



Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica

LISBOA, 26 DE OUTUBRO DE 2012

LIVRO DE ATAS
CONFERENCE PROCEEDINGS



Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica

LISBOA, 26 DE OUTUBRO DE 2012

LIVRO DE ATAS
CONFERENCE PROCEEDINGS

UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÉNCIAS DA SAÚDE



Fundação D. Pedro IV
Instituição Particular de Solidariedade Social

CIEG, Lisboa 2012
Publicação Anual
Edições Fundação D. Pedro IV

ÍNDICE | CONTENTS

INTRODUÇÃO	1
SESSÃO DE ABERTURA	3
COMUNICAÇÕES.....	19
OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E O COMPORTAMENTO HUMANO.....	19
MODERADOR: PROF. DOUTOR ALEXANDRE CASTRO CALDAS	
OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E O COMPORTAMENTO HUMANO.....	21
PROF. DOUTOR JOSÉ TELLES	
SAÚDE E DETERMINANTES: DA REALIDADE À PREVENÇÃO.....	33
PROF. DOUTOR JOÃO AMADO	
A AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS: UMA FORMA DE DIAGNOSTICAR O ESTADO DE SAÚDE E AVIAR A EFICÁCIA DOS CUIDADOS.....	39
PROF. DOUTOR MANUEL LOPES	
COMENTADORES: PROF. DOUTORA MARGARIDA VIEIRA PROF. DOUTORA BEATRIZ ARAÚJO	
O CONTRIBUTO DA AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE PARA A DEFINIÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	57
PROF. DOUTORA ANA ESCOVAL	
COMENTADORES: PROF. DOUTOR SÉRGIO DEODATO PROF. DOUTOR LUÍS SÁ	
CUIDADOS DE PROXIMIDADE - GESTÃO DE REGIMES TERAPÊUTICOS EM IDOSOS.....	71
MODERADORA: PROF. DOUTORA MARGARIDA VIEIRA	
CUIDADOS DE PROXIMIDADE - GESTÃO DE REGIMES TERAPÊUTICOS EM IDOSOS.....	73
PROF DOUTORA ROSALINA PARTEZANI RODRIGUES	
AS PESSOAS, AS SUAS VIDAS, AS TRANSIÇÕES, AS DOENÇAS E A CRONICIDADE. UMA OPINIÃO FUNDAMENTADA SOBRE UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA.....	75
PROF. DOUTOR ABEL PAIVA E SILVA	
COMENTADORES: ENF. ANA CAMPOS REIS PROF. PAULO PARENTE	
A PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA - UMA TEORIA EXPLICATIVA SOBRE A PROBLEMÁTICA DA GESTÃO DA DOENÇA E DO REGIME TERAPÊUTICO.....	77
MESTRE FERNANDA BASTOS	
COMENTADORES: PROF. DOUTORA REGINA FERREIRA ENF. DIRETORA MARIA JOSÉ COSTA DIAS	
A ENFERMAGEM NA CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO - GESTÃO DOS REGIMES TERAPEUTICOS EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR.....	85
MESTRE MÁRIO SILVA	
COMENTADORES: PROF. DOUTORA HELENA JOSÉ	

PLATAFORMA DE INDICADORES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS HOSPITALARES.....	103
PROF. DOUTOR PEDRO PARREIRA	
COMENTADORES: PROF. DOUTORA HELENA JOSÉ PROF. DOUTOR ROGÉRIO RODRIGUES	
SESSÃO DE ENCERRAMENTO.....	119
POSTERS.....	121
EVENTO CRÍTICO NA TRANSIÇÃO PARA O PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS: CUIDADOS DE PROXIMIDADE.....	123
CATARINA PINTO, VANESSA MOREIRA, DIogo CEIA, JÚNIA COSTA, MANUELA QUELHAS, TÂNIA COSTA, CLARA BRAGA, ARMANDO ALMEIDA	
“GERONTOLIZAR” A ENFERMAGEM: UMA NECESSIDADE IMPERIOSA.....	127
JOÃO TAVARES, GORETE SANTOS, JÚLIA FERNANDES	
PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O AMBIENTE DE CUIDADO GERIÁTRICO EM HOSPITAIS DA REGIÃO NORTE E CENTRO DE PORTUGAL.....	129
JOÃO TAVARES, ALCIONE LEITE DA SILVA, PEDRO SÁ-COUTO	
VALIDAÇÃO DA ESCALA “AMBIENTE DE CUIDADO DE GERIÁTRICO”: ANÁLISE FACTORIAL EXPLORATÓRIA.....	133
JOÃO TAVARES, ALCIONE LEITE DA SILVA, PEDRO SÁ-COUTO	
AVALIAÇÃO DA SAÚDE FÍSICA DE UMA POPULAÇÃO IDOSA RURAL: A METODOLOGIA QAFMI/OARS.....	135
TÂNIA DE FÁTIMA SIMÕES RODRIGUES, ROGÉRIO MANUEL CLEMENTE RODRIGUES, SILVIA TAVARES DA SILVA	
ACESSIBILIDADE A CUIDADOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA - ABORDAGEM EM ANÁLISE GEOESPECIAL PARA O DISTRITO DE BEJA.....	139
MARGARIDA GOES, HENRIQUE OLIVEIRA, JOÃO COSTA AMADO	
RESULTADOS SENSÍVEIS ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: A PESSOA IDOSA EM CONTEXTOS DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	143
MARTA ROSA, JOSÉ AMENDOEIRA	
VALIDATION OF THE HENDRICH II FALL RISK MODEL TO PORTUGUESE.....	147
NILZA NOGUEIRA, ARMINDA MENDES COSTA, PAULO TELES, PEDRO MORADAS FERREIRA	
A PESSOA IDOSA COM DOENÇA CARDÍACA: DIFICULDADES SENTIDAS NA MANUTENÇÃO DA TERAPÊUTICA.....	151
ANA LÚCIA SANTOS	
INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA NUM CENTRO DE DIA.....	157
MANUEL MARIA GAMEIRO DIAS	
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA: INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS QUE PERMITEM, NO ENVELHECIMENTO, ACRESCENTAR QUALIDADE AOS ANOS DE VIDA.....	161
MANUEL MARIA GAMEIRO DIAS	
SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO: A EXPERIÊNCIA DE UM PROJECTO DE PREVENÇÃO NA ÁREA DO VIH/SIDA.....	165
FILIPA R. SANTOS, MARTA LUZ, RITA PIRES, MARIA EUGÉNIA SARAIVA	
CUIDADORES INFORMAIS: NECESSIDADES E APOIOS.....	169
MARIA LAURÊNCIA GEMITO, MARIA VITÓRIA CASAS-NOVAS, ERMELINDA CALDEIRA BATANETE	

