

**DESENVOLVIMENTO DE CONTEÚDOS SOBRE A GESTÃO DO REGIME  
MEDICAMENTOSO PARA A FERRAMENTA INTERATIVA INTENT-CARE**

Dissertação de Mestrado

Berta Maria Sousa Dias

Porto, 2019



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**DESENVOLVIMENTO DE CONTEÚDOS SOBRE A GESTÃO DO REGIME  
MEDICAMENTOSO PARA A FERRAMENTA INTERATIVA INTENT-CARE**

**Development of contents on the management of the medication regimen  
for INTENT-CARE interactive tool**

Dissertação de Mestrado

Dissertação orientada pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria José Lumini e coorientada pela  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Martins

Berta Maria Sousa Dias

Porto | 2019



*“Para ser grande, sê inteiro: nada  
Teu exagera ou exclui.  
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és  
No mínimo que fazes.  
Assim em cada lago a lua toda  
Brilha, porque alta vive”.*

Ricardo Reis (Heterónimo de Fernando Pessoa), 1933,  
in Viana, 1985, p.172.



## **AGRADECIMENTOS**

Com o término deste trabalho não consigo dissociar os agradecimentos às Professoras Doutoras Maria José Lumini e Teresa Martins. Agradeço-lhes toda a partilha de conhecimento e sabedoria, os esclarecimentos, sugestões e disponibilidade constantes, o rigor que aplicam mesmo nas coisas mais simples, bem como o apoio, paciência, incentivo e compreensão incondicionais, fundamentalmente, nos momentos mais difíceis.

Agradeço à Escola Superior de Enfermagem do Porto, na qualidade de instituição académica que me formou na área de Enfermagem e que me tem permitido enriquecer as minhas competências profissionais e a minha bagagem de conhecimento científico.

Endereço um especial agradecimento à Professora Doutora Maria Rui pela partilha de conhecimento e por toda a amabilidade.

Manifesto o meu encarecido agradecimento a todos os peritos que participaram no desenvolvimento do presente trabalho, pela colaboração, empenho e contributo.

Agradeço à Zulmira e à Alice pela ajuda e amizade.

Aos meus verdadeiros amigos, mesmo àqueles que o convívio não tem sido tão regular, mas que sabemos que a amizade prevalece, o meu muito obrigada a todos por me permitirem conhecer a sensação de viver verdadeiras amizades.

Ao Sr. Lima por toda a preocupação, fé e verdadeira amizade com que sempre me brindou.

A todos os elementos das diferentes instituições onde exerço Enfermagem, que para além de colegas de trabalho são também amigos, agradeço por tudo o que me aturaram, pelo otimismo e pelo estímulo.

Desejo demonstrar o meu verdadeiro apreço e gratidão à minha tia Manuela Lameiras por todo o apoio, preocupação e carinho durante este percurso, bem como nos momentos mais especiais da minha vida – o nascimento dos meus filhos.

Manifesto o meu profundo agradecimento à minha família, por ser o pilar de todos os momentos e a minha motivação nos diversos desafios. Perdoem-me pelo tempo de convívio e dedicação que vos neguei, ao longo desta caminhada. Aos meus filhos, Gabriel e André, que são as minhas relíquias mais valiosas! Jorge, marido e companheiro, muito obrigada pela imensa paciência e tolerância. Mãe és a minha pérola e nunca te conseguirei agradecer a infinita ajuda, disponibilidade e preocupação. Pai e maninho obrigada pelo apoio e por acreditarem sempre nas minhas capacidades.

A todos os que colaboraram na concretização deste desafio, o meu muito Obrigada!



## RESUMO

O envelhecimento e o aumento da incidência de doenças crónicas originam um cenário em que as pessoas estão mais expostas a fatores que podem comprometer a sua capacidade para gerir adequadamente o regime medicamentoso, passando a necessitar da ajuda de um cuidador.

O presente estudo insere-se no projeto INTENT-CARE, o qual consiste numa ferramenta tecnológica interativa que permite aos familiares cuidadores de pessoas dependentes decidirem que informações querem conhecer e aprender. A ferramenta conta com alguns temas como transferir, posicionar, dar banho, vestir e despir, dar alimentos através de sonda nasogástrica e alimentar pessoa. Um dos conteúdos considerados relevantes e que ainda não consta na ferramenta prende-se com os cuidados a ter com o regime medicamentoso de uma pessoa dependente. Pretende-se desenvolver e validar conteúdos relativos à gestão do regime medicamentoso, com vista à sua inclusão na referida ferramenta, com a finalidade de contribuir para o *empowerment* dos familiares cuidadores e consequente melhoria da qualidade dos cuidados em saúde.

O estudo assenta num paradigma de investigação qualitativo com um carácter exploratório. Para a validação técnica e científica dos conteúdos desenvolvidos relativos à gestão do regime medicamentoso, recorreu-se a um grupo de 7 peritos, utilizando a técnica de focus grupo.

Os conteúdos desenvolvidos referem-se aos parâmetros: introdução ao tema, lista de medicação, recomendações gerais na administração terapêutica, administração oral, administração oftálmica, administração otológica, administração cutânea, administração inalatória, administração rectal e situações especiais.

Os peritos foram unânimes ao considerarem que os conteúdos desenvolvidos são úteis e relevantes para melhorar a tomada de decisão e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos familiares cuidadores de pessoas dependentes no domínio da gestão do regime medicamentoso.

Esta investigação vem dar um contributo à utilização das tecnologias educacionais como um recurso inovador enquanto estratégia educativa usada pelos enfermeiros com o objetivo de capacitar os familiares cuidadores que cuidam de pessoas dependentes.

Palavras-chave: Gestão do regime medicamentoso; Cuidadores; Tecnologias educacionais



## **ABSTRACT**

Aging and increasing the incidence of chronic diseases lead to a scenario in which people are more exposed to factors that may compromise their ability to manage the medication regimen properly and require the help of a caregiver.

The present study is part of the INTENT-CARE project, which is an interactive technological tool that enables the familiar caregivers of dependent persons to decide which information they want to know and learn about. The tool has some themes such as transferring, positioning, bathing, dressing and undressing, giving food through a nasogastric tube and feeding person. One of the contents considered relevant and not yet included in the tool refers to the care to be taken with the medication regimen of a dependent person. It is intended to develop and validate contents relating to the management of medication regimen, to be included in the tool in order to contribute to the empowerment of family caregivers, while seeking improvement of the quality of health care.

The study is based on a qualitative research paradigm with a exploratory character.

For the technical and scientific validation of the contents developed regarding the management of medication regimen, a group of 7 experts was used, using the focus group technique.

The contents developed refer to the parameters: introduction to the theme, list of medication, general recommendations, oral administration, ophthalmic administration, otological administration, cutaneous administration, inhalation administration, rectal administration and special situations.

The experts were unanimous in considering that the contents developed are useful and relevant to improve decision making and the quality of nursing care provided to family caregivers of dependent persons in the field of medication regimen management.

This research contributes to the use of educational technologies as an innovative resource as an educational strategy used by nurses with the objective of empowering family caregivers who care for dependent people.

Key words: Management of medication regimen; Caregivers; Educational Technologies



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	7
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	9
1.1 Gestão do regime medicamentoso.....	9
1.2 A pessoa com compromisso na gestão do regime medicamentoso .....	13
1.3 O contributo das tecnologias na gestão do regime medicamentoso .....	19
2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....	27
2.1 Tipo de estudo .....	27
2.2 Participantes .....	28
2.3 Procedimento.....	30
2.4 Questões éticas.....	32
3 RESULTADOS .....	33
4 DISCUSSÃO.....	45
CONCLUSÃO .....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS.....	61
ANEXO I – Guião usado no focus grupo	



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), e insere-se no projeto “Tecnologias educacionais interativas: contributo para o desenvolvimento de conhecimentos dos familiares cuidadores que cuidam de pessoas dependentes”, conhecido pelo acrónimo INTENT-CARE.

Pretende-se desenvolver e validar conteúdos alusivos à gestão do regime medicamentoso, para serem incluídos na ferramenta tecnológica interativa, com a finalidade de contribuir para o *empowerment* dos familiares cuidadores e consequente melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O envelhecimento populacional a nível mundial tem vindo a acelerar-se rapidamente. Simultaneamente, a maior parte dos problemas de saúde que afetam os idosos estão associados a condições crónicas, maioritariamente doenças não transmissíveis, cuja maioria podem ser prevenidas ou adiadas desde que sejam adotados comportamentos saudáveis (World Health Organization [WHO], 2015).

Segundo projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE), Portugal apresenta também um agravamento do envelhecimento da população, o qual só terá tendência a estabilizar daqui a cerca de 40 anos (INE, 2017). O progressivo envelhecimento em Portugal resulta do efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da fecundidade. A população portuguesa vive cada vez mais anos, seguindo a tendência dos países desenvolvidos, fruto da melhoria das condições de vida e do acesso aos progressos da inovação tecnológica, através de medicamentos e tratamentos mais eficazes (Ministério da Saúde, 2018).

Apesar destes ganhos em saúde, há uma maior prevalência de doenças crónicas e de doenças de longa duração, o que tendencialmente impõe a necessidade de tratamentos prolongados, contribuindo para o aumento dos custos de todo o sistema (Crisp et al., 2014). As doenças crónicas não são um apanágio apenas da população idosa, pois apesar da maioria dos idosos apresentar diversos problemas de saúde com o avanço da idade, isso não significa que a idade avançada gera dependência (WHO, 2015). Assim é nossa pretensão estender a análise

da temática relativamente à população em geral e não circunscrever a uma faixa etária em particular.

Atendendo aos desafios que as doenças crónicas impõem, é fundamental que o Sistema de Saúde em Portugal procure dar uma resposta de qualidade adequada às necessidades da população cada vez mais exigente e informada (Ministério da Saúde, 2018).

As mudanças sociais e tecnológicas criam oportunidades significativas para a melhoria da saúde, através de abordagens inovadoras, como é o caso do acesso à Internet. A internet possibilita que, apesar da distância física, a família possa estabelecer ligação e permite prestar apoio à pessoa ou ao cuidador, através da disponibilização de informações úteis (WHO, 2015).

A literatura evidencia que a utilização adequada de medicamentos potencia a melhoria do estado de saúde e por inerência o aumento do bem-estar da população. Há estudos que evidenciam a existência de interdependência entre o uso inadequado de medicação e o aumento das idas ao hospital, da morbilidade e mortalidade (Aguar, 2004).

O trabalho aqui apresentado é constituído por quatro partes, nomeadamente, enquadramento teórico, enquadramento metodológico, resultados e discussão.

O primeiro capítulo referente ao enquadramento teórico, é composto por três subcapítulos, sendo eles, gestão do regime medicamentoso, a pessoa com compromisso na gestão do regime medicamentoso e o contributo das tecnologias na gestão do regime medicamentoso.

No enquadramento metodológico, aborda-se o tipo de estudo, os participantes e o procedimento, explorando o tipo de metodologia utilizada, o focus grupo e apresentam-se as questões éticas que foram tidas em consideração.

No terceiro e quarto capítulos são explanados os resultados obtidos com o trabalho desenvolvido e apresentada a discussão das ideias mais relevantes inerentes à temática do estudo, respetivamente.

Por último, apresentam-se as principais conclusões obtidas e sugestões para futuros trabalhos de investigação.

A pesquisa bibliográfica realizada baseou-se em bases de dados, motores de busca, livros, teses e dissertações. A bibliografia mais antiga apenas foi considerada nas situações em que era bastante relevante para fundamentar as ideias.

## **1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste capítulo, abordam-se os conceitos centrais que norteiam este estudo de investigação. Inicialmente, conceptualiza-se a gestão do regime medicamentoso, uma vez que é o tema basilar para o desenvolvimento do atual estudo. Posteriormente, faz-se alusão ao processo de transição que a pessoa vivencia quando surge uma situação que compromete a sua capacidade para gerir o regime medicamentoso e à conseqüente necessidade de suporte por parte de um familiar cuidador. Procede-se também à análise das dificuldades que podem surgir na gestão do regime medicamentoso. Por fim, aborda-se o contributo das tecnologias na gestão do regime medicamentoso.

Na atualidade, assistimos a uma evolução das necessidades em cuidados de saúde, resultante do progresso das ciências médicas e da melhoria das condições de vida. Esta evolução contribuiu para o envelhecimento da população, o aumento da incidência de doenças crónicas e aumento de pessoas dependentes nas atividades da vida diária (Silva, 2007).

As doenças crónicas constituem um sério problema de saúde juntamente com os estilos de vida atuais caracterizados por comportamentos associados a fatores de risco para a saúde (Ministério da Saúde, 2018). As doenças crónicas provocam significativos efeitos adversos na qualidade de vida das pessoas afetadas e na economia das famílias, comunidades e sociedades em geral, diminuindo o potencial de desenvolvimento dos países. Tendencialmente, as pessoas acometidas por doenças crónicas que não tenham um tratamento adequado tornam-se progressivamente mais doentes e debilitadas (WHO, 2005).

### **1.1 Gestão do regime medicamentoso**

A problemática das doenças crónicas impõe a necessidade do desenvolvimento de comportamentos que assegurem a manutenção da saúde das pessoas, procurando o equilíbrio nas suas relações familiares, profissionais e sociais (Fry & Bates, 2012; Redman,

2004 citado por Mota, Cruz & Costa, 2016). Através da prevenção e do controlo das doenças crónicas é possível ajudar as pessoas a viver durante mais anos e de forma mais saudável (WHO, 2005).

Associado a estas questões surge o conceito de autocuidado, que é descrito como sendo uma “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (International Council of Nurses [ICN], 2016, p. 42). Segundo Orem, o autocuidado é entendido como a realização de atividades por parte da pessoa com vista a manter a vida, a sua saúde e a regular o seu funcionamento (Orem, 1993). “O autocuidado envolve a habilidade para cuidar de si e o desenvolvimento de atividades necessárias para atingir, manter e promover a saúde” (Richard & Shea, 2011, p. 261).

O autocuidado é uma atividade fundamental para a manutenção da independência e melhoria da qualidade de vida das pessoas com doenças crónicas. O autocuidado diz respeito às ações que as pessoas realizam no seu quotidiano para lidarem melhor com a sua condição crónica (Department of Health, 2005), pois o controlo das doenças depende de comportamentos de autocuidado.

O comportamento que as pessoas assumem com vista à promoção da sua saúde leva-nos ao conceito de regime terapêutico.

Bastos (2012) identifica como propriedades do regime terapêutico, as componentes do regime terapêutico, a complexidade e a flexibilidade. Relativamente às componentes, a mesma autora usando a terminologia desenvolvida por Orem na Teoria do Autocuidado, considera que existem categorias que se encontram na junção dos requisitos universais de autocuidado e os de autocuidado no desvio da saúde, bem como categorias exclusivas dependendo das orientações, da condição patológica e especificidades inerentes a cada pessoa.

Na abordagem ao regime terapêutico os termos usados com maior regularidade, são a gestão e a adesão (Sousa & Bastos, 2016). Neste sentido, consideramos que devemos tentar descrevê-los, de modo a clarificar estes mesmos conceitos.

Segundo Bastos (2012), pode ser pouco claro diferenciar os conceitos de adesão e de gestão, uma vez que são conceitos próximos. A mesma autora verificou que em Portugal o termo “adesão” é mais utilizado comparativamente com os termos “gestão do regime terapêutico” ou “autogestão”. Outros autores consideram que existe uma grande proximidade entre o

conceito de “gestão do regime terapêutico” e de “autogestão da doença” (Fry & Bates, 2012; Redman, 2004; citado por Mota et al., 2016).

A adesão é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “the extent to which a person’s behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider” (WHO, 2003, p. 3).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem define adesão, como um tipo de volição com características específicas:

“Ação auto iniciada para a promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhada num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, 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 a um tratamento (frequentemente associado 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)” (ICN, 2005, p.81).

O conceito de gestão do regime terapêutico (não faz parte da versão ICN, 2005, mas na versão anterior de 2001) é definido como sendo:

“um tipo de Comportamento de Adesão com as características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária. (1999)” (ICN, 2001, p.58).

Estando a adesão relacionada com a vontade da pessoa para seguir as orientações terapêuticas, este conceito é “utilizado como indicador de sucesso na autogestão ou na forma como cada cliente incorpora no seu quotidiano o regime terapêutico” (Mota, 2011 citado por Mota, Bastos & Brito, 2017, p. 20). Sousa (2014, p.42) é de opinião que “a adesão resulta de um processo dinâmico de gestão do regime terapêutico, que implica a consciencialização da pessoa acerca da sua nova condição, o seu envolvimento na procura de informações e a mobilização de recursos internos e externos” que lhe permite gerir a doença. Isto leva-nos a considerar que a adesão é um resultado, enquanto a gestão reporta-se a uma ação.

