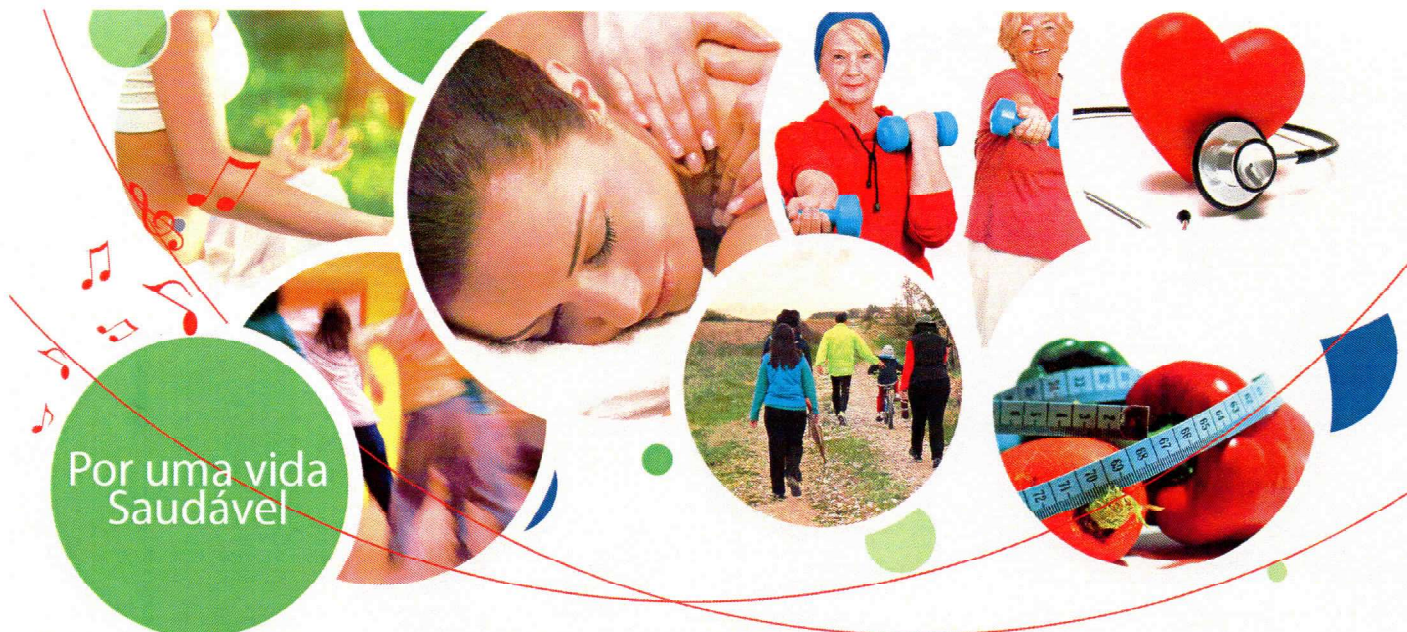
■ Correta
■ Incorreta
■ Não respondeu/ Não sabe



ANEXO XX – Indicadores de execução, metas e resultados

Meta	Indicador	Resultado
50% das pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto	% de pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto (N.º de pessoas disponíveis para o projeto/N.º total de pessoas com hipocoagulação)	(34/43) x100%= 79%
80% das pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto a frequentar a sessão de educação para a saúde	% de pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto a frequentar a sessão de educação para a saúde (N.º de pessoas com hipocoagulação que frequentaram a sessão de educação para a saúde /Total de pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto) x100%	(34/34) x100%= 100%
60% dos elementos da família da pessoa com hipocoagulação disponíveis para o projeto a frequentar a sessão de educação para a saúde	% de elementos da família das pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto a frequentar a sessão de educação para a saúde (N.º de elementos da família das pessoas com hipocoagulação que frequentaram a sessão de educação para a saúde /Total de elementos da família das pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto) x100%	(12/12) x100%= 100%
60% das pessoas com hipocoagulação satisfeitas com o projeto	% de pessoas com hipocoagulação satisfeitas com o projeto (N.º de pessoas com hipocoagulação satisfeitas com o projeto/Total de pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto) x100	(34/34) x100%= 100%
60% de elementos da família das pessoas com hipocoagulação satisfeitas com o projeto	% de elementos da família das pessoas com hipocoagulação satisfeitas com o projeto (N.º de elementos da família das pessoas com hipocoagulação satisfeitas com o projeto/Total de elementos da família das pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto) x100	(12/12) x100%= 100%