<u>OS MUITO IDOSOS: ESTUDO DO ENVELHECIMENTO EM COIMBRA.....</u>	173
ROGÉRIO RODRIGUES, ZAIDA AZEREDO, LUIS LOUREIRO, SILVIA TAVARES DA SILVA	
<u>REVISÃO BIBLIOMÉTRICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS EM PORTUGAL.....</u>	179
MARIA MANUELA MELO, BEATRIZ ARAÚJO, JOÃO COSTA AMADO	
<u>DO SILENCIO À CUMPLICIDADE: VIOLÊNCIA SOBRE IDOSOS.....</u>	183
ANA FONSECA, MARIA DO CÉU MARQUES, MANUEL JOSÉ LOPES, MARIA TAVARES PINHEIRO, MARIA LAURENCIA GEMITO	
<u>QUEDAS DOS DOENTES, ASSOCIAÇÕES COM OS GRUPOS TERAPÊUTICOS.....</u>	187
MARIA JOSÉ COSTA DIAS, ALEXANDRE SANTOS OLIVEIRA, TERESA MARTINS, FÁTIMA ARAÚJO, CRISTINA NOGUEIRA MOREIRA, ANA SOFIA SANTOS	
<u>AS POTENCIALIDADES DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL PELO MODELO OARS.....</u>	189
SILVIA TAVARES DA SILVA, JUAN GESTAL.OTERO, ROGÉRIO RODRIGUES	
<u>SOBRECARGA DOS CUIDADORES FAMILIARES DO IDOSO: NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....</u>	193
CRISTINA MARQUES-VIEIRA, LILIANA ROLDÃO, HELENA JOSÉ	
<u>GANHOS EM SAÚDE: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS.....</u>	197
LUÍS SÁ, J. NEVES-AMADO, ANA ROCHA, CRISTIANA RIBEIRO, INÊS COSTA, TIAGO SOARES	
<u>SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS - PREVENÇÃO DE QUEDAS EM MEIO HOSPITALAR.....</u>	201
ANA PATRÍCIA EIRINHA, RITA REIS CARVALHO, MANUEL SIMÕES	
<u>TRANSIÇÕES DA PESSOA AO ENVELHECER: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....</u>	205
ANDREIA FERRERI CERQUEIRA, LUCÍLIA NUNES	

INTRODUÇÃO

Com a 2.ª edição da Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica, coorganizada pelo Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica, e pela Fundação D. Pedro IV, temos como grande objetivo celebrar o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade Intergeracional.

No âmbito da linha de atuação da promoção do envelhecimento ativo, pretendemos promover o debate sobre as relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde das pessoas idosas, bem como aumentar a sensibilização da importância dos cuidados de proximidade e o encorajamento a um envelhecimento saudável.

Neste contexto, sob a coordenação científica do Instituto de Ciências da Saúde, realizou-se no dia 26 de Outubro de 2012 a Conferência Internacional Sobre Enfermagem Geriátrica (CIEG 2012), com as grandes temáticas - Os determinantes sociais da saúde e o comportamento humano, e Cuidados de proximidade - Gestão de regimes terapêuticos em idosos.

Neste contexto de debate promovemos também o convite internacional à apresentação de Posters, sob a coordenação científica do Instituto de Ciências da Saúde, com destaque para a participação dos Professores José Telles (Escola Nacional de Saúde Pública, Brasil) e Rosalina Partezani Rodrigues (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo), entre outros de renome nacional e internacional.

INTRODUCTION

A joint initiative of the Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa and the Foundation D. Pedro IV, the 2nd edition of the International Conference on Geriatric Nursing, aims to commemorate the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations.

Reinforcing the European and national agenda, one propose to promote debate on the relationship between social determinants and human behaviour, as well as to raise awareness about the importance of proximity care and encouragement to an ageing healthy.

By this means, in the October 26 th was held the 2012 edition of the International Conference on Geriatric Nursing, under the scientific coordination led by the Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (Institute of Health Sciences), which has chosen Health social determinants and human behaviour, as well as Proximity Care - Management therapeutic regimens in the Elderly, as main themes.

It is in this context of debate about the challenges of active ageing that we promote the CIEG 2012, as well as an international Call for Posters, under the scientific coordination of Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (Institute of Health Sciences). In the 2012 edition we count with the participation of several national and internationally reputed scholars, among which we highlight Professor José Telles (Escola Nacional de Saúde Pública, Brasil) and Professor Rosalina Partezani Rodrigues (Universidade de São Paulo, Brasil).