A autogestão é habitualmente traduzida por “self management”, cujo conceito é definido como “refers to the ability of the individual, in conjunction with family, community, and healthcare professionals, to manage symptoms, treatments, lifestyle changes, and psychosocial, cultural, and spiritual consequences of health conditions” (Richard & Shea,

2011, p.261). A autogestão refere-se ao ato de um indivíduo gerir de forma ativa uma doença crónica em colaboração com os seus familiares e profissionais de saúde (Schulman-Green, Jaser, Park & Whittemore, 2016).

Na gestão da doença a pessoa realiza atividades que permitem, indiretamente, avaliar os níveis de adesão. A gestão do regime terapêutico ou autogestão refere-se ao conjunto de atividades que a pessoa desenvolve com a finalidade de controlar ou minimizar as implicações da doença na sua vida (Sousa, 2014).

Perante o exposto faz-nos sentido considerar que o que pretendemos investigar prende-se com a gestão do regime terapêutico.

Segundo Martins et al. (2007) uma das principais necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio, diz respeito à terapia medicamentosa. “A medicação é, por excelência, a subcategoria do regime terapêutico com maior reconhecimento enquanto tal” (Bastos, 2012, p. 313). Neste estudo, a componente do regime terapêutico que elegemos para analisar foi a medicação. Na versão mais recente da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o termo correspondente a medicação é “regime medicamentoso” (ICN, 2016, p.78), e apesar de nesta versão não existir o termo “gestão”, consideramos que o foco desta investigação é a gestão do regime medicamentoso.

Um medicamento, diz respeito a “toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” (DL n.º 176/2006, p. 6300-6301).

A formulação de um medicamento é feita baseada numa substância com efeito terapêutico, que se designa por fármaco, o qual na maioria dos casos, não pode ser diretamente administrado no organismo. Segundo Aguiar (2004), de modo a que o fármaco consiga chegar ao local onde a sua ação é necessária, ele tem de ser incorporado na forma farmacêutica adequada (comprimidos, gotas, cápsulas, xaropes, pomadas, supositórios, etc.).

A forma farmacêutica corresponde ao “estado final que as substâncias activas ou excipientes apresentam depois de submetidas às operações farmacêuticas necessárias, a fim de facilitar a sua administração e obter o maior efeito terapêutico desejado” (DL n.º 176/2006, p. 6300).

A seleção do tipo de formulação depende da intenção para que se quer o medicamento, do local de atuação e da rapidez do efeito pretendida (Aguiar, 2004).

No estudo desenvolvido por Bastos (2012), as propriedades da gestão do regime terapêutico medicamentoso são identificadas como sendo: o saber como tomar a medicação, o tomar segundo as indicações, o saber o que fazer perante alguma complicação, o saber o que fazer em caso de esquecimento da toma, o encontrar estratégias para evitar o esquecimento, o encontrar estratégias para poder tomar em caso de esquecimento e a assiduidade na toma.

Atualmente, o uso de medicação tem contribuído para melhorar o estado de saúde e conseqüentemente aumentar o bem-estar das populações. Há estudos que evidenciam que a esperança de vida tem aumentado muito à custa dos benefícios terapêuticos da medicação (Aguiar, 2004).

Valoriza-se bastante os medicamentos nos sistemas de saúde, uma vez que permitem controlar de forma mais eficaz os sintomas e efeitos das doenças e reduzir de forma significativa os custos com a saúde. O controlo dos sintomas e dos efeitos das doenças leva à diminuição do risco de morte da pessoa, ao prolongamento do tempo de vida e qualidade de vida ativa, ao aumento do tempo de serviço de cada indivíduo, e desta forma contribui para a melhoria da produtividade da sociedade. Os medicamentos ao contribuírem para a redução de intervenção médica e de hospitalização, impulsionam a diminuição dos gastos em saúde (Aguiar, 2004).

Todavia, segundo a OMS, impõe-se a necessidade de promover o uso mais racional do medicamento, pois estima-se que 50% dos medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inapropriada e 50% dos doentes não os utiliza adequadamente (WHO, 2002). Pretende-se com este estudo contribuir para aumentar o uso eficiente da medicação.

## **1.2 A pessoa com compromisso na gestão do regime medicamentoso**

Tal como já mencionamos anteriormente, em Portugal, assiste-se a um cenário de envelhecimento da população, associado concomitantemente a uma maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes. Existem estudos populacionais que evidenciam a dimensão do problema inerente à quantidade de famílias portuguesas que possuem uma pessoa dependente no autocuidado (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015).

O aumento da incidência de doenças e condições crónicas tem originado uma diminuição da capacidade funcional dos idosos, o que indubitavelmente provoca o aumento da condição de dependência (Yuaso, 2007).

A OMS considera que a nível mundial até 2020, as doenças crónicas constituirão a principal causa de incapacidade e conseqüentemente terão para os sistemas de saúde a maior carga socioeconómica (WHO, 2008).

De modo a facilitar a compreensão da diversidade de aspetos que podem estar presentes perante uma alteração na condição de saúde, considera-se pertinente definir o conceito de pessoa.

A pessoa ou ser humano “emerge de um vasto conjunto de funções vitais que se complementam no seu todo com uma vertente social, relacional, cultural, espiritual e acima de tudo de uma forma sistémica, ou seja, está em constante interação mesmo em pensamento, quer com o próprio, quer com os outros, uma vez que o próprio pensamento implica vivências e experiências quer vividas, quer desejadas e que faz com que tudo o que o envolve, seja único e singular em todos os momentos da vida” (Silva, 2010, p. 19).

Tal como podemos constatar pela definição e simultaneamente através do que sabemos por também nós sermos pessoas, o “ser pessoa” tem subjacente uma grande complexidade.

Assim com base nesta complexidade é premente que o processo de cuidados de saúde seja centrado na pessoa, procurando ir ao encontro das suas necessidades de saúde (Henriques, 2013; ICN, 2010; Silva, 2007; Silva, 2010). A avaliação clínica de uma pessoa deve seguir uma abordagem holística e multidimensional, tendo como foco de atenção a pessoa e os seus problemas (Gomes & Martins, 2016). Os cuidados de saúde não devem estar centrados na resposta aos episódios de agudização das doenças, mas passar a ter como foco de atenção as doenças crónicas, de modo a prevenir as agudizações, procurando a manutenção do melhor estado de saúde e da funcionalidade do doente, durante um maior tempo possível (ICN, 2010).

O profissional de saúde ao incentivar o envolvimento da pessoa na gestão de um plano de tratamento adequado às suas necessidades, consegue garantir que ela tenha um compromisso mais efetivo (Lumini, Martins & Sousa, 2017).

O exercício profissional dos enfermeiros deve tomar “por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação, – como, por exemplo, a doença “ (Silva, 2007, p. 14).

O conceito de “transição” encerra um significado central para a enfermagem (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 1994; citado por Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Uma pessoa experiencia uma transição sempre que há a necessidade de se adaptar a

novas situações ou circunstâncias, com o objetivo de incorporar na sua vida o evento causador da mudança (Kralik, Visentin & Van Loona, 2006). Isto significa que, perante uma mudança no estado de saúde de uma pessoa ou uma alteração resultante do processo de envelhecimento, que comprometa a gestão do regime medicamentoso, a pessoa está a vivenciar uma transição.

De acordo com a Teoria das Transições, quando se trata de uma alteração súbita na condição de saúde, o tipo de transição é uma transição saúde-doença, enquanto se a alteração for fruto do processo de envelhecimento, é uma transição desenvolvimental (Meleis et al., 2000).

Com o intuito de compreendermos a autogestão feita pelas pessoas que vivem com doenças crónicas, é importante termos em conta a análise dos fatores pessoais, do estado de saúde, dos recursos, das condições ambientais e das características dos cuidados de saúde (Schulman-Green et al., 2016). Estes fatores podem ser facilitadores ou inibidores, e influenciam significativamente o alcance de uma transição saudável (Meleis et al., 2000), pois conforme a interação entre os fatores mencionados, a autogestão pode ser afetada positiva ou negativamente (Schulman-Green et al., 2016).

De acordo com Brito (2012, p.37) “As condições pessoais englobam os significados, as crenças e as atitudes culturais, o estatuto socioeconómico, o nível de preparação e o nível de conhecimento/habilidade”. Segundo Schulman-Green et al. (2016) consideram que a capacidade é um dos aspetos que constitui o fator relativo ao estado de saúde, tal como as co-morbilidades, a celeridade da doença e a presença de sintomas e efeitos secundários dos medicamentos.

Assim sendo, é importante avaliar os fatores mencionados para se perceber o modo como estes interferem na maneira como a pessoa faz a gestão do regime medicamentoso.

A ausência de envolvimento na gestão do regime medicamentoso é evidenciada através da recusa de medicação e da manifestação de uma disposição negativa para a toma de medicação, contribuindo para a negligência nos cuidados. As situações em que as pessoas só aceitam medicação que tem efeitos imediatos, dizem respeito a crenças erradas acerca da medicação (Bastos, 2012).

Atualmente, para se documentar no programa informático de registos de dados, o SClínico a atividade diagnóstica associada ao foco “Gestão do Regime Terapêutico”, encontra-se a avaliação diagnóstica da capacidade para gerir o regime medicamentoso, através dos

seguintes qualificadores: “providenciar/adquirir o medicamento; ajustar o horário e dose do medicamento; preparar o medicamento” (Festa, 2018, p. 28), e a avaliação diagnóstica do conhecimento do regime medicamentoso, atendendo aos qualificadores: “descreve via de administração do medicamento; descreve efeito pretendido com o medicamento; descreve efeitos secundários do medicamento; descreve armazenamento do medicamento” (Festa, 2018, p. 28). Como podemos verificar os qualificadores mencionados permitem avaliar os aspetos referentes ao conhecimento e capacidade para gerir o regime medicamentoso.

Nos casos em que a avaliação diagnóstica demonstre existir alguma ausência de conhecimento ou capacidade para a gestão do regime medicamentoso, torna-se importante implementar um plano de cuidados que permita à pessoa a integração dos aspetos necessários no domínio do regime medicamentoso.

A incapacidade de uma pessoa para gerir o seu regime terapêutico medicamentoso pode indicar diminuição da capacidade cognitiva e alteração da memória recente, podendo por isso existir dificuldade na compreensão da informação essencial relativa à medicação, bem como o risco de autoadministração de medicação em excesso e da não administração involuntária da medicação (Bastos, 2012). Importa estar atento aos casos em que o doente faz associações medicamentosas desadequadas, e atribui indevidamente à medicação efeitos indesejados, acabando por vezes por a suspender sem necessidade disso (Diaz & Santos, 2007).

A compreensão dos fatores que influenciam a autogestão permite inferir quais as intervenções mais adequadas para dar resposta às necessidades das pessoas (Schulman-Green et al., 2016).

Algumas doenças crónicas têm maior predomínio nos idosos e originam limitações no autocuidado. Em simultâneo, com a evolução da doença surgem algumas co-morbilidades que complexificam o regime terapêutico (Daley et al., 2011 citado por Sousa & Bastos, 2016). Numa situação de doença aparecem novas exigências, as quais na maioria das vezes são superiores à capacidade da pessoa para se adaptar às mudanças (Cavanagh, 1993, citado por Sousa & Bastos, 2016). Isto significa que a pessoa durante um processo de transição, se tiver limitações para gerir eficazmente o regime medicamentoso então apresenta compromisso a este nível.

O conceito de comprometido na prática de enfermagem é considerado um juízo com as características específicas: “estado julgado como negativo, alterado, inadequado, ou ineficaz” (ICN, 2016, p. 93).

O regime medicamentoso é uma das componentes do autocuidado que é necessária incorporar no quotidiano da pessoa doente, com vista a diminuir os efeitos da doença e a proteger a sua saúde (Sousa & Bastos, 2016).

Os idosos têm maior propensão para apresentarem mais problemas com a medicação do que as pessoas jovens. Isto está relacionado com as alterações fisiológicas do envelhecimento, as quais afetam a absorção, distribuição, metabolização e eliminação dos medicamentos, sendo, portanto, necessário ter mais cuidados com a dose, administração e monitorização da medicação. Além disso, está também relacionado com a elevada prevalência das doenças crónicas que origina um maior consumo de vários medicamentos, o que aumenta a probabilidade de reações adversas e interações medicamentosas. Verifica-se também que os idosos experienciam uma elevada incidência de erros com a medicação (Ryan, 1999, citado por Diaz & Santos, 2007).

A complexidade do regime medicamentoso relacionada com a toma de diversos medicamentos em simultâneo (Bastos, 2012) e as situações em que a pessoa é dependente originam a necessidade de recorrer ao apoio de um cuidador, o qual pode ou não ser um membro da família e o desempenho desse papel pode ser durante um período de tempo indeterminado (Gomes & Martins, 2016). Atualmente, as sociedades atribuem às famílias um papel de extrema importância na função de apoio e ajuda quer nos eventos que ocorrem ao longo dos diversos estádios de desenvolvimento, como nos processos de saúde/doença vivenciados por membros da família (Portugal, 2014).

A gestão da medicação de pessoas com demência que vivem na comunidade é habitualmente algo bastante complexo, e como esta patologia vai evoluindo, a gestão da medicação torna-se responsabilidade dos cuidadores (Maidment, Aston, Moutela, Fox & Hilton, 2017).

Também, nos casos em que a pessoa doente não reúne condições para se adaptar às exigências da doença, é necessário um cuidador que assuma parte da responsabilidade (Sousa & Bastos, 2016).

O suporte familiar alusivo à gestão do regime medicamentoso pode englobar características como: responsabilidade pela administração de medicamentos/controlado medicamentoso, administração de medicamentos devido a incapacidade ou ao estado emocional, facilidade na administração partindo os comprimidos e realização de uma gestão repartida do regime medicamentoso na aquisição, no lembrar da toma e na assistência à preparação da toma dos medicamentos (Bastos, 2012).

Há evidência científica de que o nível de eficácia da gestão do regime terapêutico é influenciado pelo suporte familiar da pessoa cuidada (Sousa, 2014).

Os familiares cuidadores constituem-se um elo de extrema importância na prestação de cuidados seguros e eficazes, perante a vivência de uma transição por parte dos idosos (Bauer, Fitzgerald, Haesler & Manfrin, 2009; Coleman & Boulton, 2003; Naylor, 2003; citado por Messecar, 2012).

Todavia, na realidade o que se verifica na prática clínica é que há pessoas a terem de assumir o papel de familiar cuidador sem, no entanto, terem competência para a vivência da transição que vão experienciar na assunção desse novo papel. Isto origina internamentos sucessivos que poderiam ser evitados e diminuição da qualidade de vida quer da pessoa doente como do seu cuidador. Impõe-se, portanto, a necessidade de fornecer cuidados de saúde dirigidos às necessidades básicas das pessoas, sendo o enfermeiro, devido à sua natureza específica e ao seu mandato social, o profissional com maiores possibilidades de ser o recurso mais efetivo no alcance de tal objetivo (Silva, 2010).

Perante uma transição, os enfermeiros ao incluírem os familiares cuidadores nos cuidados, ao terem intervenções ao nível da educação da família e ao disponibilizarem apoio contínuo, contribuem para melhorar os cuidados prestados aos idosos (Messecar, 2012).

Em contexto de domicílio, e procurando ir de encontro aos estilos de vida individuais de cada pessoa, é importante que o enfermeiro ajude a pessoa doente ou o seu familiar cuidador a ter domínio de todos os passos necessários para uma gestão segura e eficaz da medicação. Os processos de gestão do regime medicamentoso incluem a compreensão, a organização, o armazenamento, a programação, a lembrança e a toma da medicação (Schumacher et al., 2014).

A ausência de compreensão e de um entendimento claro acerca do uso da medicação, habitualmente é um problema maior do que propriamente a não adesão à medicação, uma vez que leva ao não cumprimento do esquema terapêutico (Diaz & Santos, 2007).

Nas situações em que os idosos são acompanhados por diversas especialidades médicas, existe o risco de colecionarem prescrições que provoquem excesso de medicação (Diaz & Santos, 2007).

Considera-se que as tecnologias, tal como será abordado no subcapítulo seguinte, podem constituir uma excelente estratégia usada pelos enfermeiros para disponibilizarem informação adaptada às necessidades dos familiares cuidadores de pessoas dependentes.

Deste modo, o INTENT-CARE é um recurso tecnológico de aprendizagem que pode ser útil para ajudar os familiares cuidadores a gerirem eficazmente o regime medicamentoso da pessoa que cuidam.

### **1.3 O contributo das tecnologias na gestão do regime medicamentoso**

A problemática das doenças crónicas impõe o desafio à prestação de cuidados, de se basear no fornecimento de soluções criativas e inovadoras (ICN, 2010). A inovação necessária inclui o uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC), que tem capacidade para impelir cuidados de saúde de alta qualidade e personalizados, contribuindo, concomitantemente, para aumentar a eficiência dos sistemas de cuidados (Lumini, 2015).