ANEXO XXI – Certificado de participação na III Feira da Saúde da Golegã



III FEIRA DA SAÚDE

GOLEGÃ

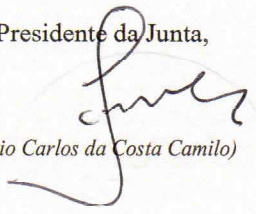
27 E 28 DE ABRIL DE 2019

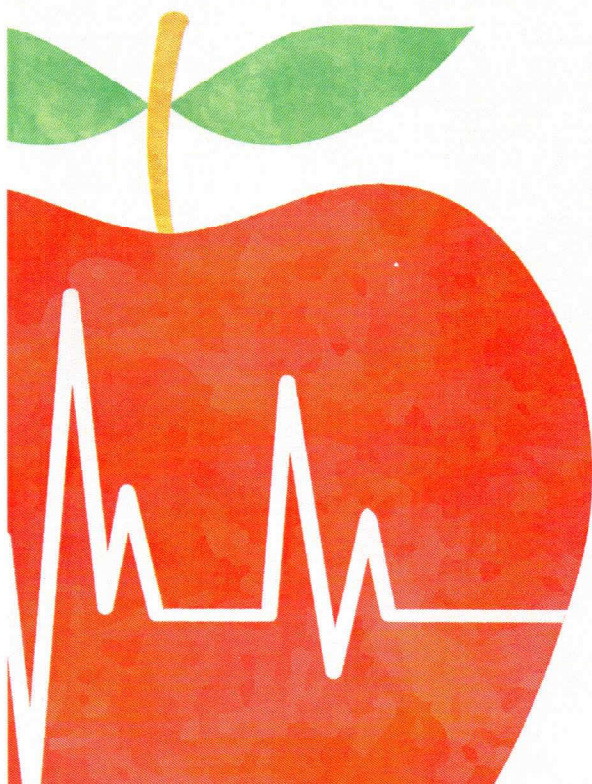
CERTIFICADO

Certifico que a **Sr^a. D. Inês Santos Frazão**, participou através de **USF - Unidade Saúde Familiar - CampusSaúde - Golegã**, na III Feira da Saúde levada a efeito nos dias 27 e 28 de abril de 2019, organizada por esta Junta de Freguesia em parceria com a Câmara Municipal da Golegã.

Golegã, 8 de maio de 2019.

O Presidente da Junta,


(António Carlos da Costa Camilo)



III Feira da Saúde da Golegã

27 e 28 de Abril de 2019



ANEXO XXII – Certificado de presença no Congresso Internacional de Literacia em Saúde



Health Higher School of Santarém



1st International Congress on Health Liter@cy Paradigms and knowledge in “diverse” contexts

This is to certify that **Inês Isabel Vieira Santos Frazão**, participated in the 1st International Congress on Health Literacy – Paradigms and Knowledge in “Diverse” Contexts, on May 16th and 17th, 2019, at the Health Higher School of Santarém.


Director of ESSS
Coordinator Prof. Isabel Barroso (MSc.)

UMIS Coordinator
Coordinator Prof. José Amendoeira (PhD.)

Principal Researcher - Your PEL
Adjunct Prof. Hélia Dias (PhD.)



ANEXO XXIII – Seminário intercalar e final




INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
 ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
 7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
 8º CURSO DE PÓS LICENCIATURA DE ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM
 COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA
 UNIDADES CURRICULARES – Estágio II e Relatório


Capacitação da pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico

SEMINÁRIO INTERCALAR



Santarém, 3 de maio de 2019


Professora Orientadora
 Prof.ª Dr.ª Alcinda Reis
Enfermeira Cooperante
 Enf.ª Luísa Nabo Martins
Autoras
 Inês Santos




Objetivos


- Apresentar o percurso desenvolvido até ao momento no Estágio II, desenvolvido na USF CampuSaúde;
- Partilhar experiências, fatores facilitadores e estratégias de superação de fatores dificultadores, enquanto condição de aprendizagem.