SESSÃO DE ABERTURA

PROF. DOUTOR ALEXANDRE CASTRO CALDAS, DIRETOR

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UNIVERSIDADDE VATÓLICA POTYUGUESA

Começo por dar as boas-vindas a todos em nome do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica, e dizer que é com enorme gosto que, mais uma vez, esta parceria entre a Fundação D. Pedro IV e o Instituto desenvolvem um programa que me parece extremamente interessante e importante discutir. Trata-se de uma área da enfermagem que vai crescer em termos de procura, com certeza, nos próximos anos.

Embora tenha havido uma epidemia de gripe que impediu muitos dos oradores de terem vindo - espero que essa epidemia de gripe não vá reduzir esta faixa etária - mas vai haver de certeza trabalho para quem se interessar pela idade mais avançada e, portanto, discutir uma área que não é ainda uma especialidade, mas que eu acho que mais tarde ou mais cedo virá a ser uma especialidade (porque tem de ser mesmo assim).

Esta parceria entre as duas instituições tem dado os seus passos lentos, mas seguros – acho que temos dado passos seguros – e é com muito gosto que temos avançado na formação de pessoas e na aproximação das duas instituições, e, nesse sentido, aparece esta segunda conferência internacional.

Tivemos, infelizmente, algumas dificuldades com o programa de última hora, houve algumas modificações que foi necessário fazer, porque houve pessoas que não puderam à última hora comparecer e vamos dando notícia disso ao longo do dia. Mas, naturalmente, foi possível recompor o programa e ele será cumprido como foi antecipado por todos.

Assim, desejo-vos a todos boas-vindas e um dia de trabalho útil.

ENG. VASCO DO CANTO MONIZ, PRESIDENTE

FUNDAÇÃO D. PEDRO IV

- Exmo. Diretor do Instituto de Ciências da Saúde, Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas

- Senhores Professores

- Minhas Senhoras e Meus Senhores

Obrigado por participarem na 2.ª edição da Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica.

No Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, coorganizamos a 2.º edição da CIEG dedicada às temáticas dos determinantes sociais da saúde e o comportamento humanos, e dos cuidados de enfermagem de proximidade.

Considerando o quadro de envelhecimento demográfico atual e futuro, sobre o qual apresentaremos as principais tendências, a enfermagem – designadamente a geriátrica - assume um papel relevante para o envelhecimento ativo e saudável face à prestação de cuidados individualizados, especializados e adequados às necessidades da pessoa idosa.

ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO, CRESCIMENTO ECONÓMICO E NATALIDADE: AS OPÇÕES POLÍTICAS DE RESPOSTA NO FUTURO?

1. Envelhecimento – Tendências na União Europeia e em Portugal

Em cenários de envelhecimento demográfico, as projeções demográficas e económicas são indispensáveis para conhecermos os desafios presentes e futuros no âmbito da ação social das políticas públicas, designadamente a extensão das pressões do envelhecimento sobre os sistemas de saúde, de ação social e de pensões à medida que a geração “babyboom” envelhece e a esperança média de vida aumenta.

Índice de fecundidade (gráfico 2)

Considerando a tendência da fecundidade, a esperança de vida e as migrações assumem-se como variáveis-chave das mudanças dos perfis de idades e da sua expressão no total da população (Comissão Europeia 2012:17-18). No período de 2010 a 2060, na sequência da tendência demográfica ocorrida, é esperado na União Europeia (UE) o aumento da taxa de fecundidade de 1,59 nascimentos por mulher para 1,64 em 2030, e 1,71 em 2060. **Contudo, este aumento não será suficiente para garantir a natural renovação das gerações, alcançável com uma taxa de 2,1.**

Neste cenário, **Portugal**, um dos países da UE com menor taxa de fecundidade, destaca-se pela expectativa de **aumento, contudo inferior à taxa média europeia: 1,32 em 2010; 1,40 para 2030 e, apenas 1,51 para 2060** (Comissão Europeia 2012).

Por oposição, no que respeita à **esperança média de vida**, é esperada na UE, para os homens, o aumento de 76,7 anos para 84,6 anos em 2060. Para as mulheres, o aumento será de 82,5 para 89,1 anos. Em Portugal, para os homens, o aumento será de 76,5 anos para 84,2 anos e, para as mulheres, de 82,5 anos para 88,6 anos.

Assim, à medida da mudança da estrutura de idades na UE, observar-se-á a alteração da estrutura de pirâmide para pilares das idades, face ao duplo envelhecimento (na base e topo da pirâmide):

População idosa (gráfico 3)

- a população com mais **de 65 anos aumentará de 18% para 30%** do total da população;
- a com 80 e mais anos aumentará de **5% para 12%**;
- a população dos 15 aos 64 anos diminuirá de **67% para 56%**, por consequência da incapacidade da renovação das gerações (gráfico 5).

Neste cenário de envelhecimento **Portugal destaca-se como o 8.º País mais envelhecido da União Europeia**:

- a população com mais de **65 anos aumentará de 18% para 32%** do total da população;
- a com 80 e mais anos aumentará de **4,6% para 13,6%**;
- a % de população com 80 e mais anos, no total da população idosa, aumentará de **25,3% para 42,4%**;
- a população dos 15 aos 64 anos diminuirá de **66,8% para 56%** (gráfico 5).