Para se alcançar bons resultados na prevenção e gestão das doenças crónicas é necessário criar uma simbiose adequada entre as medidas preventivas e a continuidade de cuidados, fomentar o aumento da literacia em saúde e desenvolver sistemas de informação que tenham o cidadão como o centro das atenções, para permitir a adequação dos cuidados de saúde às especificidades de cada indivíduo (Despacho n.º 4027-A/2016).

O grande desafio das instituições de saúde prende-se com a forma como devem estruturar os serviços, de modo a prestarem cuidados de saúde adequados às necessidades das pessoas (Varela & Dias, 2015).

Atualmente, a informação possui um papel importante no âmbito da saúde. Assim, tem-se assistido ao desenvolvimento de sistemas de informação mais eficientes para a gestão dos serviços e promotores de maior qualidade nos cuidados de saúde. É importante que os sistemas de informação desenvolvidos sejam “estruturas sólidas, capazes de reunir, guardar, processar e facultar informação relevante, de modo a torná-la acessível e útil para aqueles que a desejam (e possam) utilizar” (Sousa, Frade & Mendonça, 2005, p. 369).

Nos últimos anos, a evolução demográfica e o envelhecimento motivaram alterações no padrão das políticas adotadas, designadamente a privatização de serviços de prestação de cuidados, a intensificação dos serviços de apoio no domicílio e do uso das TIC (OECD, 2015a; OECD, 2015b, citado por Lumini & Freire, 2016).

A OMS apresenta o conceito de tecnologia de assistência em saúde e define-o como sendo “a aplicação de conhecimento organizado e habilidades, procedimentos e sistemas relacionados com o fornecimento de produtos de assistência em saúde” (WHO, 2014, p.3).

A nível mundial, a base para uma economia moderna e inovadora é o uso das tecnologias de informação e comunicação. Através da tecnologia digital é possível desenvolver bens e serviços capazes de remodelar os processos de trabalho e de aprendizagem (Lumini, 2015).

Portugal, apesar de ocupar uma posição praticamente intermédia, na comunidade europeia, em termos de competências digitais, uma vez que está em 16º no Índice de Digitalidade da Economia e da Sociedade (IDES) 2018, necessita intensificar as competências em tecnologias de informação e comunicação (European Commission [EC], 2018a). Neste sentido, numa ação integrada entre os vários ministérios do governo português, desenvolveram a “Iniciativa Nacional em Competências Digitais e.2030, Portugal INCoDe.2030”, a qual visa dar resposta aos seguintes desafios: “1. Garantir a literacia e a inclusão digitais para o exercício pleno da cidadania; 2. Estimular a especialização em tecnologias e aplicações digitais para a qualificação do emprego e uma economia de maior valor acrescentado; 3. Produzir novos conhecimentos em cooperação internacional” (República Portuguesa, 2017, p. 1).

A era digital impõe alguns desafios sociais, como a necessidade de ter constantemente em consideração a literacia, habilidades e preferências de aprendizagem das populações (Padilha, Machado, Ribeiro & Ramos, 2018).

Tanto a nível nacional como ao nível europeu é necessário implementar medidas que suprimam os obstáculos que não permitem aos países usufruir integralmente das vantagens criadas pelas tecnologias digitais. Neste contexto, Portugal tem o grande desafio de fazer com que os seus cidadãos melhorem as competências digitais, uma vez que “metade da população portuguesa não possui as competências digitais básicas necessárias para utilizar eficazmente a Internet e 30% não tem quaisquer competências digitais” (EC, 2018a, p.5).

Em Portugal, os grupos mais vulneráveis, como os idosos, as pessoas com rendimentos mais baixos e com níveis de escolaridade baixos, são os que têm menos competências digitais (EC, 2018a). Uma solução criativa que Portugal tem tentado colocar em prática, de modo a permitir aos grupos mais vulneráveis o usufruto dos serviços em linha, é aumentar os Espaços do cidadão, nos quais é possível utilizar computadores com ligação à Internet e onde existe um funcionário para dar apoio aos utilizadores (EC, 2016).

O conceito de competências digitais compreende a literacia digital, a qual diz respeito à “capacidade de aceder aos meios digitais e às TIC, para compreender e avaliar criticamente conteúdos, bem como comunicar eficazmente” (República Portuguesa, 2017, p. 4), a investigação e criação de conhecimentos novos. As competências digitais alicerçam-se em cinco domínios, nomeadamente, o processamento de informação, a comunicação e partilha de informação e conteúdos, o desenvolvimento de conteúdos digitais, a segurança e privacidade e, por último, a produção de novas soluções para diversos problemas (República Portuguesa, 2017).

Atualmente, um dos recursos mais relevantes para as organizações de saúde é a utilização das TIC (Sousa & Monteiro, 2015), pois o seu uso é um importante veículo de conhecimento científico e de informação credível para pessoas, famílias e comunidades que deles necessitem (ICN, 2018). Na sociedade atual, o *e-learning* é uma alternativa importante para se usar o conhecimento (Kim & Santiago, 2005; citado por Park, 2009).

Em 2016, o ICN e a Organização Internacional de Desenvolvimento de Normas de Terminologia de Saúde (IHTSDO) estabeleceram um acordo de colaboração, com a finalidade de harmonizar a terminologia relativa à saúde e difundir a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde. Essa terminologia multidisciplinar para a prática de cuidados de saúde a nível internacional, permite incluir conceitos clínicos nos sistemas eletrónicos e possibilitar a troca de informações de saúde de forma segura, precisa e efetiva (ICN, 2018). A representação portuguesa na IHTSDO é feita pela entidade nacional de Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), desde 1 de janeiro de 2014. A SPMS assegura “o alinhamento das iniciativas TIC com as estratégias de saúde formuladas aos níveis internacional, nacional e local” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 108/2017, p. 4127).

A tecnologia pode ser usada como complemento às estratégias de aprendizagem no domínio da educação em saúde, uma vez que é passível de fomentar uma aprendizagem eficaz (Padilha et al., 2018). O uso da informática como meio facilitador da aprendizagem está em franca expansão (Marin & Cunha, 2006, citado por Masson, Ribeiro, Hipólito & Tobase, 2014). De facto, tem-se verificado um aumento da utilização de plataformas educativas para promover a educação em saúde dos cidadãos. A internet é um importante meio de informação e comunicação que pode ser usado para a interação com as pessoas que precisam de cuidados de saúde. Simultaneamente, é necessário disponibilizar informações úteis, fidedignas e atualizadas em saúde (Lumini & Freire, 2016; Lumini, Araújo & Martins, 2018).

As dimensões da qualidade da informação em saúde de uma plataforma de saúde referem-se à disponibilização de informação completa, à compreensão, relevância, profundidade e precisão da informação. Os *drivers* devem contemplar os seguintes aspetos: conteúdo, design, links, funcionalidade de pesquisa, referências de suporte, perguntas mais frequentes, acesso aberto, declarações de políticas e desempenho da tecnologia (Tao et al., 2017, citado por Lumini et al., 2018).

Na construção de objetos virtuais de aprendizagem importa ponderar a forma de “estruturar as informações, a interatividade com o usuário e a navegabilidade, a fim de facilitar o acesso ao conteúdo” (Masson et al., 2014, p. 766), organizar o conteúdo favorecendo a visualização, através do tipo e tamanho das fontes definidos e da disposição de imagens e por último, testar todas as funções e verificar a navegabilidade e a interface (Masson et al., 2014).

Os resultados de testes de usabilidade de ferramentas tecnológicas demonstraram que estas para serem úteis e configuradas de modo a serem utilizáveis na vida real, os utilizadores devem interagir com a ferramenta numa fase inicial do seu desenvolvimento. A probabilidade de assimilação das ferramentas tecnológicas está dependente da facilidade de uso e utilidade percebidas (Kurahashi et al., 2018).

A tecnologia ao permitir disponibilizar informação credível e que vá de encontro às necessidades dos familiares cuidadores, pode constituir-se como um recurso facilitador para melhorar a prestação de cuidados à pessoa dependente. Atualmente, defende-se a utilização de recursos e políticas de saúde que ajudem a capacitar o familiar cuidador, contribuindo para um serviço nacional de saúde mais sustentável (Lumini, 2015). A investigação desenvolvida por Lumini (2015) sugere novas estratégias de educação do familiar cuidador, através da utilização das tecnologias de comunicação e informação.

A tecnologia eletrónica pode ser desenvolvida com o objetivo de ajudar na manutenção da independência dos idosos no domicílio, através da prevenção e atraso no comprometimento funcional ou cognitivo, contribuindo desta forma para limitar o impacto das doenças crónicas (Peek, Wouters, Van, Luijckx, Boeije & Vrijhoef, 2017).

Assim, nesta linha de pensamento faz-nos sentido considerar que a disponibilização de informação aos familiares cuidadores, na plataforma do INTENT-CARE, sobre uma temática tão relevante e complexa como é a gestão do regime medicamentoso, pode potenciar ganhos em saúde.

Os enfermeiros têm tido um papel importante na prestação de cuidados através da disponibilização de informação e de educação ao doente, bem como da utilização de tecnologia capaz de promover avanços nessa mesma prestação de cuidados (ICN, 2007 citado por ICN, 2010). Desta forma, os enfermeiros podem fazer a diferença no quotidiano dos doentes, respetivas famílias e até mesmo das comunidades (ICN, 2010).

Os cuidadores podem usar as tecnologias para consultar de forma flexível informação pertinente de acordo com as suas necessidades de aprendizagem como complemento às indicações dos profissionais de saúde. Assim, são vantagens consideráveis da utilização de tecnologias educacionais interativas, o facto de as pessoas poderem aceder à informação em qualquer altura e sem restrições de horário e de não precisarem de se deslocarem a uma instituição de saúde (Pilotto et al., 2011).

Sakaguchi-Tang, Bosold, Choi e Turner (2017), realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de avaliarem os estudos existentes relativos ao uso que os idosos fazem de portais e registos eletrónicos. Consideram que é importante, as comunidades disponibilizarem formas de apoio aos idosos, sugerindo as tecnologias como uma boa escolha para esse efeito.

Num estudo comparativo entre a eficácia das intervenções dadas por via eletrónica e as facultadas por via não eletrónica, bem como o seu impacto nas alterações de comportamento e na perceção de autoeficácia, os autores apuraram que as intervenções cedidas por meio eletrónico originaram maiores ganhos, tanto na obtenção de conhecimentos, como na alteração de comportamentos por parte dos utentes (Pilotto et al., 2011).

As tecnologias podem ser um suporte de informações úteis para a manutenção e gestão da saúde dos idosos, permitindo que os mesmos se mantenham saudáveis e autónomos nas suas próprias casas. Atribui-se potencial à utilização das tecnologias para apoiar melhor as pessoas idosas ou acometidas por doenças crónicas, as quais têm maiores necessidades e gerem situações complexas de saúde. Através das tecnologias é possível reforçar a capacidade de controlo, gestão e de compreensão das informações de saúde (Sakaguchi-Tang et al., 2017).

A tele saúde associada a um plano estruturado de preparação da alta hospitalar mostra reduzir a sobrecarga e a gestão do stress do familiar cuidador (Chiang et al., 2012 citado por Lumini et al., 2018).

Sakaguchi-Tang e colaboradores (2017) referem que a utilização de portais e registos eletrónicos feita pelos idosos ajudou-os a gerirem melhor as suas informações de saúde, todavia identificaram também algumas barreiras, nomeadamente, a preocupação com a privacidade e segurança, bem como a falta de acesso ou capacidade para usar computadores.

No panorama atual, assiste-se cada vez mais à solicitação de uma coresponsabilização dos utentes nos cuidados de saúde (Lumini, 2015).

A Agenda Digital para a Europa é uma iniciativa que sugere que todos os cidadãos europeus desenvolvam e atualizem as suas competências digitais, de modo a que assegurem a possibilidade de terem um papel ativo no mercado de trabalho e na sociedade digital. Em simultâneo, recomenda o incremento do uso das tecnologias digitais nos cuidados de saúde, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Além disso, pretende assegurar uma maior segurança, especialmente para os utilizadores mais vulneráveis e contribuir para a coesão regional através da disseminação do acesso à internet em todo o território da Europa, inclusive nas comunidades rurais e mais afastadas (Lumini, 2015). A literatura atribui uma vantagem reconhecida à tecnologia, por esta permitir a conexão remota entre pessoas dispersas em termos geográficos (Sousa & Monteiro, 2015).

A continuidade de cuidados através da articulação entre diferentes serviços de saúde é um aspeto fundamental na prestação de cuidados de saúde. As tecnologias podem ter um contributo relevante na interligação entre os diferentes serviços e a pessoa que utiliza os serviços de saúde. A inovação tecnológica pode ser usada para diversos fins, permitindo a obtenção de resultados positivos em saúde, como por exemplo a redução de hospitalizações e o aumento da eficácia dos sistemas de saúde. Algumas das finalidades tecnológicas dizem respeito ao seu uso para efeitos de informação, comunicação e garantia da segurança das pessoas (exemplo do tele-alarme), de monitorização à distância, de acesso a serviços, e de disponibilização de informação acerca de recursos existentes e soluções para problemas (Paúl, 2014).

Principalmente, na última década, tem-se verificado um forte investimento no desenvolvimento de tecnologia para apoio ao processo de envelhecimento, nomeadamente o uso de sensores para monitorização de atividades e deteção de erros, bem como a criação de aplicações eletrónicas na área da saúde (Molony, 2010 citado por Peek, Wouters, Van Hoof, Luijkx, Boeije & Vrijhoef, 2017). Todavia, a atual geração de idosos, uma vez que, não cresceu usando este tipo de tecnologia, pode apresentar alguma resistência em aceitar as

tecnologias digitais (Lim, 2010; Fozard & Wahl, 2012; Zickuhr & Coordinator, 2010, citado por Peek, Wouters, Van Hoof, Luijkx, Boeije & Vrijhoef, 2017).

A tecnologia possibilita às pessoas terem um papel mais participativo no mercado de trabalho, na educação e na vida civil, por permitir que elas tenham uma vida independente, produtiva, digna e saudável. As pessoas que não têm acesso à tecnologia podem sentir-se discriminadas, isoladas e mais vulneráveis no acesso a conteúdos da saúde (WHO, 2018).

Para finalizar este capítulo, reforçamos a ideia de que a tecnologia de informação assume assim uma grande importância na promoção da saúde e bem-estar das pessoas e famílias e contribui para benefícios socioeconômicos mais abrangentes (WHO, 2018).



## **2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

Neste capítulo, apresenta-se a escolha do desenho da investigação atendendo ao objetivo da mesma. Aborda-se a metodologia utilizada que consistiu no recurso à técnica do focus grupo, descrevendo os participantes e o procedimento realizado. Por fim, descrevem-se as questões éticas tidas em consideração durante o estudo.

### **2.1 Tipo de estudo**

Tendo em conta as necessidades identificadas por Lumini (2015) no âmbito da sua investigação desenvolvida aquando da tese de doutoramento, e sendo a gestão do regime medicamentoso uma temática essencial e pertinente para o projeto “Tecnologias educacionais interativas: contributo para o desenvolvimento de conhecimentos dos familiares cuidadores que cuidam de pessoas dependentes”, optou-se por desenvolver e validar conteúdos sobre a gestão do regime medicamentoso, para serem incluídos na ferramenta tecnológica interativa INTENT-CARE.

Para dar resposta ao objetivo do presente estudo a sua elaboração teve por base uma metodologia qualitativa e um estudo de carácter exploratório.

A metodologia qualitativa visa fundamentalmente compreender melhor determinado fenómeno (Fortin, Côté & Fillion, 2009). É frequente o desenho qualitativo ser a primeira escolha quando não se sabe muito sobre um certo fenómeno ou conceito (Demo, 1998 citado por Sousa, Driessnack & Mendes, 2007). Neste tipo de metodologia incluem-se os estudos exploratórios, os quais têm como propósito examinar um tema pouco estudado ou sobre o qual exista pouca informação (Ramos & Naranjo, 2014), o que corresponde ao pretendido com o estudo desenvolvido.

Para a consecução do objetivo definido, recorreu-se à técnica de focus grupo, a qual corresponde a um grupo de discussão que através de um planeamento sistematizado de assuntos permite a obtenção de perceções, sentimentos e pensamentos acerca de uma

determinada área de interesse (Galego & Gomes, 2005; Krueger & Casey, 2009). Drake (2013) descreve esta técnica como um grupo de discussão que segue uma rota estruturada de questões sobre um tema de interesse. Morgan (1997) define grupo focal como uma técnica de pesquisa qualitativa que possibilita a obtenção de dados através das interações em grupo na discussão de um tema proposto pelo pesquisador.