Sumário

1. Contextualização da Unidade de Saúde Familiar
2. Projeto de estágio
3. Aspetos facilitadores e dificultadores
4. Conclusão


USF CampuSaúde

- Início em **14/12/2010**: sede e polo de saúde da Azinhaga.
- É constituída por 11 profissionais: **3 médicos** de especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF), **4 enfermeiros**, **4 assistentes técnicos**.
- O número de inscritos na USF era de **6125** pessoas em dezembro de 2018 (Mimuf, 2019).


Projeto de estágio
 Caraterização sociodemográfica da comunidade – 44 pessoas com hipocoagulação

Género



Género	Porcentagem
Feminino	48%
Masculino	52%

Idades



Idade	Nº
18-45	1
45-65	12
65	31

Estado Civil



Estado Civil	Porcentagem
Casado	88%
Solteiro	2%
Viúvo	2%
Divorciado	8%





Projeto de estágio
 Caraterização sociodemográfica da comunidade – 44 pessoas com hipocoagulação

Situação profissional



Situação profissional	Porcentagem
Empregado	84%
Desempregado	2%
Reformado	12%
Estudantes	2%

Com quem vive



Com quem vive	Porcentagem
família	84%
sozinho	2%
instituição	14%

Escolaridade



Escolaridade	Porcentagem
Analfabeto	18%
< 1º Ciclo	2%
1º Ciclo	76%
2º Ciclo	2%
Secundário	2%




Escola Superior de Saúde [Pontevedra]

Projeto de estágio

Planeamento em Saúde

Estratégico

- Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020 (Reduzir a mortalidade prematura (<70 anos), para um valor inferior a 20%; Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%)

Tático

- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares
- Recomendações: "Terapêutica Antitrombótica da Fibrilhação Auricular"

Operacional

- Plano de Intervenção:
- "Capacitar =+ Saúde"

Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Competência do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (Reg. n.º 428/2018)

Escola Superior de Saúde [Pontevedra]

Projeto de estágio

Planeamento em Saúde

Diagnóstico de Situação: Necessidades formativas a nível da gestão e adesão ao regime terapêutico nas pessoas com hipocoagulação

Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

Competência do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (Reg. n.º 428/2018)

De 1 de janeiro de 2018 a 20 de março de 2019

- 44 pessoas com hipocoagulação não apresentam diagnóstico de GRT/ART;
- 2 pessoas com hipocoagulação têm registo de enfermagem sobre hábitos alimentares;
- 23 (52,27%) pessoas com hipocoagulação apresentam o INR fora do intervalo terapêutico, na última consulta;
- Dificuldade na gestão e adesão ao regime terapêutico (entrevista semiestruturada à enfermeira responsável pela consulta).

Escola Superior de Saúde [Pontevedra]

Projeto de estágio

Planeamento em Saúde

Diagnóstico de Situação: Necessidades formativas a nível da gestão e adesão ao regime terapêutico nas pessoas com hipocoagulação

Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

Competência do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (Reg. n.º 428/2018)

Determinação de Prioridades: Gestão e adesão ao regime terapêutico

Nas consultas de enfermagem realizadas (março e abril de 2019) às pessoas com hipocoagulação verificou-se maior dificuldade na gestão e adesão ao regime alimentar, regime medicamentoso, por vezes é comprometido, associado à hora da toma da medicação e, menos frequente, associado a esquecimentos.

Diagnósticos de Enfermagem Comunitária: Conhecimento sobre regime alimentar não demonstrada; e Gestão e Adesão ao regime alimentar comprometida.

Escola Superior de Saúde [Pontevedra]

Projeto de estágio

Planeamento em Saúde

Diagnóstico de Situação: Necessidades formativas a nível da gestão e adesão ao regime terapêutico nas pessoas hipocoaguladas

Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

Competência do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (Reg. n.º 428/2018)

Determinação de Prioridades: Gestão e adesão ao regime terapêutico

Determinação de objetivos: Capacitar a pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico

Determinação de estratégias: Sessão de educação para a saúde.

Planeamento da Execução: Sessão de educação para a saúde; guia orientador para a família da pessoa com hipocoagulação; protocolo da consulta.