Índice de dependência (gráfico 4)

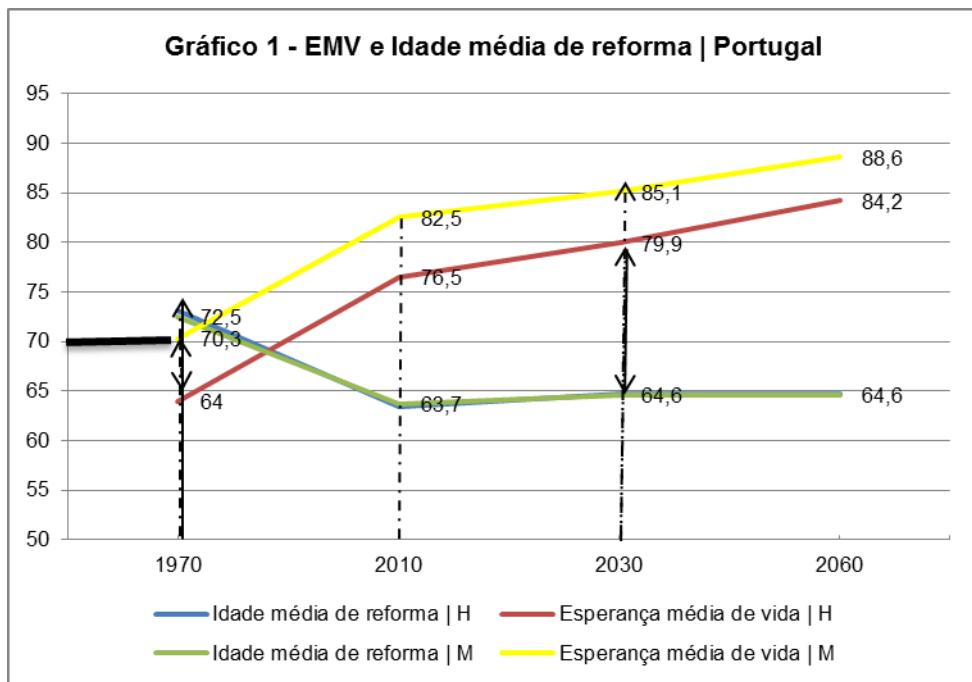
Consequentemente, caso não haja alterações significativas, na UE, o índice de dependência (população + de 65 anos/ população ativa), aumentará de 26%, em 2010, para 52,5% em 2060.

Assim, o número de pessoas em idade ativa por pessoa idosa diminuirá de 3,8 para 1,9. Em Portugal, muito embora o cenário seja semelhante, perspectivam-se valores **superiores: 29% em 2010, 41% para 2030 e 62% para 2060** (Comissão Europeia 2012). **Assim, o número de pessoas em idade ativa por pessoa idosa, atualmente um pouco superior a 3 (3,4), poderá ser inferior a 2 (1,6).**

Muito embora os fluxos migratórios assumam uma importante influência no crescimento da população, **o desinvestimento numa forte rede migratória poderá implicar o declínio da força de trabalho no valor de 10% em 2030 e 20% em 2060** (Comissão Europeia 2009:19-20).

A percentagem de Pessoas Idosas e de dependentes aumentará, sem capacidade significativa de renovação das gerações e, consequentemente, dos ativos revelando a indispensabilidade de **políticas sociais de natalidade pró-ativas e de manutenção dos ativos no mercado de trabalho por mais tempo**. Se a produtividade diminuir, põe em risco a sustentabilidade financeira da Segurança Social e a qualidade de vida das populações (Rosa 2012: 35).

No que respeita ao emprego na UE, para a população ativa, a taxa de emprego aumentará de 68,6% para 73,8% em 2060. No mesmo sentido, para a população dos **55 aos 64** anos é esperado o aumento de 46,3% para 62,7% em 2060, refletindo o **impacto da reforma dos regimes das Pensões, orientadas para o aumento da idade da reforma** (Comissão Europeia: 23).



Fonte: Comissão Europeia 2012 – *The 2012 Ageing Report*
OCDE

Contudo, mais alterações na idade de reforma terão que ser efetuadas face à pressão do envelhecimento nas despesas associadas ao envelhecimento.

A estagnação económica e o aumento dos défices alertam para a necessidade de reconsiderar o papel do Estado na vida das pessoas e das famílias. Na maioria das sociedades ocidentais observa-se a redução do apoio social à medida que os governos pretendem reduzir o apoio aos idosos, transferindo esta responsabilidade para os indivíduos e as famílias. Sob a pressão da globalização, observa-se o enfraquecimento dos apoios estatais aos cidadãos mais vulneráveis (O’Rand e Phillipson por Thorslund e Silverstein 2009: 629).

As nações com os sistemas de cuidados de saúde e sociais, tendencialmente, universais, classificados como Estados Sociais, estão em risco de crise, face à alteração das condições económicas, políticas e sociais em que basearam o seu crescimento. Os constrangimentos externos sobre os Estados Sociais, resultantes da globalização e da redução dos orçamentos públicos, produziram uma contradição interna entre a política e a moral económica que fundamentaram o Estado Social.

Quando as medidas de política económica, para reduzir as despesas do Estado no âmbito social e promover o mercado privado, conflituam com as ideologias da moral económica, que legitima os princípios de universalidade e redistributivo, estão reunidas as condições para a crise do Estado Social (Thorslund e Silverstein 2009: 630; 634-635).

No que respeita ao apoio social aos Idosos, as diferenças variam entre os *Estados sociais democráticos* (com políticas sociais universais), os *Estados Sociais Liberais* (com políticas liberais que apostam nas parcerias públicas com o setor privado e as famílias) e os *Estados Sociais conservadores* (com políticas sociais residuais e focadas na responsabilidade das famílias na proteção dos mais vulneráveis).

No domínio da eficácia e eficiência dos cuidados formais e institucionais aos Idosos (lares e apoio domiciliário), distinguem-se as políticas sociais do *Estado Social Democrático* da Suécia, dedicadas ao apoio dos mais vulneráveis permitindo, também, libertar as famílias, principalmente as mulheres, do peso do cuidado informal aos Idosos.