Os focus grupos têm muita utilidade nas situações em que é necessário aprofundar tópicos específicos para que exista uma compreensão mais profunda de assuntos complexos (Drake, 2013), como pode ser a gestão do regime medicamentoso. O tipo de abordagem usada com esta técnica permite que os participantes comentem, expliquem e partilhem experiências e comportamentos. Os focus grupo funcionam bem quando os participantes se sentem confortáveis, valorizados e livres para exporem a sua opinião sem serem submetidos a julgamentos (Krueger & Casey, 2009). O moderador do grupo deve facultar um clima favorável para que todos os participantes exponham as suas ideias e a sua função é “promover a participação e a interacção de todos os indivíduos, assegurando que não haja dispersão em relação aos objectivos previamente estabelecidos e que algum dos participantes se sobreponha ao grupo” (Galego & Gomes, 2005, p. 181).

São várias as vantagens dos grupos focais, deste modo, destacam-se as que se coadunam melhor com as razões da escolha desta metodologia para este estudo. O focus grupo “proporciona uma multiplicidade de visões e reacções emocionais no contexto do grupo. (...) por ser uma acção previamente organizada e dirigida a um grupo determinado, permite ao investigador maior agilidade na recolha de dados” (Galego & Gomes, 2005, p.177). É uma técnica de baixo custo, de relativa rapidez e facilidade de aplicação, inclusiva que permite o acesso a uma variedade de tópicos (Gui, 2003).

Segundo Barbour (2009), uma das vantagens dos grupos focais é estes desenvolverem-se com base numa estrutura da informação a debater, e possibilitarem o esclarecimento de ideias, através da interacção entre os participantes, no momento em que os dados são produzidos.

## **2.2 Participantes**

O grupo focal deste estudo foi constituído por docentes e enfermeiros que evidenciam interesse, experiência em investigação, um elevado nível de conhecimento sobre a temática em análise e que residem ou trabalham na região do Grande Porto, constituindo assim a

fonte dos participantes em estudo. O método de amostragem classifica-se de não aleatória sendo a amostra do tipo intencional.

Nos estudos qualitativos a seleção dos participantes é feita com base nas suas experiências relativamente ao fenómeno de interesse (Driessnack, Sousa & Mendes, 2007). “Os focus groups são, portanto, formados por indivíduos com características comuns” (Galego & Gomes, 2005, p.180), pois desta forma é possível ao investigador identificar tendências e padrões nas perceções dos participantes (Krueger & Casey, 2009), em torno do tema proposto. Apesar de não existirem propriamente regras para a formação dos grupos, muitos autores consideram “que os participantes devam ter, pelo menos, uma característica em comum e que tal característica tem de ser o bastante para permitir uma variação suficiente de opiniões e vivências divergentes” (Arantes & Deusdará, 2017, p. 801), de maneira a permitir a discussão de ideias e o enriquecimento dos dados obtidos. Através da observação da interação entre os elementos do grupo é possível ao investigador evidenciar as semelhanças e diferenças nas opiniões e experiências (Gui, 2003).

Não existe consenso sobre o tamanho ideal de um focus grupo, mas deve ter-se em atenção que se o grupo for formado por poucos participantes (menos de quatro) pode ser difícil estabelecer um fluxo na conversa, e em contrapartida se for superior a dez participantes aumenta a probabilidade de que não se estabeleça confiança dentro do grupo e por isso alguns indivíduos tenham uma discussão mais superficial (Traynor, 2015). Segundo Krueger e Casey (2009) cada grupo deve ser realizado com cinco a dez pessoas lideradas por um entrevistador qualificado. Há autores que consideram que o grupo deva ser composto entre seis a dez participantes (Arantes & Deusdará, 2017; Drake, 2013). Outros autores sugerem que cada grupo seja formado por seis a doze participantes (Bowling, 2014; Morgan, 1997). O grupo de peritos desta investigação foi constituído por seis docentes de uma instituição de ensino superior de Enfermagem e um enfermeiro que exerce funções numa Unidade de Saúde Familiar da região do Grande Porto, todos com doutoramento e com produção científica na área, estando o tamanho amostral de acordo com o preconizado pela maioria dos autores.

A caracterização dos peritos de acordo com as variáveis sociodemográficas, mostra que: a distribuição das idades situa-se entre o mínimo de 42 e o máximo de 57 anos, cuja média é de 52,14 anos; cinco indivíduos eram do sexo feminino e dois do sexo masculino; relativamente à profissão 14,285% exerce enfermagem, 14,285% é professor coordenador e 71,43% têm a categoria de professor adjunto; quanto ao tempo de exercício profissional

apresentam uma distribuição entre 21 anos de valor mínimo e 35 anos de valor máximo, com a média de 29,86 anos de tempo de serviço.

### **2.3 Procedimento**

Com vista ao desenvolvimento dos conteúdos, realizou-se uma revisão bibliográfica acerca dos aspetos a ter em consideração na gestão do regime medicamentoso, das diversas vias de administração de medicação, bem como sobre as características da implementação de plataformas eletrónicas e sua utilização. A informação da plataforma poderá ser consultada por diferentes perfis de pessoas, uma vez que a população alvo corresponde a familiares cuidadores que cuidam de pessoas dependentes. Neste sentido, o uso de linguagem simples, concisa, explícita e compreensível é um fator primordial na construção dos conteúdos. Seguiu-se as recomendações da metodologia Plain Language, tendo sido dada atenção à adequação dos conteúdos à população-alvo, linguagem e estilo, organização, layout e design da informação (Rude, 2012).

O layout de apresentação dos conteúdos foi desenvolvido em concordância com a estrutura existente dos temas anteriores incluídos na ferramenta tecnológica interativa. Os conteúdos antes de submetidos à apreciação do grupo focal, para assegurar que os mesmos reuniam validade técnica e científica, foram alinhados com a revisão da literatura e evidência científica.

Os conteúdos desenvolvidos e submetidos ao grupo focal foram agrupados nos seguintes parâmetros: introdução ao tema, lista de medicação, recomendações gerais, administração oral, administração oftálmica, administração otológica, administração inalatória, administração cutânea, administração subcutânea, administração rectal e situações especiais.

O documento submetido a apreciação ao grupo focal (anexo 1) foi elaborado em formato Word com três colunas: uma com a apresentação dos conteúdos, agrupados nos parâmetros já descritos e especificados frase a frase; outra para que cada perito assinalasse o nível de concordância com a afirmação; e a terceira com espaço destinado a sugestões ou comentários. Solicitou-se a cada perito que manifestasse a sua opinião acerca da pertinência de cada unidade de conteúdo em análise (frase), atribuindo um nível de concordância,

através de uma escala ordinal (1- discordo completamente, 2 – discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo e 5 – concordo completamente).

A introdução ao tema reúne conceitos relativos ao regime medicamentoso e realça a importância no investimento da recuperação da autonomia da pessoa dependente e a necessidade de uma utilização segura da medicação.

A lista de medicação pretende mostrar a utilidade desta estratégia para a prevenção de sobredosagens ou reações adversas. Neste parâmetro é apresentada, a título de exemplo, uma lista, com os horários de toma de medicação mais comuns e a referência, através da colocação de siglas em frente ao nome do medicamento, a informação que os mesmos devem ser tomados em jejum (J) ou após a refeição (AP).

Quanto às recomendações gerais explora-se aspetos relativos à leitura da bula do medicamento, aos efeitos secundários do medicamento, às condições de conservação, ao prazo de validade, à importância de todos os medicamentos, à disponibilidade de receita, entre outros.

As diferentes abordagens de administração (oral, oftálmica, otológica, inalatória, cutânea, subcutânea e rectal), apresenta diferentes apresentações de medicamentos e cuidados a ter em cada via de administração, nomeadamente as posições a adotar na administração do medicamento e normas de segurança.

Relativamente ao parâmetro situações especiais, aborda-se sugestões sobre o que fazer nos casos de recusa da toma de medicação e apresenta-se equipamentos e estratégias facilitadores da toma da medicação.

No sentido de uma melhor rentabilização dos tempos de cada participante, o material para discussão foi enviado atempadamente, para uma melhor apropriação e análise. As reuniões do grupo focal decorreram nas instalações da instituição de ensino superior no mês de dezembro de 2018. Foram realizadas duas sessões com a duração entre 90 e 120 minutos cada. Determinou-se que os parâmetros com pontuação inferior a quatro deveriam ser removidos ou reformulados, conforme as sugestões dadas pelo grupo de peritos.

A segunda sessão teve por objetivo a verificação e confirmação da inclusão das sugestões propostas na primeira sessão, tendo sido efetuados alguns acertos linguísticos nos conteúdos.

## 2.4 Questões éticas

O presente estudo cumpriu os princípios éticos inerentes à Declaração de Helsínquia para a elaboração de um trabalho de investigação, e foi aprovada a sua realização pelo Conselho técnico-científico da ESEP.

Todos os participantes do estudo foram esclarecidos quanto aos seus objetivos, à colheita de dados, ao acesso dos resultados e à garantia de confidencialidade. Neste sentido todos os peritos forneceram o seu consentimento informado ao investigador.

Segundo Galego e Gomes (2005), o acordo de confiança estabelecido entre o investigador e os indivíduos que integram o grupo deve ser baseado no anonimato e confidencialidade.

No início de cada reunião do focus grupo foi pedida autorização a todos os elementos para se proceder à gravação áudio, que foi deferida.

Foi tido em consideração o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), que entrou em vigor a 25 de maio de 2018, o qual traz algumas mudanças significativas relativamente ao quadro legal anterior, nomeadamente ao nível do tratamento de dados pessoais na investigação clínica (Comissão de Ética para a Investigação Clínica [CEIC], 2018).

Corroboramos inteiramente com a opinião dos peritos da Comissão Europeia (EC, 2018b, p.3) pois consideram que:

“A proteção de dados é uma questão central para a ética em pesquisa na Europa e um direito humano fundamental. Está intimamente ligada à autonomia e à dignidade humana e ao princípio de que todos devem ser valorizados e respeitados. Para que esse princípio guie o desenvolvimento da atual sociedade da informação, a proteção de dados deve ser rigorosamente aplicada pela comunidade de pesquisa”.

Para o cumprimento das obrigações impostas pelo RGPD, em contexto de investigação clínica, a recolha, acesso e tratamento dos dados devem ser limitados às finalidades concretas e objetivas do estudo (CEIC, 2018). De modo a que o uso dos dados recolhidos seja apenas o estritamente necessário para a realização do estudo, os dados serão conservados apenas durante o período em que o mesmo decorre, procedendo-se à destruição dos questionários usados nas reuniões do focus grupo, após a conclusão desta investigação.

### 3 RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à apresentação dos resultados da análise descritiva dos dados obtidos através dos documentos preenchidos na primeira sessão do focus grupo e da reformulação dos conteúdos atendendo às sugestões do grupo de peritos.

O painel de peritos evidenciou consenso que face à complexidade do tema, seria importante que a informação relacionada com o tema seja sintética, explícita, clara e simples, de modo a que qualquer pessoa a compreenda. Na tentativa de dar resposta a este aspeto foram realizados ajustes linguísticos em todos os domínios, exceto na introdução do tema.

O domínio administração de medicamentos por via subcutânea reuniu um nível de concordância, por parte dos peritos, inferior a quatro, na maioria dos parâmetros em análise. Por este motivo e pelo facto de ser um tipo de administração muito específico e que exige bastante treino prévio com um enfermeiro, optou-se pela sua eliminação na ferramenta tecnológica. Isto porque os medicamentos a administrar por esta via têm indicações muito específicas e variadas. A título de exemplo há pouca sobreposição entre as indicações da administração de insulinas e administração de anticoagulantes.

Após a fase de validação da informação a integrar na plataforma eletrónica foi adicionado um novo módulo ao INTENT-CARE (disponível através do *link* <http://pope.esenf.pt/intentcare/>), podendo ser consultada com recurso a computador, *tablet* ou *smartphone* com acesso à internet.

A referida plataforma contempla seis separadores principais: Sobre Nós, Tema, Galeria, Links e Contactos. Os conteúdos desenvolvidos no presente trabalho foram incluídos no separador Tema, com a designação Gerir o regime medicamentoso. A exibição dos vários domínios que integram o tema do estudo é apresentada na figura 1.



Figura 1 – Tema Gerir o regime medicamentoso e seus conteúdos por páginas

O *layout* da página relativa à introdução ao tema Gerir o regime medicamentoso é exposto na figura 2. Esta página pretende contextualizar de forma sintética o tema em estudo, seguindo a lógica dos temas já incluídos na plataforma. E pretende responder a questões gerais colocadas pelos cuidadores.



Figura 2 – Conteúdo da página de introdução ao tema Gerir o regime medicamentoso

O conteúdo da página relativa à Lista de medicação é apresentado na figura 3. Considerou-se que a introdução de um exemplo de prescrição facilitasse a compreensão da sua utilidade e funcionamento. O exemplo incluído teve por base prescrições usuais relativas a patologias frequentes na terceira idade.

**Intent-Care** SOBRE NÓS TEMA GALERIA QUESTÕES LINKS CONTACTOS

## Lista de medicação

Sempre que for a uma consulta, seja qual for a especialidade, deve mostrar a lista da medicação atualizada, de modo a que não sejam receitados medicamentos que causem reações adversas ou sobredosagem. A lista da medicação deve incluir tanto os medicamentos com receita, como os medicamentos que não precisam de receita, para que se saiba exatamente a medicação que faz.

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_/\_\_/\_\_

Medicamentos	Pequeno almoço	Almoço	Jantar	Deitar	Observações
Pantoprazol 40 mg	J				1 comp
Lasix 40 mg	J				1 comp
Bisoprolol 2,5 mg					1 comp
Tromalyt 150mg	AP				1 cap
Centrum					1 comp
Adalat CR 60 mg					1 comp
Lorazepam 2,5 mg					1/2 comp

Legenda: J - Jejum; AP - Após Pequeno Almoço;

[Anterior \(gerir o regime medicamentoso\)](#) [Seguinte \(Recomendações gerais\)](#)

Figura 3 – Conteúdo da página Lista de medicação

Na figura 4 pode observar-se o domínio Recomendações gerais. As recomendações gerais incluem aspetos relativos à verificação da medicação, à conservação da mesma em boas condições, ao cumprimento da dose, horários e indicações prescritos. Pode considerar-se que são aspetos cruciais para conseguir-se obter uma gestão adequada do regime medicamentoso.

Optou-se por colocar-se de forma mais sintética aspetos relativos à dose bem como aos efeitos imediatos e a longo prazo dos medicamentos, removendo alguma informação sobre os mesmos por se considerar que poderia originar interpretações erradas.



The image shows a screenshot of a website page for 'Intent-Care'. The page has a dark header with the logo 'Intent-Care' on the left and a navigation menu on the right with links: 'SOBRE NÓS', 'TEMA', 'GALERIA', 'QUESTÕES', 'LINKS', and 'CONTACTOS'. The main content area is white and features a large blue heading 'Recomendações gerais'. Below the heading, there are several paragraphs of text providing general advice on medication use, such as reading the leaflet, paying attention to side effects, storing medications properly, and checking expiration dates. At the bottom of the page, there are two blue links: 'Anterior (lista de medicação)' and 'Seguinte (administração oral)'.

**Intent-Care**      SOBRE NÓS    TEMA    GALERIA    QUESTÕES    LINKS    CONTACTOS

## Recomendações gerais

É importante ler e conservar o folheto informativo do medicamento para o consultar sempre que surja alguma dúvida. Esteja especialmente alerta sobre as interações com outros medicamentos, contraindicações e indicações específicas. Se após a leitura do folheto informativo, alguma dúvida persistir deve contactar o médico, enfermeiro ou farmacêutico.

Dê especial atenção aos efeitos secundários do medicamento, e caso o seu familiar apresente algum desses efeitos secundários, entre em contacto com o médico ou enfermeiro.

É fundamental que a medicação seja mantida em boas condições de conservação. Existem medicamentos que necessitam ser armazenados no frigorífico, outros devem ser mantidos em locais frescos, arejados e protegidos da luz solar direta.

Verifique regularmente o prazo de validade dos medicamentos.

Saiba quais os medicamentos que o seu familiar tem de tomar em jejum e quais os que devem ser ingeridos com alimentos.

Esteja atento à dose do medicamento.

Não atribua mais valor a uns medicamentos do que a outros. Assuma que todos os que estão prescritos são porque o seu familiar precisa deles.

Seja cauteloso, não deixe o seu familiar parar a medicação. Peça uma nova prescrição, antes de o medicamento acabar.

Não dê dose a dobrar para compensar a dose esquecida. Informe-se sobre o que deve fazer para cada medicamento.

Dê a medicação ao seu familiar sempre à mesma hora para evitar o seu esquecimento.

Antes da preparação da medicação, recomenda-se a lavagem das mãos.

Antes de dar a medicação, deve verificar sempre a prescrição, o medicamento, a dose, a hora e a forma de a tomar.

Explique ao seu familiar o objetivo de cada medicamento.