(Nunes, 2016)

Escola Superior de Saúde [Pontevedra]

Projeto de estágio

A enfermagem comunitária tem como foco de atenção primordial a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania

(DE, 2010a, p10, citado por Figueiredo, 2017)

Objetivo da scoping

Identificar as estratégias do enfermeiro especialista em saúde comunitária que capacitam a pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico.

Escola Superior de Saúde [Pontevedra]

Metodologia

Que estratégias do enfermeiro especialista em saúde comunitária capacitam a pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico?

P	C	C	
Types of participants	Concept	Context	Types of studies
<ul style="list-style-type: none"> Pessoa com hipocoagulação 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermagem; Gestão e adesão ao Regime Terapêutico; Anticoagulantes; 	<ul style="list-style-type: none"> Comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> Qualitativos, quantitativos e mistos
<p>Stakeholders' views and experiences of care and interventions for addressing frailty and pre-frailty: A meta-synthesis of qualitative evidence</p>			
<p>Descritores MESH: Community Health Nursing; patient compliance; anticoagulation</p>			
<p>Barbara D'Avanzo¹, Rachel Shaw², Silvia Riza³, Joao Apostol⁴, Elizabeth Bobrowski Campos⁵, Dorota Korpas⁶, Nare Bajbouk⁷, Carol Hilland⁸</p>			

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
8º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA
UNIDADES CURRICULARES – Estágio II e Relatório

Capacitar a pessoa com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico
Projeto: *Capacitar = Mais Saúde*

SEMINÁRIO FINAL

Professora Orientadora
Prof.ª Dr. Alcinda Reis
Enfermeira Cooperante
Enf.ª Luísa Nabo Martins
Autoras
Inês Santos

Santarém, 19 de junho de 2019

1

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

Projeto: *Capacitar = Mais Saúde*

1.1 – Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.

1 - Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

Competência do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (Reg. n.º 428/2018)

2

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

Projeto: *Capacitar = Mais Saúde*

1.1 – Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.

USF CampuSaúde – 1680 pessoas com doenças cérebro-cardiovasculares

- 44 pessoas com hipocoagulação sem registo de GRT ou ART na consulta de hipocoagulação;
- 7 pessoas sem registo de anticoagulante na medicação crónica;
- 23 (52,27%) pessoas com hipocoagulação apresentam o INR fora do intervalo terapêutico, na última consulta.

ENTREVISTA

- Dificuldade na gestão do regime terapêutico, mais associado ao regime alimentar: "alguns não sabem o que comer", "gerir a alimentação considero que é o maior desafio para eles".

3

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

Projeto: *Capacitar = Mais Saúde*

1.1 – Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.

- Dificuldade na gestão e adesão ao regime terapêutico;
 - Diagnóstico de Enfermagem Comunitária:
 - Conhecimento sobre regime alimentar não demonstrado
 - Gestão do Regime Terapêutico comprometido
 - Adesão ao Regime Terapêutico comprometido

1.2 – Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade.

- Gestão e adesão ao regime terapêutico

4

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

Projeto: *Capacitar = Mais Saúde*

1.3 – Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.

Capacitar as pessoas com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico.

Objetivos específicos:

- Identificar as estratégias que promovam a gestão e adesão ao regime terapêutico;
- Fornecer a informação às pessoas com hipocoagulação para a gestão e adesão ao regime terapêutico;
- Envolver as pessoas com hipocoagulação/familiares na tomada de decisão fundamentada para a gestão e adesão ao regime terapêutico;

5

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

Projeto: *Capacitar = Mais Saúde*

1.3 – Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.

Quais as estratégias do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária que capacitam a pessoa com hipocoagulação na gestão e adesão ao regime terapêutico?

Recurso à Scoping Review

Stakeholders' views and experiences of care and interventions for addressing frailty and pre-frailty: A meta-synthesis of qualitative evidence

Keywords: Enfermeiro especialista em enfermagem comunitária; gestão e adesão terapêutica; anticoagulantes. Descritores MESH: Community Health Nursing; patient compliance; anticoagulation

6

Escola Superior de Saúde [IPUSP] [IPUSP] [IPUSP]

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

Projeto: **Capacitar = Mais Saúde**

1.3 — Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.