Segundo Thorslund e Silverstein (2009: 633-634) o sucesso do Estado Social Sueco é decorrente da confluência de quatro condições, propiciadas após a II Guerra Mundial:

a. Crescimento económico rápido, promovido face às boas infraestruturas e a força de trabalho masculina disponível após a guerra e o acesso aos recursos naturais;

b. Níveis elevados de confiança pública nas instituições públicas e seus representantes, decorrentes da baixa corrup-

ção e da transparência do Estado;

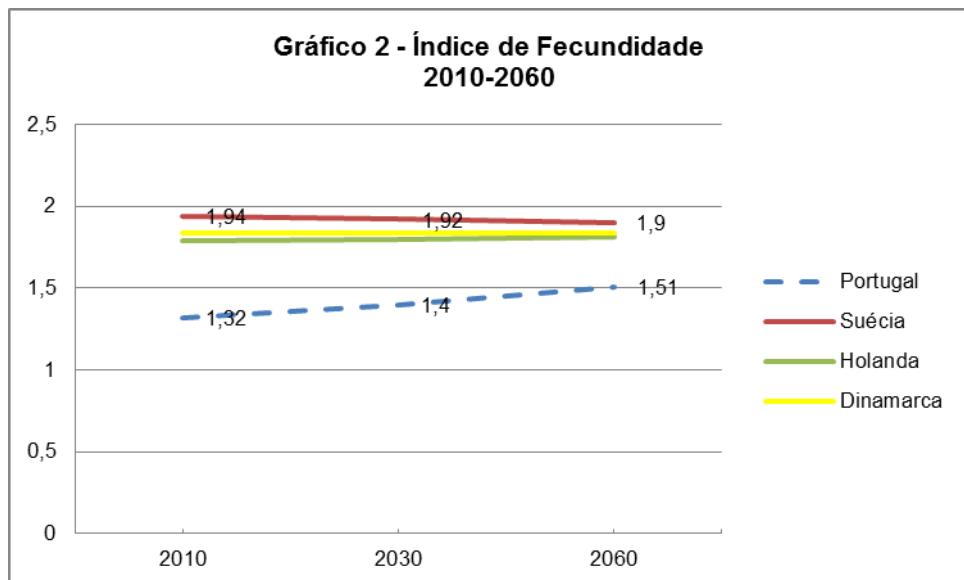
c. População homogénea que minimiza conflitos internos face à alocação dos recursos;

d. Elevada influência da Igreja, promotora de políticas sociais.

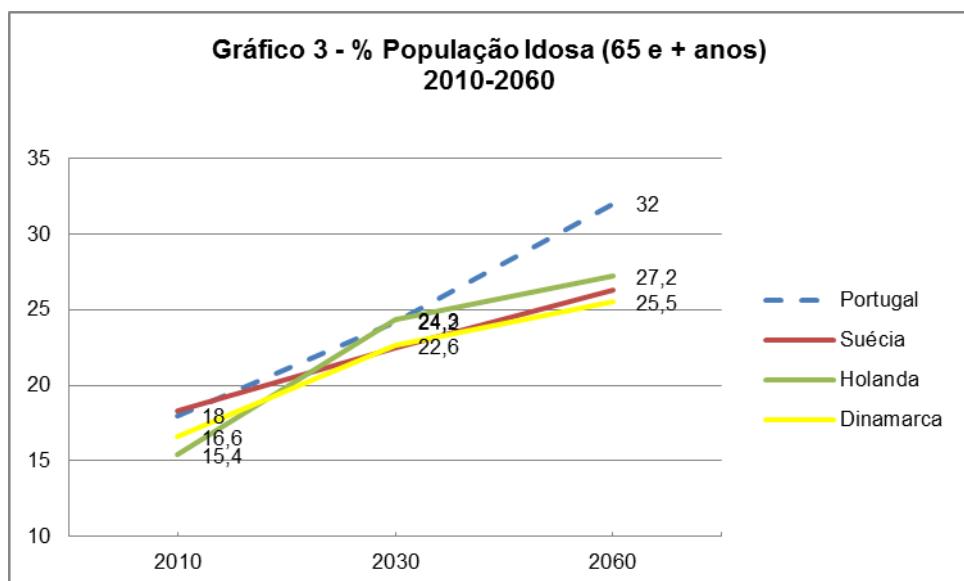
Não obstante as mudanças ocorridas na Suécia, o seu Estado Social continua a distinguir-se positivamente. **Para este sucesso contribui principalmente a forte economia, garante das políticas sociais.** O PIB per capita da Suécia no valor de 30.400€, distingue-se claramente do de Portugal, com o valor de 19.500€ (Eurostat)¹.

Por outro lado, a Suécia tem sido capaz de travar o crescimento do índice de dependência com o fomento de políticas de imigração e de políticas sociais de natalidade que encorajam a fecundidade (Thorslund e Silverstein 2009: 635).

Observando as tendências de diminuição da fecundidade e de aumento da população idosa, constatam-se as **consequências da diminuição da população ativa e do aumento no índice de dependência.**