[Anterior \(lista de medicação\)](#)      [Seguinte \(administração oral\)](#)

Figura 4 – Conteúdo da página Recomendações gerais

A apresentação visual da página Administração oral é feita na figura 5. Neste domínio, acrescentou-se os comprimidos efervescentes na referência às diferentes apresentações de medicamentos a serem administrados por via oral, e considerou-se que após a designação suspensões orais fosse colocado entre parêntesis as palavras “xaropes preparados”, para clarificar o conceito.

Removeu-se o aspeto “se o seu familiar colaborar pode colocar-lhe os medicamentos na mão ou dar-lhe o copo da medicação”, por se considerar que esta informação já estava incluída na parte em que se aborda a autonomia e por ser algo muito intuitivo. Optou-se também por retirar o aspeto que abordava a administração dos medicamentos através de sonda nasogástrica, por já existir na plataforma no tema “Alimentação através de sonda nasogástrica”.



**Intent-Care** SOBRE NÓS TEMA + GALERIA + QUESTÕES LINKS CONTACTOS

## Administração oral (pela boca)

Existem diferentes apresentações de medicamentos a serem administrados por via oral, como, comprimidos, comprimidos efervescentes, cápsulas, drageias, xaropes, soluções, suspensões, gotas, pós e granulados.



Existem medicamentos que não devem ser engolidos, como os sublinguais (que devem permanecer debaixo da língua), ou orodispersíveis, que devem ser dissolvidos na boca.

Os medicamentos em pó, granulados ou comprimidos efervescentes devem ser ingeridos logo após a sua dissolução.

Os medicamentos com revestimento como as cápsulas ou drageias não devem ser triturados nem abertos.

As suspensões orais (xaropes preparados) devem ser agitadas previamente à sua administração.

Tenha em atenção que a utilização de sumos, leite ou outros líquidos podem influenciar a absorção de alguns medicamentos (consultar folheto informativo do medicamento). Está contraindicado a ingestão de álcool com medicamentos.

Ofereça água ao seu familiar em quantidade adequada para que ele consiga engolir o medicamento com segurança.

A posição sentada ou a cabeceira da cama elevada facilita a ingestão da medicação.

A inclinação ligeira da cabeça para a frente, ajuda a engolir os medicamentos e líquidos, prevenindo a entrada destes nas vias respiratórias.

Assegure-se que o seu familiar tomou a medicação. No final da toma da medicação deve verificar discretamente se ficou na boca ou na mão do seu familiar algum medicamento.

[Anterior \(recomendações gerais\)](#) [Seguinte \(administração oftalmológica\)](#)

Figura 5 – Conteúdo da página Administração oral

A figura 6 exibe o conteúdo da página Administração oftálmica. Também aqui considerou-se que após a designação administração oftálmica fosse colocado entre parêntesis a palavra “nos olhos”. Decidiu-se retirar o aspeto em que a técnica de aplicação da medicação no olho era descrita de forma muito complexa.

**Intent-Care** SOBRE NÓS TEMA + GALERIA + QUESTÕES LINKS CONTACTOS

## Administração oftálmica (nos olhos)

Os colírios e pomadas são exemplos de apresentações de medicamentos oftálmicos.

É importante que as pessoas saibam que com a aplicação de colírios e ou pomadas, a visão pode ficar temporariamente alterada.



O seu familiar deve deitar-se ou sentar-se com a cabeça ligeiramente inclinada para trás.

Existindo secreções no olho é necessário limpá-lo. A limpeza deve ser feita com uma compressa humedecida em soro fisiológico ou água morna, num movimento único e suave, do canto interno (junto ao nariz) para o externo. Lave as mãos na passagem de um olho para o outro, e comece a limpeza pelo olho mais limpo.

Com uma compressa puxe a pálpebra inferior com suavidade, de modo a expor a parte interna da pálpebra.

Solicite ao seu familiar para olhar para cima, e deixe pingar o número de gotas prescrito na parte interna da pálpebra.

A aplicação de pomada deve ser feita na zona interna da pálpebra inferior, do canto interno para o externo.

Solicite ao seu familiar para fechar e rodar suavemente os olhos, para espalhar melhor a medicação.

Caso exista excesso de medicação, remova-o com uma compressa.

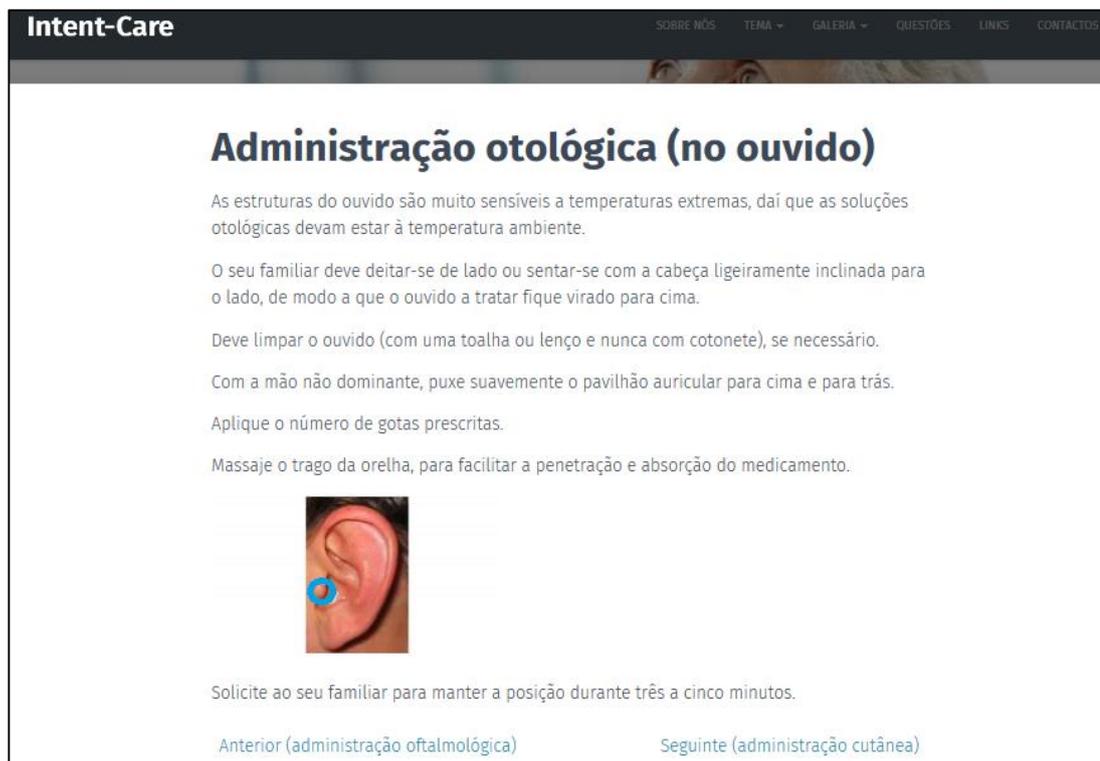
Aconselhe o seu familiar a não andar enquanto a visão não estiver nítida, devido ao risco de cair.

Esteja atento ao prazo de validade dos colírios e pomadas oftálmicas depois de abertos.

[Anterior \(administração oral\)](#) [Seguinte \(administração otológica\)](#)

Figura 6 - Conteúdo da página Administração oftálmica

O conteúdo da página Administração otológica é mostrado na figura 7. Considerou-se desnecessário referir onde é que anatomicamente é feita a administração de medicamentos por via otológica, uma vez que o próprio título do parâmetro em análise já inclui essa informação. Para simplificar a informação tornando-a mais perceptível substituiu-se os termos pavilhão auricular e canal auditivo externo por ouvido. A explicação da técnica de aplicação da medicação otológica foi removida pelo mesmo motivo da oftalmológica.



**Intent-Care** [SOBRE NÓS](#) [TEMA](#) [GALERIA](#) [QUESTÕES](#) [LINKS](#) [CONTACTOS](#)

## Administração otológica (no ouvido)

As estruturas do ouvido são muito sensíveis a temperaturas extremas, daí que as soluções otológicas devam estar à temperatura ambiente.

O seu familiar deve deitar-se de lado ou sentar-se com a cabeça ligeiramente inclinada para o lado, de modo a que o ouvido a tratar fique virado para cima.

Deve limpar o ouvido (com uma toalha ou lenço e nunca com cotonete), se necessário.

Com a mão não dominante, puxe suavemente o pavilhão auricular para cima e para trás.

Aplique o número de gotas prescritas.

Massaje o trago da orelha, para facilitar a penetração e absorção do medicamento.



Solicite ao seu familiar para manter a posição durante três a cinco minutos.

[Anterior \(administração oftalmológica\)](#) [Seguinte \(administração cutânea\)](#)

Figura 7 – Conteúdo da página Administração otológica

Quanto à administração de medicamentos por via cutânea clarificou-se a descrição da técnica de administração, removeu-se o aspeto referente à indicação específica para os transdérmicos cardíacos e foi sugerida a alteração da ordem de alguns conteúdos. Na figura 8 mostra-se o *layout* da página Administração cutânea.

## Administração cutânea (na pele)

Existem diferentes apresentações de medicamentos a serem aplicados na pele, nomeadamente, sob a forma de pomada, creme, loção, gel, adesivo transdérmico ou spray.



Antes de administrar a medicação, deve lavar e secar o local de aplicação do medicamento.

Os medicamentos sob a forma de pomada, creme, loção e gel devem ser aplicados numa camada fina e uniforme, na zona a ser tratada, seguindo as instruções. Se for necessário espalhar ou massajar, deve fazê-lo no sentido do crescimento dos pêlos.

Na aplicação do adesivo transdérmico deve ter-se em atenção os seguintes aspetos:

- retire cuidadosamente o adesivo da sua embalagem externa e remova a proteção, sem tocar na zona que contém o medicamento;
- aplique o disco na superfície da pele que tiver menos pêlos. Nunca aplique em pele oleosa, queimada, cortada, irritada ou sobre pregas da pele;
- pressione as extremidades do adesivo cerca de 10 segundos, para promover uma melhor aderência;
- se indicado, alterne os locais de aplicação dos adesivos, para prevenir a irritação da pele;
- nunca corte os adesivos, exceto se existir uma indicação específica;
- siga as indicações específicas quanto ao tempo de aplicação dos adesivos transdérmicos;
- nunca aplique calor sobre um adesivo transdérmico;
- antes de aplicar um adesivo novo retire o antigo.

Os medicamentos em forma de spray devem ser aplicados após agitar o recipiente e a uma distância entre 15 a 30 cm da pele. Quando a aplicação é feita no tórax ou face, deve solicitar ao seu familiar para fechar os olhos ou virar o rosto para o lado oposto à aplicação do spray, bem como proteger a boca e nariz. Pulverize uniformemente uma fina camada do medicamento na pele, seguindo as indicações do laboratório.

[Anterior \(administração otológica\)](#)

[Seguinte \(administração inalatória\)](#)

Figura 8 – Conteúdo da página Administração cutânea

Na administração de medicamentos por via inalatória foi onde surgiram mais dúvidas e sugestões, sendo o domínio em que houve necessidade de maiores reformulações. Isto verificou-se devido à existência de uma diversidade de dispositivos inalatórios, cujas técnicas de utilização também variam consoante o tipo de dispositivos inalatórios.

O termo nebulização foi retirado do título da página, uma vez que, em rigor as orientações da Direção Geral da Saúde (DGS) incluem os nebulizadores nos dispositivos disponíveis para a terapêutica inalatória.

A elaboração da tabela referente aos passos fundamentais da técnica inalatória, baseou-se na adaptação da Orientação n.º 10/2017 da Direção Geral da Saúde, bem como do conteúdo

de um vídeo (3 passos da técnica inalatória) da autoria de um grupo de estudos que se dedica ao estudo de doenças respiratórias e respetivos equipamentos inerentes ao tratamento das mesmas. O grupo designa-se por Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias (GRESP) e integra a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Este grupo está na vanguarda dos dispositivos inalatórios e faz regularmente atualizações à informação que disponibiliza neste âmbito. Atendendo à complexidade da tipologia de dispositivos inalatórios existentes no mercado, considerou-se pertinente remeter, através de um link, para a consulta de um folheto designado “Dispositivos inalatórios”, também ele elaborado pelo GRESP.

O vídeo e folheto mencionados estão disponíveis na página web <http://www.gresp.pt/>. A página Administração inalatória é apresentada na figura 9.

**Intent-Care** SOBRE NÓS TEMA GALERIA QUESTÕES LINKS CONTACTOS

## Administração inalatória

A administração de medicamentos por via inalatória é feita através do nariz e ou boca para ter efeito nas vias respiratórias.

A posição sentada ou a cabeceira da cama elevada facilita os movimentos respiratórios e a eficácia da administração por esta via.

Incentive o seu familiar a tossir, a assoar-se e a lavar a boca, se necessário, antes da inalação.

Existem diferentes dispositivos inalatórios. Cada inalador tem o seu modo próprio de funcionamento. Antes da utilização do inalador, este deve ser preparado de acordo com as instruções de uso do fabricante.

Os 3 passos fundamentais da técnica inalatória:

	Inalador de pó seco	Inalador pressurizado doseável	Respimat	pMDI + Câmara expansora Inalação múltipla	Nebulizador
<b>1</b>	Expiração prévia forçada			<b>Sem</b> expiração prévia forçada	
<b>2</b>	Inalação rápida e vigorosa	Inalação lenta e profunda		Inalação em volume corrente	
<b>3</b>	Apneia final			<b>Sem</b> apneia	

Para consultar os principais aspetos das instruções de uso de cada tipo de dispositivos inalatórios [clique aqui](#).

[Anterior \(administração cutânea\)](#)
[Seguinte \(administração rectal\)](#)

Figura 9 – Conteúdo da página Administração inalatória

No domínio Administração rectal foi incluída uma figura para facilitar a perceção da posição recomendada na aplicação de medicação por via rectal e foram retirados aspetos

relacionados com a salvaguarda da privacidade e o uso de resguardos como proteção, por não serem muito adequados ao contexto de domicílio. Considerou-se importante explicitar as diferentes apresentações de medicamentos a serem administrados por via rectal, nomeadamente, supositório e soluções rectais ou bisnagas. Foi removido o aspeto que abordava a administração de medicamentos através de colostomia, por ser algo muito específico. O conteúdo da página Administração rectal pode ser visualizado na figura 10.



**Intent-Care** SOBRE NÓS TEMA GALERIA QUESTÕES LINKS CONTACTOS

## Administração rectal

A administração de medicamentos por via rectal é feita introduzindo o medicamento no ânus.

Calce umas luvas descartáveis.

Posicione o seu familiar ou ajude-o a posicionar-se deitado sobre o lado esquerdo, com a perna que fica por cima fletida



Solicite ao seu familiar que respire lenta e profundamente, antes da aplicação do medicamento.

**Supositório:** Insira suavemente através do ânus, o supositório empurrando-o com o dedo indicador para além do esfíncter anal.

**Soluções rectais ou bisnagas:** Retire a tampa da cânula, introduza a cânula no reto, comprima completamente a bisnaga e remova a cânula, mantendo-a apertada para que o medicamento não venha para trás.

Solicite ao seu familiar que comprima as nádegas e que permaneça na mesma posição durante cinco minutos, evitando a expulsão do medicamento e facilitando a sua absorção.

[Anterior \(administração inalatória\)](#) [Seguinte \(situações especiais\)](#)

Figura 10 – Conteúdo da página Administração rectal

Por último, surge a página Situações especiais, a qual pode ser observada na figura 11.

Neste domínio abordam-se estratégias para ajudar nas situações em que o familiar doente se recusa a tomar a medicação e apresentam-se equipamentos úteis na promoção da autonomia. De modo a assegurar-se que o familiar toma a dose da medicação completa, mesmo nas situações em que não come a totalidade da comida, é importante que os comprimidos esmagados não sejam espalhados sobre toda a comida, daí que acrescentaram-se as palavras “dê numa colher”. O aspeto relativo ao estabelecimento de um horário para a

toma da medicação foi retirado, uma vez que, esta informação já está referida anteriormente.

Figura 11 – Conteúdo e imagens da página Situações especiais

**Intent-Care** SOBRE NÓS TEMA GALERIA QUESTÕES LINKS CONTACTOS

## Situações especiais

O que fazer quando o seu familiar se recusa a tomar a medicação?

- Tente perceber o que provoca a recusa dos medicamentos;
- Não pressione a toma da medicação. Explique calmamente a importância do medicamento. Se necessário, faça uma pausa, antes de voltar a tentar;
- Experimente dar o medicamento com os alimentos que o seu familiar prefere;
- Esmague os comprimidos e dê numa colher de sopa, papa ou sumo;

Existem equipamentos que possam ajudar o seu familiar a ficar mais autónomo na toma da medicação? Qual ou quais? Onde pode adquiri-los?