MODELO EMPOWERMENT (Gibson, 1991)

1. A **saúde pertence às pessoas** e elas têm a primeira responsabilidade sobre ela.
2. É fundamental a **identificação dos recursos e necessidades das pessoas**.
3. O **domínio da pessoa**: **motivação, melhoria da saúde e da qualidade de vida, crescimento, aprendizagem, autodeterminação e tomada de decisão das pessoas**
4. O **enfermeiro** precisa ser **encorajador, facilitador e educador** (fornecer a informação necessária).
5. O modelo privilegia a **negociação, tomada de decisão partilhada, envolvimento, empatia, confiança e objetivos comuns** entre o **enfermeiro e pessoa**.

7

Escola Superior de Saúde [IPUSP] [IPUSP] [IPUSP]

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

Projeto: **Capacitar = Mais Saúde**

1.4 — Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

Projeto: **Capacitar = Mais Saúde**

- ✓ Apresentação do projeto à equipa da USF CampuSaúde;
- ✓ Divulgação do projeto nas consultas de hipocoagulação;
- ✓ 1 sessão de educação para a saúde para as pessoas com hipocoagulação/família;
- ✓ Elaboração/apresentação do protocolo da consulta de hipocoagulação à equipa;

8

Escola Superior de Saúde [IPUSP] [IPUSP] [IPUSP]

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

Projeto: **Capacitar = Mais Saúde**

1.5 — Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

Métrica	Objetivo	Realizado
100% das pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto	% de pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto / (Nº de pessoas disponíveis para o projeto / Nº total de pessoas com hipocoagulação)	(34/34)100%-100%
100% das pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto a frequentar a sessão de educação para a saúde	% de pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto a frequentar a sessão de educação para a saúde / (Total de pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto)100%	(34/34)100%-100%
100% dos elementos da família da pessoa com hipocoagulação disponíveis para o projeto a frequentar a sessão de educação para a saúde	% de elementos da família das pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto a frequentar a sessão de educação para a saúde / (Nº de elementos da família das pessoas com hipocoagulação que frequentaram a sessão de educação para a saúde / Total de elementos da família das pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto)100%	(12/12)100%-100%
100% das pessoas com hipocoagulação satisfeitas com o projeto	% de pessoas com hipocoagulação satisfeitas com o projeto / (Nº de pessoas com hipocoagulação satisfeitas com o projeto / Total de pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto)100%	(34/34)100%-100%
100% dos elementos da família das pessoas com hipocoagulação satisfeitas com o projeto	% de elementos da família das pessoas com hipocoagulação satisfeitas com o projeto / (Nº de elementos da família das pessoas com hipocoagulação satisfeitas com o projeto / Total de elementos da família das pessoas com hipocoagulação disponíveis para o projeto)100%	(12/12)100%-100%

9

Escola Superior de Saúde [IPUSP] [IPUSP] [IPUSP]

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

Projeto: **Capacitar = Mais Saúde**

1.5 — Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

✓ Satisfação das pessoas com hipocoagulação e seus familiares que frequentaram o projeto (opinião global foi de 100% - Muito satisfeitas)

"foi muito bom estar com outras pessoas com os mesmos problemas de saúde (...) que nos compreendem"
"a repetir"
"muito obrigada por ter convidado o meu marido para vir"
"aprendi muita coisa"

10

Escola Superior de Saúde [IPUSP] [IPUSP] [IPUSP]

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

Projeto: **Capacitar = Mais Saúde**

1.5 — Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

Nível de avaliação de satisfecimento

Respostas das 34 pessoas com hipocoagulação (antes da sessão)

Respostas das 34 pessoas com hipocoagulação (após sessão)

11

Escola Superior de Saúde [IPUSP] [IPUSP] [IPUSP]

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

Projeto: **Capacitar = Mais Saúde**

1.5 — Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

Nível de avaliação de satisfecimento

Respostas dos 12 familiares das pessoas com hipocoagulação (antes da sessão)

Respostas dos 12 familiares das pessoas com hipocoagulação (após sessão)

12

Escola Superior de Saúde [IPCentente] [IPCentente]

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

Projeto: *Capacitar = Mais Saúde*

2 - Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Competência do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (Reg. n.º 428/2018)

13

Escola Superior de Saúde [IPCentente] [IPCentente]

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

Projeto: *Capacitar = Mais Saúde*

3 - Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

4 - Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Competência do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária

14

Escola Superior de Saúde [IPCentente] [IPCentente]