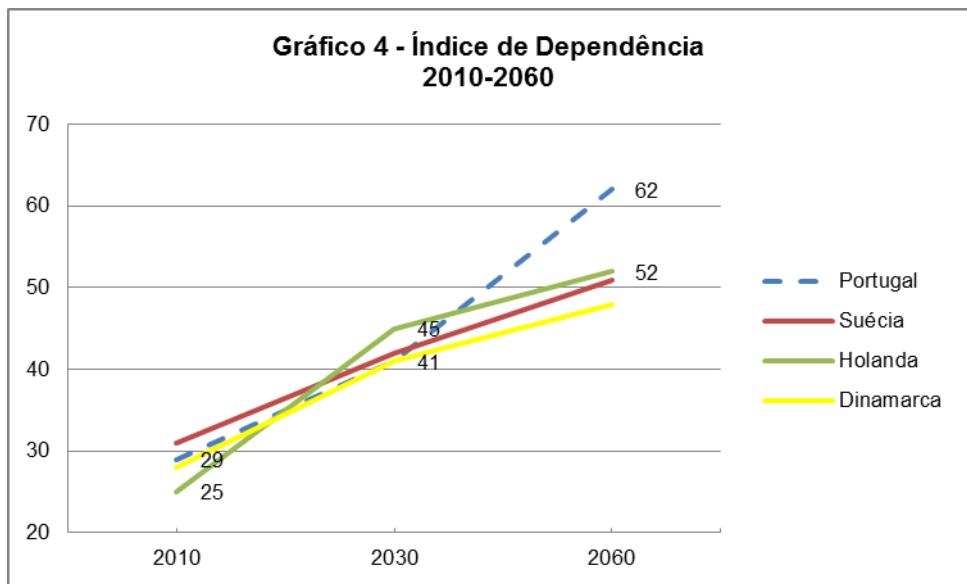


Fonte: Comissão Europeia 2012 – *The 2012 Ageing Report*

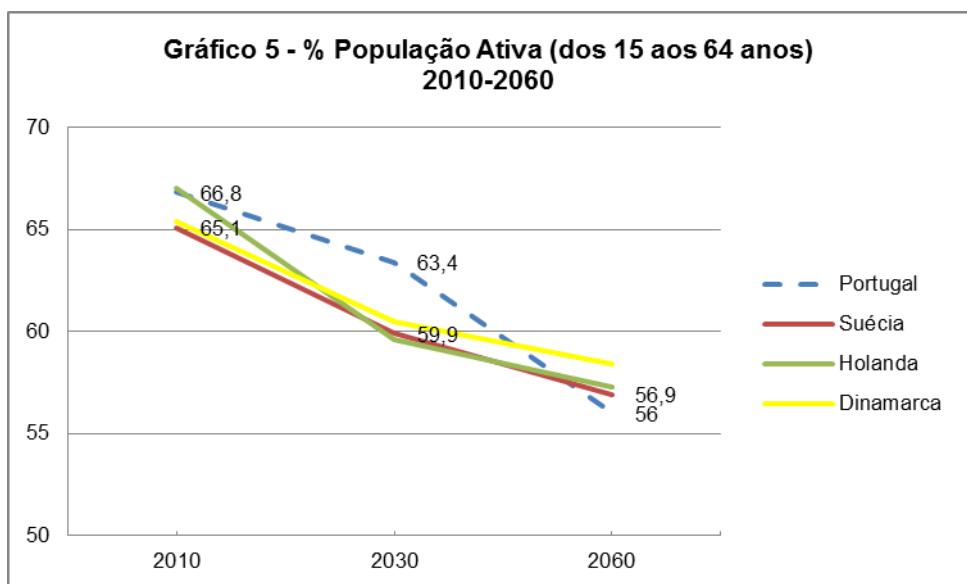


Fonte: Comissão Europeia 2012 – *The 2012 Ageing Report*

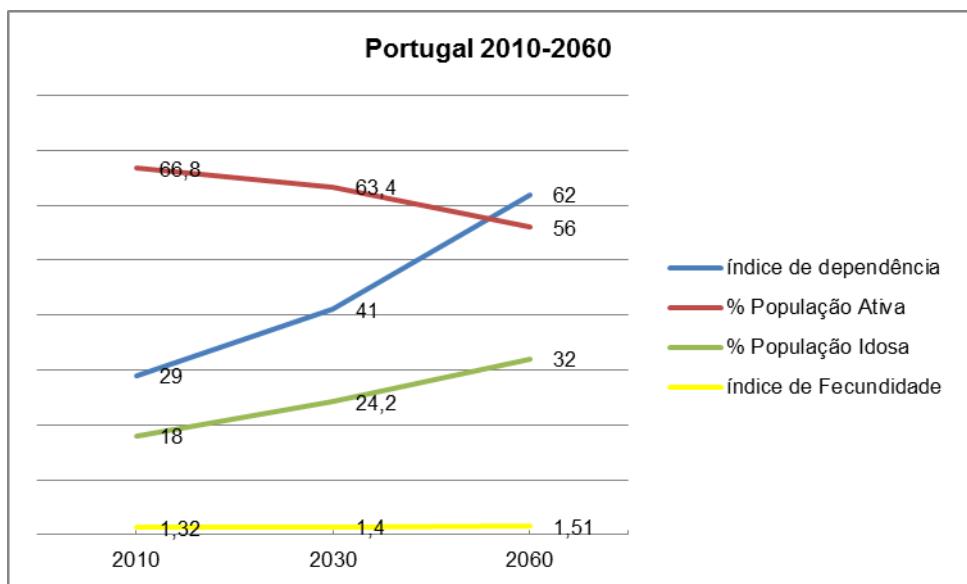
¹ <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>, consultado a 2 de Outubro de 2012.



Fonte: Comissão Europeia 2012 – *The 2012 Ageing Report*



Fonte: Comissão Europeia 2012 – *The 2012 Ageing Report*



Fonte: Comissão Europeia 2012 – *The 2012 Ageing Report*

2. Envelhecimento e despesa pública

Considerando as tendências demográficas, as **projeções da despesa pública associadas ao fenómeno do envelhecimento** revelam os desafios económico-financeiros que a elevada percentagem de Pessoas Idosas, e o decréscimo na percentagem de ativos, representarão nos países da União Europeia em 2060, agravado em Portugal principalmente a partir de 2030.