- O uso de caixas para organizar os medicamentos pode ser útil. Existem caixas de vários tipos e com diferentes divisões, nomeadamente por dias de semana e/ou por momentos do dia;
- As imagens seguintes ilustram alguns exemplos de equipamentos que podem facilitar a toma da medicação (caixas de medicação, cortador de comprimidos, almofariz com pilão);

Caixas de medicação



Almofariz



Cortador de comprimidos



- Estes equipamentos podem ser adquiridos em algumas farmácias ou lojas de artigos de saúde;
- O uso de lembretes visual ou auditivo ajuda a lembrar a necessidade de tomar a medicação. Afixe um post-it num local visível, ou então use a função de alarme no telemóvel para que toque no horário certo. Pode ainda definir um toque específico que associe à toma de medicação.

Em caso de detetar alguma alteração do estado de saúde do seu familiar ou de verificar a ocorrência de algum efeito secundário da medicação ou de ocorrer algum erro na dosagem administrada, deve contactar o enfermeiro, médico ou o SNS 24 (808242424).

[Anterior \(administração retal\)](#) [Temas](#)



## 4 DISCUSSÃO

Neste capítulo faz-se uma análise sobre os assuntos inerentes a este trabalho e as implicações dos resultados obtidos para o conhecimento do tema central em estudo, a gestão do regime medicamentoso, na perspetiva de um familiar cuidador.

Nos últimos anos, tem-se assistido a mudanças sociodemográficas, as quais de acordo com o já referido ao longo deste trabalho, incluem o envelhecimento, o aumento da esperança média de vida, a maior prevalência de doenças crónicas e o aumento de dependentes nos autocuidados em contexto de domicílio. Impõe-se, portanto, que os cuidados de saúde prestados tenham em consideração esta realidade.

Um elemento que como sabemos assume uma grande importância na promoção de bons cuidados à pessoa dependente é o cuidador. Deste modo, os enfermeiros devem contribuir para apoiar e melhorar os cuidados prestados pelos cuidadores, atendendo às necessidades específicas de cada pessoa e/ou situação.

Nas situações em que é delineado um plano de tratamento tendo em conta as necessidades e envolvendo a pessoa, verifica-se um maior compromisso na gestão da doença (Lumini et al., 2017).

Os familiares cuidadores são parceiros importantes na prestação de cuidados seguros e eficazes aos idosos que vivenciam uma transição (Messecar, 2012). Segundo Sousa (2014), o nível de eficácia da gestão do regime terapêutico é influenciado pelo suporte familiar da pessoa cuidada. Tem sido evidenciada em diversos estudos a importância do envolvimento do cuidador na gestão do regime terapêutico do familiar (Valldeoriola et al., 2011 citado por Sousa & Bastos, 2016, p.161). Isto vem corroborar também a afirmação de que o cuidador é um recurso relevante na prestação de cuidados e em particular na gestão do regime terapêutico.

Nos idosos, o aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas, gera a necessidade de consumo de vários medicamentos (Festa, 2018). Num estudo realizado em Portugal, verificou-se que o uso de medicação crónica teve uma prevalência de 58,1% (Cima et al., 2011 citado por Festa, 2018). De acordo com aquilo que já foi abordado e

fundamentado no subcapítulo 1.2, devido ao maior consumo de uma variedade de medicamentos, por parte dos idosos, aumenta o risco de reações adversas e interações medicamentosas. É também nesta faixa etária onde se verifica maior prevalência de incumprimentos nas indicações de segurança, de armazenamento e conservação e de erros nas tomas dos medicamentos, sendo por isso, de extrema relevância e pertinência desenvolver estratégias diversificadas que contribuam para uma maior consciencialização das famílias cuidadoras para o problema.

Na prática clínica é frequente os profissionais de saúde não conhecerem toda a medicação utilizada pelos idosos, uma vez que, muitos deles são acompanhados por médicos de diferentes especialidades, além disso, por vezes, usam medicação não prescrita por médicos, pois recorrem a conselhos de outras pessoas e à automedicação (Festa, 2018). De igual modo, Woodruff (2010) alerta para o risco de enganos com a medicação poder aumentar quando a prescrição é feita por diferentes médicos (citado por Sousa, 2014).

A pessoa ao ser acompanhada por vários médicos, se não houver o cuidado de comunicar a cada médico a medicação que toma, corre o risco de obter uma multiplicidade de prescrições, as quais podem originar sobredosagens e o uso de medicamentos potencialmente inapropriados. Daí que, considera-se fundamental que as pessoas que tomam medicação devem fazer-se acompanhar sempre de uma lista de medicação atualizada, semelhante à apresentada anteriormente.

Sousa (2014) refere que pessoas que fazem bastante medicação, especialmente, as com baixa literacia ou com compromisso nas funções cognitivas, podem ter dificuldade em enunciar todos os medicamentos que tomam. Este é então mais um aspeto que valoriza a utilidade de uma lista de medicação.

Destaca-se também a importância de nas consultas médicas serem mencionados todos os medicamentos que tomam, mesmo os que podem ser adquiridos sem receita médica, uma vez que há medicamentos que quando tomados em simultâneo com outros podem causar reações adversas (Ricker, 2001).

Quando as pessoas apresentam compromisso na gestão do regime medicamentoso é imprescindível que tenham alguém que as ajude na realização de todos os processos inerentes a essa gestão. No entanto, para que o cuidador consiga realizar uma gestão segura e eficaz da medicação da pessoa que cuida, ele precisa ser ensinado, instruído e treinado previamente por um profissional de saúde acerca das várias especificidades da medicação. Considera-se que os conteúdos incluídos na plataforma INTENT-CARE possam ser um bom

complemento aos ensinamentos realizados pelos enfermeiros e que ajudem os cuidadores a prestar atenção a aspetos, que à primeira vista, possam ser menos valorizados, contudo bastante importantes, na gestão da medicação.

Situações como as de misturarem os medicamentos todos em sacos, sem retirarem os que entretanto deixaram de tomar ou os que a validade expirou, originam o aumento de enganos com a medicação (Sousa, 2014). Como se depreende importa alertar para a necessidade de manter a medicação organizada, de modo a diminuir possíveis erros. As caixas dispensadoras de medicação, também apresentadas no desenvolvimento deste trabalho, são exemplos de equipamentos que podem potenciar a autonomia da pessoa na toma da medicação, mas também melhorar a organização da medicação.

Maidment, et al. (2017), consideram que é importante apoiar na gestão de medicamentos, através da ajuda a organizar os medicamentos, a desenvolver estratégias que evitem erros e a rever a medicação.

As recomendações gerais acerca da importância da leitura do folheto informativo de cada medicamento, da atenção a ter com os possíveis efeitos secundários, da manutenção dos medicamentos em boas condições de conservação, da verificação da validade dos medicamentos com regularidade, do conhecimento dos medicamentos que devem ser ingeridos em jejum e ou com alimentos, do cumprimento da dose prescrita, da salvaguarda de posse da nova receita antes da embalagem da medicação em uso terminar, da garantia do horário da medicação adequado, entre outras, são cruciais como contributo para uma gestão adequada do regime medicamentoso.

O estudo de Sousa (2014) revela que os participantes manifestaram algum descuido quanto ao horário da medicação, facto este que pode ser um risco para eles. Assim, este resultado reforça a importância de se explicar aos cuidadores a necessidade de assegurarem a toma da medicação nos horários recomendados. Uma estratégia sugerida na aplicação para ajudar a lembrar a necessidade da toma da medicação é o uso de lembrete visual ou auditivo, como por exemplo, afixar um *post-it* num local visível ou usar a função de alarme do telemóvel para que toque no horário correto.

Concomitantemente, tal como sabemos, derivado da prática profissional, são diversas as formas farmacêuticas existentes, fazendo com que exista uma grande variedade de medicamentos para serem administrados por diferentes vias. Daí que, tornou-se nossa intenção disponibilizar informação sobre os passos a ter em consideração na administração de medicamentos pelas vias que são utilizadas com mais frequência pelas pessoas no

domicílio, e que possam ser administradas por pessoas sem formação específica na área da saúde.

O facto de ter sido na utilização de dispositivos inalatórios que os peritos sugeriram maior número de alterações no documento inicial, deve-se à diversidade de dispositivos, com diferentes funcionamentos.

O estudo de Padilha (2013) evidencia que as pessoas com níveis mais adequados de consciencialização são as que têm maiores ganhos em conhecimentos e capacidades na gestão do regime terapêutico. Além disso, uma gestão ineficaz do regime terapêutico aumenta o risco de agravamento do estado de saúde (Festa, 2018). Sabe-se, também, que quanto maior for a complexidade do regime terapêutico medicamentoso, maior é a dificuldade de um indivíduo reter os conhecimentos relativamente à medicação (Bastos, 2012). Na mesma linha de pensamento, Sousa (2014, p.98) afirma que “a complexidade do regime torna a sua gestão mais difícil”.

É, portanto, necessário que o cuidador tome consciência da realidade que experiencia, e possa simultaneamente usufruir de orientações dos profissionais de saúde. O cuidador precisa de conhecer os comportamentos que deve adotar para conseguir implementar o plano de cuidados necessário para a pessoa de quem cuida. Através da ferramenta tecnológica interativa é possível aos cuidadores acederem a informação credível, de forma gratuita, em qualquer momento e espaço, desde que possuam um computador, *tablet* ou *smartphone* com ligação à internet, o que é claramente uma mais-valia. A possibilidade de consultarem informação sobre aspetos referentes ao regime medicamentoso, pode permitir esclarecer dúvidas, orientar cuidados e até mesmo, em última instância, retardar o agravamento do estado de saúde da pessoa que cuidam.

Somos da opinião que a grande preocupação dos cuidados de saúde deve incidir na prevenção de agudizações, de modo a que os doentes mantenham o melhor estado de saúde e funcionalidade pelo maior tempo possível, sendo a medicação um aspeto que concorre para tal.

O controlo das situações e doenças crónicas tem sido, nas últimas décadas, levado a cabo maioritariamente pela prescrição de medicamentos (Henriques, 2013), daí que, esta deva ser cumprida com rigor.

Com o avanço tecnológico e científico têm-se produzido medicamentos cada vez mais eficazes, tornando possível controlar melhor os sintomas das doenças e aumentar

consequentemente o prolongamento da vida dos doentes e diminuir os internamentos hospitalares por agudizações.

Os dados da OMS revelam que o uso da medicação não é eficiente, assim o desenvolvimento deste estudo é importante, uma vez que, tem a finalidade de contribuir para melhorar o uso da medicação. Os doentes crónicos, caso não façam uma gestão adequada da medicação, têm maior probabilidade de agravarem o seu estado de saúde, provocando acréscimos significativos nos custos económicos das famílias e da sociedade.

A ferramenta tecnológica torna-se um ótimo recurso de educação terapêutica, a qual permite auxiliar os cuidadores a colocarem em prática as competências necessárias no ato de cuidar, e em particular na área em estudo deste trabalho, possibilitando que os cuidadores tomem decisões informadas e através da informação consultada consigam operacionalizar uma gestão eficaz do regime medicamentoso.

A avaliação do papel potencial da informação dos sistemas de tecnologia de informação e comunicação realizada por cuidadores revelou que 87,4% considera que estes sistemas podem ser muito úteis para melhorar o uso de medicamentos (Pilotto et al., 2011).

De acordo com o que temos vindo a defender ao longo do presente trabalho são inquestionáveis os benefícios das tecnologias de informação e comunicação nos processos de cuidados.

Assiste-se a uma progressiva utilização de plataformas eletrónicas com a finalidade de educar os cidadãos para a saúde e considera-se a internet bastante útil na interação com as pessoas que precisam de cuidados de saúde (Lumini & Freire, 2016).

Os idosos e as pessoas com baixos níveis económicos e de educação, constituem os grupos mais vulneráveis na utilização da internet. Verifica-se que 22% da população portuguesa nunca utilizou a internet (EC, 2018a).

Atendendo a que os idosos constituem a grande fatia da população dependente a viver no domicílio, importa criar estratégias para aumentar a utilização das TIC por parte deste grupo populacional.

Os dados existentes evidenciam que metade dos cidadãos portugueses tem competências digitais insuficientes para conseguirem utilizar a internet com eficácia (EC, 2018a).

A implementação tecnológica para apoio aos idosos para ser bem-sucedida precisa ser adaptada às necessidades específicas de cada pessoa que vive na comunidade, e

paralelamente é preciso fomentar a capacitação dos idosos para o uso da tecnologia (Peek, Wouters, Luijckx & Vrijhoef, 2017).

Portugal enfrenta o desafio de fazer com que os seus cidadãos melhorem as competências digitais e por inerência adiram à utilização das tecnologias digitais, de modo a que possam usufruir dos benefícios da digitalização, principalmente nos grupos mais vulneráveis (EC, 2018a).

O estado português lançou em junho de 2017 uma iniciativa em linha com vista a aumentar a literacia em saúde, designada por “Biblioteca de Literacia em Saúde”, a qual diz respeito a uma ferramenta em linha que possibilita o acesso a informação na área da saúde, fundamental para capacitar e promover a autonomia dos cidadãos neste domínio (EC, 2018a).

Pela descrição feita acerca da referida ferramenta quer-nos parecer que a finalidade é muito semelhante à plataforma “Cuidar de Pessoas Dependentes” criada por Lumini (2015) no âmbito da sua tese de doutoramento, e na qual este trabalho de investigação se insere. Todavia, a “Biblioteca de Literacia em Saúde” é direcionada para o cidadão em geral, enquanto “Cuidar de Pessoas Dependentes” visa apoiar especificamente os familiares cuidadores de pessoas dependentes.

Os utilizadores das tecnologias de informação e comunicação gostam de as utilizar, principalmente, quando sentem que o *layout* e o *design* proporcionam uma navegação fácil e que funções como compor, postar e visualizar mensagens, são intuitivas (Kurahashi et al., 2018).

Os referenciais teóricos usados no desenvolvimento deste trabalho, evidenciam que o uso das tecnologias digitais têm bastante potencial para apoiar os idosos e doentes crónicos, bem como os respetivos familiares cuidadores no controlo, gestão e compreensão das informações de saúde, contribuindo para a promoção de cuidados de saúde com maior qualidade.

## CONCLUSÃO

O presente estudo debruçou-se no desenvolvimento de conteúdos sobre a temática gestão do regime medicamentoso, os quais foram incluídos na ferramenta tecnológica interativa intitulada, “Cuidar de Pessoas Dependentes”.

O regime medicamentoso é uma área na saúde à qual deve ser dada especial atenção, na medida em que o seu uso inadequado pode ter consequências significativas a nível de saúde e socioeconómicas.

A procura da melhor evidência sobre o tema contribuiu para que fosse realizado um documento com uma versão draft que serviu de base para o trabalho do focus grupo. Este grupo de trabalho teve por objetivo analisar, validar e produzir os conteúdos para incluir na plataforma online.

Consideramos que o grupo trabalhou com motivação e de forma bastante proactiva, pelo que em dois encontros conseguiu-se uma versão por consenso.

Foram mais os conteúdos que se excluíram do que os que se acrescentaram. A razão da exclusão de conteúdos prendeu-se, essencialmente, com a preocupação que estes deveriam ser o mais genérico possível. Os peritos foram unânimes ao considerarem que os conteúdos desenvolvidos são pertinentes, úteis e relevantes para melhorar a qualidade dos cuidados à pessoa dependente, pelos seus familiares cuidadores, relativos à gestão do regime medicamentoso.

Considera-se que este trabalho atingiu os objetivos e metas propostos. A sua realização torna possível que através do uso das tecnologias de informação e comunicação, os cuidadores em contexto domiciliário consigam melhorar os seus conhecimentos acerca da gestão do regime medicamentoso.

Sugere-se que seja dada continuidade à expansão da ferramenta “Cuidar de Pessoas Dependentes”, aumentando os conteúdos através da abordagem de outras temáticas em trabalhos de investigação e procedendo à sua divulgação quer aos profissionais de saúde como aos cidadãos em geral.

Em epítome, esta investigação vem reforçar a ideia de que a utilização das tecnologias educacionais constitui um recurso inovador enquanto estratégia educativa usada pelos enfermeiros com o objetivo de capacitar os familiares cuidadores de pessoas dependentes, através da disponibilização de informação adaptada às necessidades dos mesmos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, A. (2004). *Medicamentos, que realidade? Passado, presente e futuro*. 2.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Arantes, P., & Deusdará, B. (2017). Grupo focal e prática de pesquisa em análise do discurso: metodologia em perspectiva dialógica. *Revista de Estudos da Linguagem*, 25 (2), 791-814. Recuperado de <http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/relin/article/viewFile/8846/pdf>

Barbour, R. (2009). *Grupos focais*. Porto Alegre: Bookman, Artmed.

Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa da problemática da gestão da doença e do regime terapêutico* (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Bowling, A. (2014). *Research methods in health: Investigating health and health services*. 4.<sup>a</sup> ed. London: McGraw-Hill Education.