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

Projeto: *Capacitar = Mais Saúde*

A continuidade do projeto *Capacitar = Mais Saúde* na USF CampuSaúde:

- Auditoria à consulta de hipocoagulação (protocolo da consulta) no final do ano civil, com apresentação à equipa multidisciplinar das conformidades/não conformidades;
- Envolver a família da pessoa com hipocoagulação visando a gestão e a adesão ao regime terapêutico (entrega do guia de orientações para a família, inclusive aos que não frequentaram as sessões de educação para a saúde);
- Replicar a sessão de educação para a saúde pelo menos uma vez em cada ano civil (convite alargado à família);
- Submeter o protocolo da consulta de hipocoagulação ao processo de melhoria da qualidade;

15

Escola Superior de Saúde [IPCentente] [IPCentente]

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Projeto: *Capacitar = Mais Saúde*

- Consultas no âmbito:
- Programa de Saúde Prioritário: Diabetes;
- Programa de Saúde Prioritário: Doenças cérebro-cardiovasculares;
- Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva
- Programa de Saúde Infantil e Juvenil;
- Programa de Saúde Vacinação;
- Visita domiciliaria;
- Tratamento de feridas.

Participação:

- 3.ª Feira Saúde da Golegã;
- 1.º Congresso Internacional de Literacia em Saúde

16

Obrigada

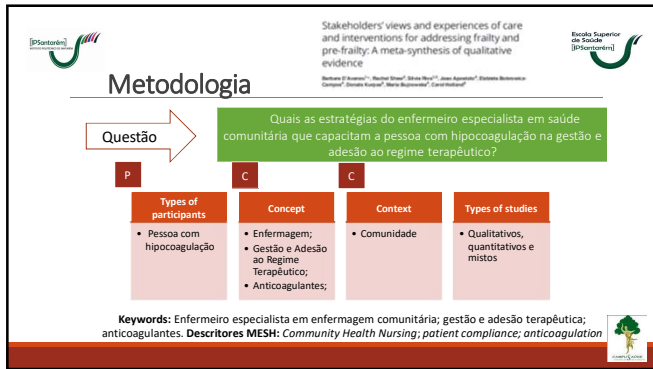
17

Escola Superior de Saúde [IPCentente] [IPCentente]

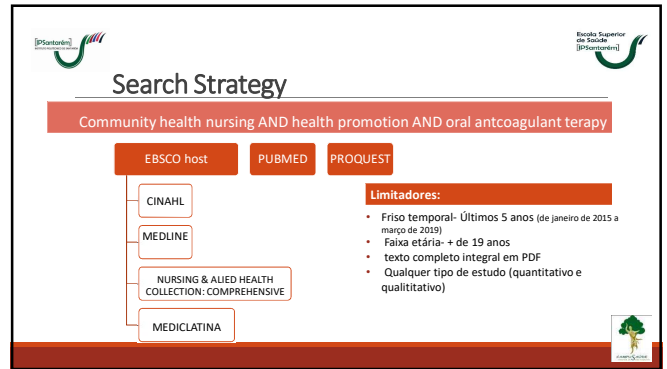
Bibliografia

- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª Edição. rev. atualizada. Lisboa: ENSP.
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*, Chiado Editora
- OE (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica.pdf>
- Regulamento n.º 428/2018. *Diário da República*, N.º 135/ 16 de julho de 2018 - 2.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.

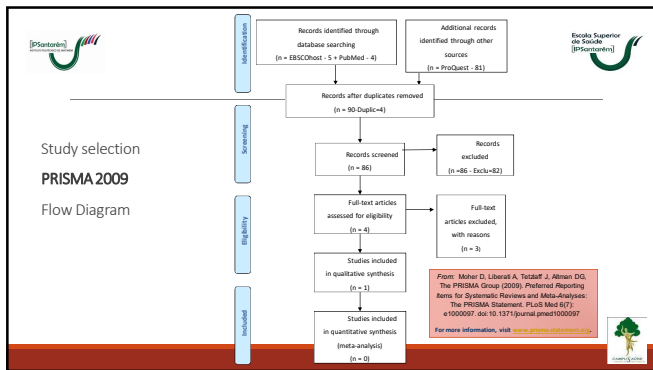
18



19



20



21