Crescimento do PIB (gráfico 6)

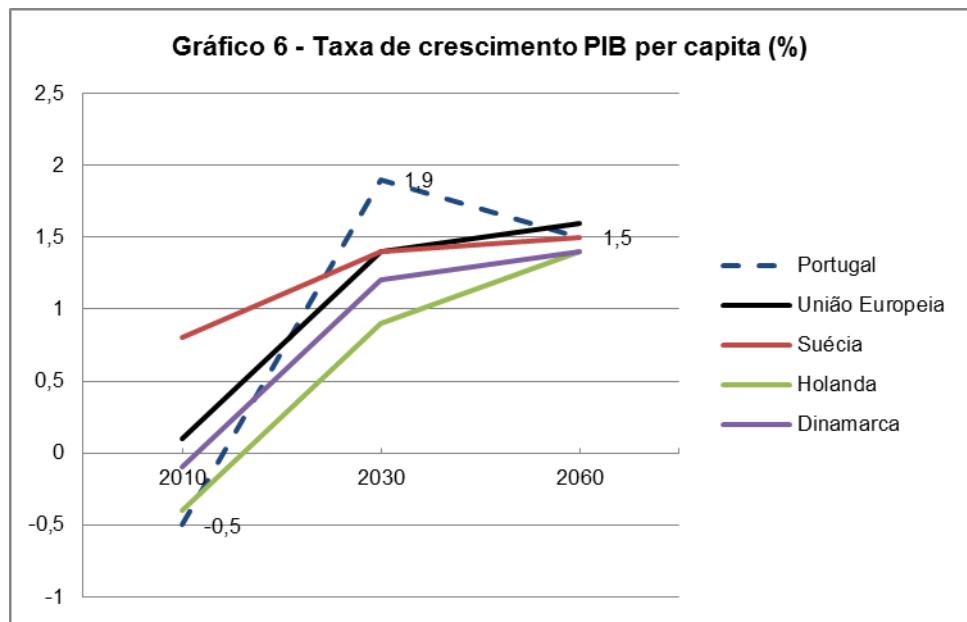
Na União Europeia, espera-se que a taxa de crescimento do PIB permaneça estável durante o período em análise. Após um crescimento médio de 1,5% até 2025, é esperado um ligeiro decréscimo no período de 2025-2060 (Comissão Europeia 2012: 24), o que resultará numa taxa média de crescimento de 1,4% no período 2010-2060. **Contudo, são esperadas diferenças significativas entre os Estados membros, resultado dos respetivos perfis de produtividade.**

Num cenário comparativo entre a Suécia, Holanda e Dinamarca, Portugal distingue-se com a taxa mais elevada de crescimento em 2030 (1,9%), contudo o valor de partida do PIB é bastante inferior – em 2010, o PIB per capita de Portugal era de 19.500€, enquanto o da Suécia atingia o valor de 30.400€ (Eurostat).

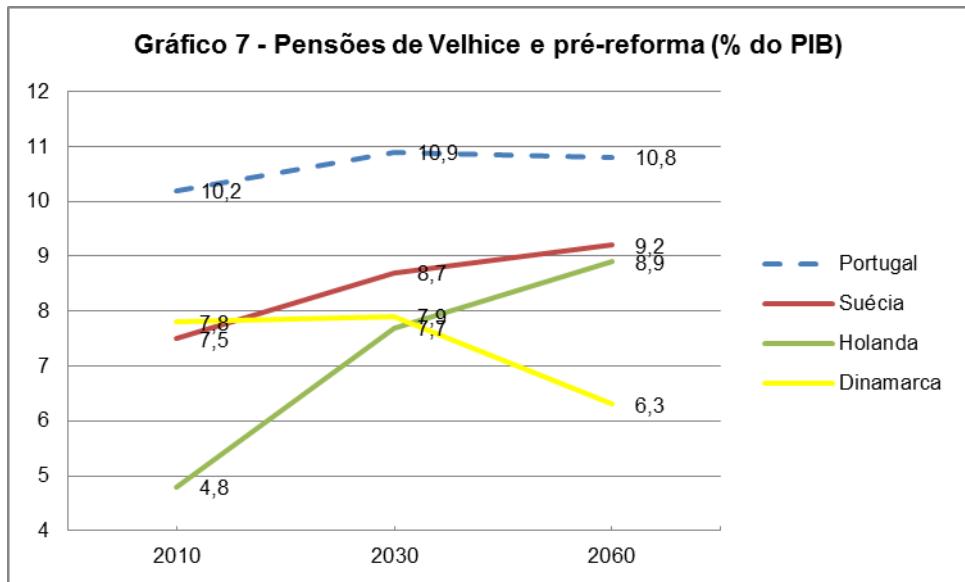
As pensões e o PIB (gráfico 7)

Num cenário comparado entre Portugal, Suécia, Holanda e Dinamarca, **Portugal, o país mais envelhecido, distingue-se pelo peso das pensões no PIB e no desinvestimento na ação social destinada a estruturas residenciais (Lares) e serviços sociais domiciliários** (gráfico 8).

Por outro lado, com a duplicação do peso da população idosa e com idosos mais velhos, Portugal registará também uma sobrecarga de despesa na área da saúde que será preciso financiar.