Brito, M. A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado – uma teoria explicativa* (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Comissão de Ética para a Investigação Clínica. (2018). *Documento CEIC sobre o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) no contexto da Investigação Clínica*. Recuperado de <https://www.ceic.pt/>

Crisp, L., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J., Barros, P., & Soares, J. (2014). *Um futuro para a saúde – todos temos um papel a desempenhar*. Fundação Calouste Gulbenkian.

DECRETO-LEI n.º 176/2006. D.R. I Série. N.º 167 (2006-08-30), pp. 6297-6383.

Department of Health (2005). *Supporting people with long-term conditions: an NHS and Social Care Model to support local innovation and integration*. Recuperado de [https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105013243/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4122574.pdf](https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105013243/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4122574.pdf)

DESPACHO n.º 4027-A/2016. D.R. 2.<sup>a</sup> Série. N.º 55 (2016-03-18), pp. 9720-(2).

Diaz, R. & Santos, K. (2007). Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes idosos. In M. Netto (Ed.), *Tratado de Gerontologia*. 2.<sup>a</sup> ed. (pp.729-740). São Paulo: Atheneu.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Orientação n.º 010/2017 de 26/06/2017*. Portugal. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circularesinformativas/orientacao-n0102017-de-26072017-pdf.aspx>

Drake, P. (2013). Best practices in research and evaluation: focus groups. *Best practice guides*. Scotts Valley CA: ETR. Recuperado de [http://www.etr.org/ebi/assets/File/etr\\_best\\_practices\\_focus\\_groups.pdf](http://www.etr.org/ebi/assets/File/etr_best_practices_focus_groups.pdf)

Driessnack, M., Sousa, V., & Mendes, I. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 2: Desenhos de pesquisa Qualitativa. *Revista Latino-am Enfermagem*, 15 (4) jul-ago. Recuperado de <http://www.eerp.usp.br/rlae>

European Commission. (2016). *Digital single market: European digital progress report*. Recuperado de <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/scoreboard/portugal>

European Commission. (2018a). *Digital single market: Digital economy and society index*. Recuperado de <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/scoreboard/portugal>

European Commission. (2018b). *Ethics and data protection*. Recuperado de [http://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/grants\\_manual/hi/ethics/h2020\\_hi\\_ethics-data-protection\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/grants_manual/hi/ethics/h2020_hi_ethics-data-protection_en.pdf)

Festa, A. (2018). *Gestão do regime medicamentoso em agregados familiares de pessoas com 80 ou mais anos de idade* (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Fortin, M., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Galego, C., & Gomes, A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 173-184. Recuperado de <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/1012>

Gomes, B., & Martins, M. (2016). Funcionalidade, autonomia e dependência. In T. Martins, M. Peixoto, F. Araújo & P. Machado (Ed.), *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. (pp. 29-39). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (sd). *Folheto Dispositivos Inalatórios*. Recuperado de <http://www.gresp.pt/>

Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (sd). *Vídeo “3 passos da técnica inalatória”*. Recuperado de <http://www.gresp.pt/>

Gui, R. (2003). Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. *Revista Psicologia: Organização e Trabalho*, 3 (1), 135-159. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/7071/6544>

Henriques, A. (2013). A gestão da medicação nas pessoas idosas: a adesão como indicador de eficácia de intervenções de enfermagem. In M. Fernandes, M. Bicudo, I. Gomes, A. Henriques, M. Gândara, C. Oliveira & M. Lopes (Ed.), *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática*. (pp.115-174). Loures: Lusodidacta.

International Council of Nurses. (2001). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP-BETA 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

International Council of Nurses. (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE- versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

International Council of Nurses. (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/KIT\\_DIE\\_2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf)

International Council of Nurses. (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE-versão 2015*. Lisboa. Versão Portuguesa traduzida pela Ordem dos Enfermeiros.

International Council of Nurses. (2018). *Transformation and innovation: 2016-17 biennial report*. Genebra: International Council of Nurses. Recuperado de [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN\\_Biennial%20report%202016-2017\\_FINAL.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Biennial%20report%202016-2017_FINAL.pdf)

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de população residente 2015-2080*. Recuperado de <https://www.ine.pt>

Kralik, D., Visentin, K., & Van Loona, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (3), 320-329.

Krueger, R., & Casey, M. (2009). *Focus groups: A practical guide for applied research* (4.<sup>a</sup> ed.). USA: Sage.

Kurahashi, A., Stinson, J., Wyk, M., Luca, S., Jamieson, T., Weinstein, P., . . . Husain, A. (2018). The perceived ease of use and usefulness of loop: evaluation and content analysis of a web-based clinical collaboration system. *JMIR Hum Factors*, 5 (1), e2. Recuperado de <http://humanfactors.jmir.org/2018/1/e2/>

Lumini, M. (2015). *Tecnologias educacionais interativas: contributo para o desenvolvimento de conhecimentos dos familiares cuidadores* (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto.

Lumini, M., & Freire, R. (2016). As novas tecnologias no processo de cuidar. In T. Martins, M. Peixoto, F. Araújo, & P. Machado (Ed.), *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. (pp. 143-159). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Lumini, M., Martins, T. & Sousa, M. (2017). The contribution of technologies to the adherence to medication by older people: a systematic approach. In E. Costa, A. Giardini & A. Monaco (Ed.), *Adherence to medical plans for active and healthy ageing*. New York: Nova science publishers.

Lumini, M., Araújo, F., & Martins, T. (2018). The role of educational technology in caregiving. In M. Mollaoglu (Ed.), *Caregiving and home care*. (pp. 179-201). London: IntechOpen.

Maidment, I., Aston, L., Moutela, T., Fox, C. & Hilton, A. (2017). A qualitative study exploring medication management in people with dementia living in the community and the potential role of the community pharmacist. *Health Expectations*. 20, 929-942. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28105781>

Martins, J., Albuquerque, G., Nascimento, E., Barra, D., Souza, W. & Pacheco, W. (2007). Necessidades de educação em saúde de pessoa dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, Abr-Jun; 16(2), 254-62. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/26476262\\_Necessidades\\_de\\_educacao\\_em\\_saude\\_dos\\_cuidadores\\_de\\_pessoas\\_idosas\\_no\\_domicilio/download](https://www.researchgate.net/publication/26476262_Necessidades_de_educacao_em_saude_dos_cuidadores_de_pessoas_idosas_no_domicilio/download)

Masson, V., Ribeiro, R., Hipólito, M. & Tobase, L. (2014). Construção de objetos virtuais de aprendizagem para o ensino da história em enfermagem. *Rev. Min. Enferm.*, 18 (3), 764-769. Recuperado de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/961>

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

Messecar, D. (2012). Family caregiving. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer & D. Zwicker (Ed.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*, (4.<sup>a</sup> ed.), (Capítulo 24, pp.469). New York: Springer Publishing Company.

Ministério da Saúde (2018). *Retrato da saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Recuperado de [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)

Morgan, D. (1997). *Focus Groups As Qualitative Research*. (2.<sup>a</sup> ed.). Vol.16. London: Sage Publications. Recuperado de <https://www.kth.se/social/upload/6566/Morgan.pdf>

Mota, L., Bastos, F., & Brito, A. (2017). A pessoa submetida a transplante de fígado: caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (13), 19-30. Recuperado de <https://doi.org/10.12707/RIV17006>

Mota, L. Cruz, M., & Costa, C. (2016). Gestão do regime terapêutico – construção de fluxograma de apoio à tomada de decisão: estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (11), 71-79. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn11/serIVn11a08.pdf>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de primavera 2015*. Recuperado de [http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Relatorio\\_Primavera\\_2015\\_VF.pdf](http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Relatorio_Primavera_2015_VF.pdf)

Orem, D. (1993). *Conceptos de enfermeira en la práctica*. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería.

Padilha, M. (2013). *Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação* (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Padilha, J., Machado, P., Ribeiro, A., & Ramos, J. (2018). Clinical virtual simulation in nursing education. *Clinical Simulation in Nursing*, (15), 13-18.

Park, S. (2009). Na analysis of the technology acceptance model in understanding university students` behavioural intention to use e-learning. *Educational Technology & Society*, 12 (3), 150-162. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/220374248\\_An\\_Analysis\\_of\\_the\\_Technology\\_Acceptance\\_Model\\_in\\_Understanding\\_University\\_Students'\\_Behavioral\\_Intention\\_to\\_Use\\_e-Learning/download](https://www.researchgate.net/publication/220374248_An_Analysis_of_the_Technology_Acceptance_Model_in_Understanding_University_Students'_Behavioral_Intention_to_Use_e-Learning/download)

Paúl, C. (2014). Envelhecimento e prestação de cuidados: diferentes necessidades, diferentes desafios. In A. Fonseca (Ed.), *Envelhecimento, saúde e doença – Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. (pp. 353-367). Lisboa: Coisas de Ler.

Peek, S., Wouters, E., Luijkx, K. & Vrijhoef, H. (2017). What it takes to successfully implement technology for aging in place: focus groups with stakeholders. In S. Peek (Ed.), *Understanding technology acceptance by older adults who are aging in place: a dynamic perspective*. (pp. 17-35). Enschede: Ipskamp Printing. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/320508305>

Peek, S., Wouters, E., Van Hoof, J., Luijkx, K., Boeije, H. & Vrijhoef, H. (2017). Factors influencing acceptance of technology for aging in place: a systematic review. In S. Peek (Ed.), *Understanding technology acceptance by older adults who are aging in place: a dynamic perspective*. (pp. 53-75). Enschede: Ipskamp Printing. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/320508305>

Pilotto, A., D'Onofrio, G., Benelli, E., Zanesco, A., Cabello, A., Margelí, M., . . . Kiliyas, D. (2011). Information and Communication Technology Systems to Improve Quality of Life and Safety of Alzheimer's Disease Patients: A Multicenter

International Survey. *Journal of Alzheimer's Disease*, 23 (1), 131–141. Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=e76393a1-3cf3-4ecc-8cf2-999304beacc6%40sessionmgr112&hid=128>

Portugal, S. (2014). *Famílias e redes sociais – Ligações fortes na produção de bem-estar*. Coimbra: Almedina.

Ramos, S. & Naranjo, E. (2014). *Metodologia da investigação científica*. Angola: Escolar Editora.

República Portuguesa. (2017). *Portugal INCoDe.2030 – Iniciativa nacional competências digitais e.2030*. Portugal. Recuperado de [http://www.incode2030.gov.pt/sites/default/files/incode2030\\_pt.pdf](http://www.incode2030.gov.pt/sites/default/files/incode2030_pt.pdf)

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 108/2017. D.R. I Série. N.º 143 (2017-07-26), pp. 3938-4201.

Richard, A., & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43 (3), 255-264.

Ricker, B. (2001). *Manual del cuidador: una guía para cuidadores familiares y otros cuidadores no pagados que se dedican al cuidado de adultos o ancianos incapacitados*. Olympia, Washington: Aging and Adult Service Administration, Washington State Department of Social and Health Services. Recuperado de <https://www.digitalarchives.wa.gov/>

Rude R. (2012). *Guidelines for creating materials: resources for developing and assessing materials*. Boston, MA: Harvard School of Public Health. Recuperado de <http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy>.

Sakaguchi-Tang, D., Bosold, A., Choi, Y., & Turner, A. (2017). Patient portal use and experience among older adults: systematic review. *JMIR Medical Informatics*, 5 (4), e38, 1-13. Recuperado de <http://medinform.jmir.org/2017/4/e38/>

Schumacher, K., Clark, V., West, C., Dodd, M., Rabow, M., & Miaskowski, C. (2014). Pain medication management processes used by oncology outpatients and family caregivers part II: home and lifestyle contexts. *Journal of pain and symptom management*, 48 (5), 784-796. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24709364>

Schulman-Green, D., Jaser, S., Park, C., & Whittlemore, R. (2016). A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 72 (7), 1469-1489. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4891247/>

Silva, A. (2007). “Enfermagem Avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55 (1-2), 11-20.

- Silva, M. (2010). *Adesão ao Regime Terapêutico*. Coimbra: Edição Formasau.
- Sousa, M. (2014). *Promover o autocuidado. Apoiar a adesão e a gestão do regime terapêutico. Programa de intervenção de enfermagem em pessoas com diabetes*. (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Sousa, M., & Bastos, F. (2016). A gestão do regime terapêutico pelo familiar cuidador. In T. Martins, M. Peixoto, F. Araújo & P. Machado (Ed.), *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. (pp. 161-182). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Sousa, V., Driessnack, M., Mendes, I. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: Desenhos de pesquisa Quantitativa. *Revista Latino-am Enfermagem*, mai-jun, 15 (3). Recuperado de <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- Sousa, P., Frade, M., Mendonça, D. (2005). Um modelo de organização e partilha de informação em enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (4), 368-81. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a05v18n4.pdf>
- Sousa, F., Monteiro, I. (2015). *Colaborar para inovar – A inovação organizacional e social como resultado do processo de decisão*. Lisboa: Sílabo.
- Traynor, M. (2015). Focus group research. *Nursing Standard*, 29 (37), 44-48. Recuperado de [http://www.researchgate.net/publication/276363070\\_Focus\\_group\\_research](http://www.researchgate.net/publication/276363070_Focus_group_research)
- Varela, M., & Dias, A. (2015). *Introdução à gestão – Gestão empresarial*. Lisboa: Escolar Editora.
- Viana, A. (1985). *FERNANDO PESSOA: Alberto Caeiro, Ricardo Reis & Bernardo Soares*. Edição comemorativa do cinquentenário da morte do poeta. Lisboa: Editorial Verbo. Vol. 3.
- World Health Organization. (2002). Promoting rational use of medicines: core components. *WHO Policy Perspectives em Medicines*, (5) Retirado de <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Retirado de [https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)
- World Health Organization. (2005). *Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital*. Recuperado de [https://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1\\_port.pdf](https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf)
- World Health Organization. (2008). *2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Retirado de [https://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_action\\_plan\\_en.pdf](https://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan_en.pdf)

World Health Organization. (2014). *Concept Note: Opening the gate for assistive health technology: Shifting the paradigm*. Retirado de [https://www.who.int/phi/implementation/assistive\\_technology/concept\\_note.pdf](https://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/concept_note.pdf)

World Health Organization. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra: WHO. Retirado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6)

World Health Organization. (2018). *Assistive Technology*. Genebra: WHO. Retirado de <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology>

Yuaso, D. (2007). Cuidadores de idosos dependentes no contexto domiciliário. In M. Netto (Ed.), *Tratado de Gerontologia*. 2.<sup>a</sup> ed. (pp.711-717). São Paulo: Atheneu.

## **ANEXOS**



## **ANEXO I – Guião usado no Focus grupo**

O presente questionário enquadra-se numa investigação no âmbito de uma tese de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, realizada na Escola Superior de Enfermagem do Porto, subordinada ao tema **Desenvolvimento de Conteúdos sobre a Gestão do Regime Medicamentoso para a Ferramenta Tecnológica Interativa INTENT CARE.**

Os resultados obtidos serão unicamente utilizados para fins académicos.

### **CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DO PERITO**

---

Nome:

**1. Sexo**

Masculino

Feminino

**2. Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**3. Habilitações Académicas**

Bacharelado em Enfermagem

Licenciatura em Enfermagem

Pós-graduação

Especialidade – Área de especialização \_\_\_\_\_

Mestrado

Doutoramento

Outro

**4. Categoria Profissional** \_\_\_\_\_

**5. Tempo de exercício profissional:** \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

## **AVALIAÇÃO DA PERTINÊNCIA DOS CONTEÚDOS EM ANÁLISE**

---

Deve assinalar o nível de concordância para cada conteúdo em análise, atribuindo um número de 1 a 5, cuja correspondência é a seguinte:

1 – Discordo completamente    2 – Discordo    3 – Não concordo nem discordo    4 – Concordo  
5 – Concordo completamente

<b>Parâmetros/Conteúdos</b>	<b>Nível de Concordância</b>	<b>Sugestões/ Comentários</b>
<b>Parâmetro:</b> <b>INTRODUÇÃO</b>		
Os medicamentos são substâncias importantes no tratamento e prevenção das doenças.		
Algumas pessoas podem ter necessidade de ajuda para gerir os medicamentos. Mesmo assim, sempre que possível deve-se promover a participação da pessoa na toma da medicação, potenciando a sua autonomia. O conhecimento de medidas e recomendações para a utilização segura e efetiva da medicação promove o controlo de sinais e sintomas e diminui os erros na sua administração.		
<b>Parâmetro:</b> <b>LISTA DE MEDICAÇÃO</b>		
Existem pessoas que são acompanhadas por médicos de diferentes especialidades. Sempre que for ao médico, seja qual for a especialidade médica, deve mostrar a lista da medicação atualizada, de modo a que os médicos não receitem medicamentos que causem reações adversas quando tomados juntamente com outros medicamentos, ou que causem sobredosagem. A lista da medicação deve incluir tanto os medicamentos com receita médica como os medicamentos que não precisam de receita, para que se saiba exatamente a medicação que faz.		

LISTA DE MEDICAÇÃO (exemplo)					
Nome: _____		Data de Nascimento: __/__/__			
Medicamento	Pequeno Almoço	Almoço	Jantar	Deitar	Observações
Pantoprazol 40 mg <u>J</u>	1 comp.				
Laxid 40 mg <u>J</u>	1 comp.				
Bisoprolol 2,5 mg	1 comp.				
Tromalyt 150 mg <u>AP</u>		1 cáp.			
Neurobion		1 comp.	1 comp.		
Adalat CR 60 mg			1 comp.		
Lorazepam 2,5 mg				½ comp.	

Nota: Coloque em frente ao nome do medicamento a letra J se o deve tomar antes da refeição ou AP se o deve tomar após a refeição.  
 J: Ingerir o medicamento em jejum  
 AP: Ingerir o medicamento após a refeição

Data atualização: \_\_/\_\_/\_\_

**Parâmetro:**

**RECOMENDAÇÕES GERAIS**

É importante ler a bula do medicamento e consultá-la sempre que surja alguma dúvida. Esteja especialmente alerta sobre as interações com outros medicamentos, contra-indicações e indicações específicas. Nas situações em que não fique totalmente esclarecido(a) deve questionar o médico ou enfermeiro de família do seu familiar.

Dê especial atenção aos efeitos secundários do medicamento, e caso o seu familiar apresente algum dos efeitos secundários entre em contacto com o médico de família.

É fundamental que a medicação seja mantida em boas condições de conservação. Existem medicamentos que necessitam ser armazenados no frigorífico, outros devem ser mantidos em locais frescos, arejados e protegidos da luz solar direta.

Deve verificar regularmente o prazo de validade dos medicamentos.

Deve saber quais os medicamentos que o seu familiar tem de tomar em jejum e quais os que devem ser ingeridos com alimentos.

Cumpra com rigor a prescrição da medicação. Existem situações em que a dose do medicamento corresponde ao medicamento partido em partes. Poderá ser útil usar um cortador de comprimidos para obter a dose prescrita com mais rigor (ver Equipamentos nas Situações Especiais).

Não atribua mais valor a uns medicamentos do que a outros. Tenha atenção, pois alguns medicamentos têm efeito imediato e outros a longo prazo. Assuma que todos os que estão prescritos são porque o seu familiar precisa deles.

Não deixe acabar um medicamento sem antes ter a prescrição para comprar a próxima embalagem.

Nas situações de esquecimento de alguma dose, dê ao seu familiar a próxima dose no dia seguinte, no horário habitual. Não dê dose a dobrar para compensar a dose esquecida.

Tentar dar a medicação ao seu familiar sempre à mesma hora ajuda a evitar o seu esquecimento.		
Antes da preparação da medicação, recomenda-se a lavagem das mãos.		
Antes de administrar o medicamento deve verificar sempre a prescrição, o medicamento, a dose, a hora e a via.		
Explique ao seu familiar o objetivo do medicamento, sempre que adequado.		
<b>Parâmetro:</b> <b>ADMINISTRAÇÃO ORAL (pela boca)</b>		
Existem diferentes apresentações de medicamentos a serem administrados por via oral, como, comprimidos, cápsulas, drageias, xaropes, soluções, suspensões, gotas, pós, granulados.		
Existem medicamentos que não devem ser engolidos, como os sublinguais, que devem permanecer debaixo da língua, ou orodispersíveis, que devem ser dissolvidos na boca.		
A posição sentada ou a cabeceira da cama elevada facilita a ingestão da medicação.		
Se o seu familiar colaborar pode colocar-lhe os medicamentos na mão ou dar-lhe o copo da medicação.		
Os medicamentos em pó, granulados ou comprimidos efervescentes devem ser administrados logo após a sua dissolução.		
Nas situações em que a administração dos medicamentos é feita através de sonda nasogástrica, os comprimidos têm de ser triturados e misturados com água. Para a trituração dos comprimidos pode usar-se um almofariz com pilão (ver equipamentos nas Situações Especiais).		
Os medicamentos com revestimento como as cápsulas ou drageias não devem ser triturados nem abertos.		
As suspensões orais devem ser agitadas previamente à sua administração.		
Ofereça água ao seu familiar em quantidade adequada para que ele consiga engolir o medicamento com segurança.		
Tenha em atenção que a utilização de sumos, leite ou outros líquidos podem influenciar a absorção de alguns medicamentos (consultar bula). Está contraindicado a ingestão de álcool* com medicamentos.		
A inclinação ligeira da cabeça para a frente, ajuda a engolir os medicamentos e líquidos, prevenindo a entrada destes nas vias respiratórias.		
Assegure-se que o seu familiar engole toda a medicação. No final da toma da medicação deve verificar discretamente se ficou na boca ou na mão do seu familiar algum medicamento.		
<b>Parâmetro:</b>		

<b>ADMINISTRAÇÃO OFTÁLMICA</b>		
A administração de medicamentos por via oftálmica é feita através da aplicação de colírios e pomadas nos olhos.		
É importante que as pessoas saibam que com a aplicação de colírios a visão fica temporariamente turva e pode surgir sensibilidade à luz.		
O seu familiar deve deitar-se ou sentar-se com a cabeça ligeiramente inclinada para trás e para o lado do olho em que vai ser aplicado o medicamento.		
Existindo secreções ou lágrimas no olho é necessário limpá-lo. A limpeza do olho deve ser feita com uma compressa humedecida em soro fisiológico, num movimento único e suave, sempre do canto interno para o externo. Sendo necessário limpar ambos os olhos, deve lavar-se as mãos na passagem de um olho para o outro, e deve começar-se a limpeza pelo olho mais limpo.		
Apoie o punho da mão dominante na testa da pessoa, enquanto segura o gotejador ou bisnaga do medicamento com a mão dominante, cerca de 1 a 2 cm acima da conjuntiva do olho.		
Com uma compressa puxe a pálpebra inferior com suavidade, de modo a expor a parte interna da pálpebra.		
Solicite ao seu familiar para olhar para cima, e deixe pingar o número de gotas prescrito na parte interna da pálpebra.		
A aplicação de pomada deve ser feita na zona interna da pálpebra inferior, do canto interno para o externo.		
Solicite ao seu familiar para fechar os olhos suavemente e para rodar os olhos, promovendo a melhor distribuição da medicação.		
Caso exista excesso de medicação, remova-o com uma compressa.		
Aconselhe o seu familiar a não andar enquanto a visão não estiver nítida.		
<b>Parâmetro:</b>		
<b>ADMINISTRAÇÃO OTOLÓGICA (no ouvido)</b>		
A administração de medicamentos por via otológica é feita através do canal auditivo externo.		
É importante que as pessoas saibam que as estruturas do ouvido são muito sensíveis a temperaturas extremas, daí que as soluções otológicas a administrar devam estar à temperatura ambiente.		
O seu familiar deve deitar-se de lado ou sentar-se com a cabeça ligeiramente inclinada para o lado, de modo a que o ouvido a tratar fique virado para cima.		
Deve limpar o pavilhão auricular e canal auditivo externo, se necessário.		
Com a mão não dominante, puxe suavemente o pavilhão auricular para cima e para trás (adultos e		

crianças com mais de três anos) ou para baixo e para trás (crianças com menos de três anos).		
Enquanto segura o gotejador do medicamento com a mão dominante, cerca de 1 cm acima do canal auditivo, aplique o número de gotas prescritas.		
<p>Massaje o trago da orelha, para facilitar a penetração e absorção do medicamento.</p> 		
Solicite ao seu familiar para manter a posição durante três a cinco minutos.		
<p><b>Parâmetro:</b></p> <p><b>ADMINISTRAÇÃO</b></p> <p><b>INALATÓRIA/NEBULIZAÇÃO</b></p>		
A administração de medicamentos por via inalatória é feita através do nariz e ou boca para ter efeito nas vias respiratórias.		
A posição sentada ou a cabeceira da cama elevada facilita os movimentos respiratórios e a eficácia da administração por esta via.		
<u>Inalação</u>		
Deve incentivar o seu familiar a tossir antes da administração inalatória e a assoar-se, se necessário.		
Antes de fazer uma inalação deve lavar ou ajudar o seu familiar a lavar a boca, se necessário.		
Agite o inalador imediatamente antes de o usar.		
Retire a tampa de proteção e certifique-se que o frasco está bem introduzido no encaixe de plástico.		
Coloque o bucal do inalador nos lábios do seu familiar, entre os dentes e com a língua para baixo, e segure o inalador na posição vertical.		
Ensine o seu familiar a inspirar profundamente pela boca e em simultâneo carregar no botão do inalador.		
Deverá também ensinar o seu familiar a não respirar durante 10 segundos no final da inspiração. Isto ajuda a que o medicamento chegue mais longe nas vias respiratórias.		
Nas situações em que é necessário administrar outra dose, deve esperar 30 a 60 segundos e repetir o procedimento descrito.		
No final da inalação deve-se bochechar com água e rejeitar.		
Lave o bucal e o encaixe de plástico do inalador com água morna e seque bem.		
<u>Nebulização</u>		

Deve colocar no copo da nebulização a solução prescrita, começando por colocar soro fisiológico e só depois é que coloca o medicamento.		
Recomende ao seu familiar a não falar durante a nebulização e a manter a máscara na posição vertical. A duração da nebulização decorre, em média, durante 5 a 10 minutos.		
No final da nebulização, lave o nebulizador com água morna e seque bem.		
<b>Parâmetro:</b> <b>ADMINISTRAÇÃO CUTÂNEA</b>		
Existem diferentes apresentações de medicamentos a serem administrados na pele, nomeadamente, sob a forma de pomada, creme, loção, gel, disco transdérmico ou spray.		
Antes de administrar a medicação, deve lavar e secar o local de aplicação do medicamento.		
Os medicamentos sob a forma de pomada, creme, loção e gel devem ser aplicados numa camada fina e uniforme. Deve colocar a quantidade necessária do medicamento na ponta dos dedos e deslizar suavemente os dedos uns sobre os outros, de modo a amolecer a substância. Espalhe uniformemente o medicamento na pele seguindo a direção do crescimento dos pêlos.		
Na aplicação do disco transdérmico deve ter-se em atenção os seguintes aspetos:		
- nunca aplique calor sobre um adesivo transdérmico;		
- antes de aplicar um disco novo remova o antigo;		
- retire cuidadosamente o disco da sua embalagem externa e remova a proteção de trás do disco, sem tocar na zona que contém o medicamento;		
- aplique o disco na superfície da pele que tiver menos pêlos. Nunca aplique em pele oleosa, queimada, cortada, irritada ou sobre pregas da pele;		
- pressione as extremidades do adesivo cerca de 10 segundos, para promover uma melhor aderência;		
- alterne os locais de aplicação dos adesivos, para prevenir a irritação da pele;		
- nunca corte os adesivos, exceto se existir uma indicação médica específica;		
- é recomendável que a pele esteja sem adesivo durante um intervalo diário de 10 a 12 horas. Daí que, seja aconselhado, aplicar um novo adesivo todas as manhãs, deixá-lo a atuar cerca de 12 a 14 horas e retirá-lo à noite.		
Os medicamentos sob a forma de spray devem ser aplicados após agitação do recipiente e a uma distância entre o spray e a pele de 15 a 30 cm. Quando a aplicação é feita no tórax ou face, deve solicitar ao seu familiar para fechar os olhos ou virar o rosto para o lado oposto à aplicação do spray, bem		

como proteger a boca e nariz. Pulverize uniformemente uma fina camada do medicamento na pele, seguindo as indicações do laboratório.		
<b>Parâmetro:</b> <b>ADMINISTRAÇÃO SUBCUTÂNEA</b>		
Esta via de administração implica a absorção do medicamento de forma lenta, como por exemplo, insulinas e anticoagulantes (heparinas).		
O local de administração da medicação não deve ter lesões (equimose, hematoma, cicatriz, ferida, pele avermelhada).		
Recomenda-se a rotação dos locais de administração, assegurando uma distância de 3 cm entre cada administração. Normalmente, os locais recomendados são abdómen, coxa e braço. No entanto, cada medicamento pode ter algumas especificações. A rapidez de absorção no abdómen é maior do que na coxa e braço.		
O local de aplicação deve estar limpo e seco.		
Com a mão não dominante faça uma prega cutânea entre o primeiro e o segundo dedo, e introduza a agulha rapidamente e com firmeza num ângulo entre 45 a 90°.		
<b>Se estiver a administrar insulina:</b>		
Prepare a dose. Injete o líquido lentamente até terminar o conteúdo preparado. Desfaça a prega cutânea, retire rapidamente a agulha da pele e em seguida pressione levemente o local da injeção, sem massajar, durante 30 a 60 segundos.		
<b>Se estiver a administrar heparina:</b>		
Não retire o ar da seringa antes da injeção. Injete sem aspirar o líquido lentamente até terminar o conteúdo da seringa.		
Retire rapidamente a agulha da pele, desfaça a prega cutânea e em seguida pressione levemente o local da injeção, sem massajar, durante 30 a 60 segundos.		
Durante o tratamento com heparina, deve verificar se o seu familiar tem perdas de sangue pelas gengivas, boca, fezes e urina. Se o seu familiar apresentar alguma hemorragia invulgar, deve comunicar ao médico.		
<b>Parâmetro:</b> <b>ADMINISTRAÇÃO RECTAL</b>		
A administração de medicamentos por via rectal é feita introduzindo o medicamento no ânus.		
Calce umas luvas descartáveis.		
Posicione o seu familiar ou ajude-o a posicionar-se deitado sobre o lado esquerdo, com a perna que fica por cima fletida.		

Mantenha o seu familiar coberto, tendo apenas exposta a região anal.		
Coloque um resguardo debaixo da nádega, se necessário.		
Solicite ao seu familiar que respire lenta e profundamente, antes da aplicação do medicamento.		
Insira suavemente através do ânus, o supositório empurrando-o com o dedo indicador para além do esfíncter anal.		
No caso das soluções rectais ou bisnagas, retire a tampa da cânula, introduza a cânula no reto, comprima completamente a bisnaga e remova a cânula, mantendo a bisnaga comprimida.		
Solicite ao seu familiar que comprima as nádegas e que permaneça na mesma posição durante cinco minutos, evitando a expulsão do medicamento e facilitando a sua absorção.		
Nas situações em que a administração de medicamentos por via rectal é feita através de colostomia, posicione o seu familiar ou ajude-o a posicionar-se deitado de costas. A introdução do medicamento é feita pelo orifício da colostomia.		
<b>Parâmetro:</b> <b>SITUAÇÕES ESPECIAIS</b>		
O que fazer quando o seu familiar se recusa a tomar a medicação?		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tente perceber o que provoca a recusa dos medicamentos;</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não pressione a toma da medicação. Explique calmamente a importância do medicamento. Se necessário, faça uma pausa, antes de voltar a tentar;</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experimente dar o medicamento com os alimentos que o seu familiar prefere;</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esmague as drageias e dê com sopa, papa, sumo;</li> </ul>		
Existe algum tipo de equipamento ou estratégia de apoio que possa ajudar o seu familiar a ficar mais autónomo na toma da medicação? Qual ou quais? Onde pode adquiri-los?		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O uso de caixas para organizar os medicamentos pode ser útil. Existem caixas de vários tipos e com diferentes divisões, nomeadamente por dias de semana, por momentos do dia ou até mesmo com apenas um compartimento;</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• As imagens seguintes ilustram alguns exemplos de equipamentos que podem facilitar a toma da medicação (caixas de medicação, cortador de comprimidos, almofariz com pilão);</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estes equipamentos podem ser adquiridos em algumas farmácias, lojas com artigos de</li> </ul>		

saúde ou empresas de materiais e ajudas técnicas;		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O estabelecimento de um horário para a toma da medicação ajuda a criar uma rotina e diminui o risco de esquecimento. Alguns medicamentos devem ser tomados em horários rígidos, outros devem ser tomados de manhã ou à noite e outros devem ser tomados antes ou depois das refeições.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O uso de lembretes visual ou auditivo ajuda a lembrar a necessidade de tomar a medicação. Afixe um <i>post-it</i> num local visível, ou então use a função de alarme no telemóvel para que toque no horário certo. Pode ainda definir um toque específico que associe à toma de medicação.</li> </ul>		
<b><u>Equipamentos</u></b>		
 <p>Caixa semanal    Caixa diária    Caixa individual    Cortador    Almofariz</p>		
Em caso de detetar alguma alteração do estado de saúde do seu familiar ou de verificar a ocorrência de algum efeito secundário da medicação ou de ocorrer algum erro na dosagem administrada, deve contactar o enfermeiro, médico ou o SNS 24 (808242424).		