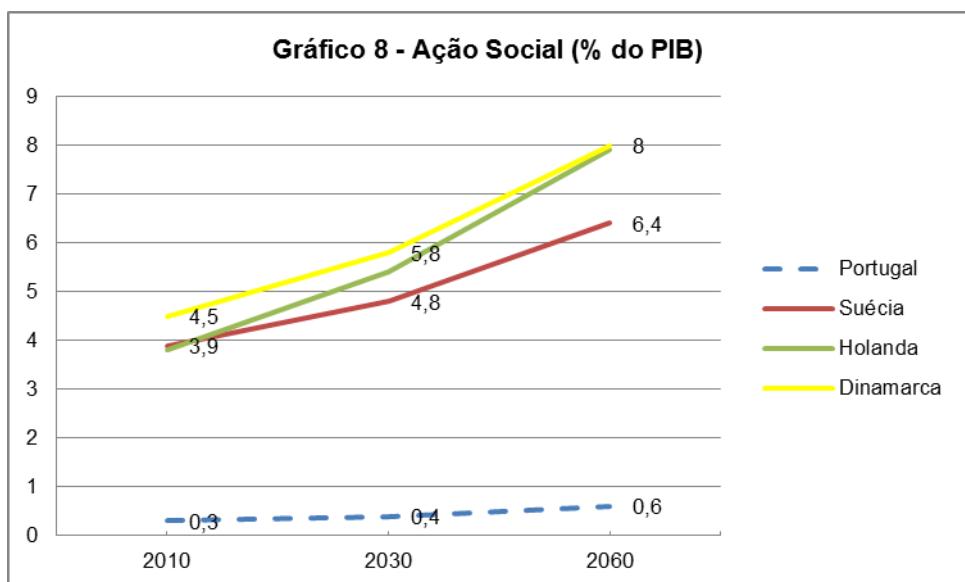


Fonte: Comissão Europeia 2012 – *The 2012 Ageing Report*



Fonte: Comissão Europeia 2012 – *The 2012 Ageing Report*

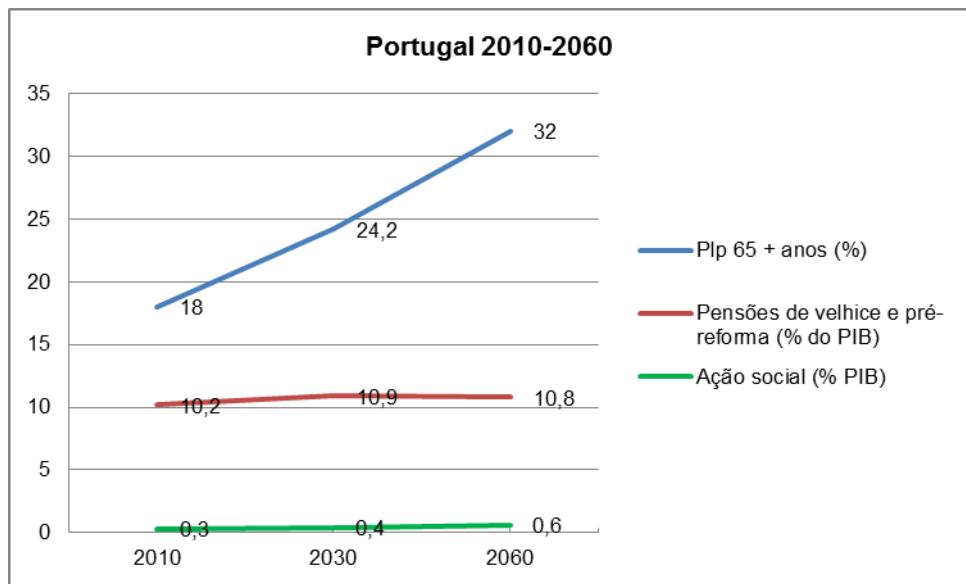
Nota: Cenário do AWG (Ageing work group)



Fonte: Comissão Europeia 2012 – *The 2012 Ageing Report*

Nota: Cenário do AWG (Ageing work group).

Estas despesas são relativas a unidades residenciais/ lares de idosos e serviços de apoio domiciliário



Fonte: Comissão Europeia 2012 – *The 2012 Ageing Report*

3. Envelhecimento demográfico: a necessidade do crescimento económico e o desafio da natalidade

A Economia

Com a introdução ao cenário de envelhecimento demográfico na UE e em Portugal, pretendeu-se abrir espaço de reflexão sobre a sociedade envelhecida em que vivemos, até porque talvez “**o principal problema das sociedades modernas não é o futuro, é o passado**” (Rosa 2012: 81).

O Estado-Providência em Portugal, à semelhança dos outros países do Sul da Europa, revela há muito as suas fraquezas. Todavia, às consequências da crise financeira do Estado, do agravamento da carga fiscal com a queda prolongada da economia, o agravamento das despesas públicas e a insuficiência fiscal, somam-se as associadas aos desequilíbrios demográficos, com reflexos no débil equilíbrio social e económico. **Com este cenário de crise económica e financeira, sem perspetivas favoráveis a curto e médio prazo, Portugal não suportará a política redistributiva de rendimento e riqueza, nem o Estado Social** (Carreira 2011:156).

Realidade já vivida hoje, de modo especialmente grave.

Neste quadro, evidencia-se a “economia em queda prolongada”: entre 1990 e 2005 o PIB cresceu 2,4%, enquanto a despesa corrente primária subiu 5%, as despesas sociais 6% e as pensões 7%. À dimensão e rapidez do aumento das despesas, associa-se o crescimento da taxa de desemprego; o aumento do número de pensionistas e o peso da nossa fiscalidade (Carreira 2011:165;197-198; 81).

E um endividamento externo que conduzirá, em 2012, a perto dos 260% do PIB. Parece pois que **a redução do défice global terá de se basear na contenção das despesas e não na elevação do peso das receitas**.

Considerando os cenários demográficos e as projeções da despesa pública associadas ao fenómeno do envelhecimento, ficam claros os desafios económico-financeiros que a elevada percentagem de Pessoas Idosa e o decréscimo na percentagem de ativos representarão nos países da União Europeia em 2060. **O aumento da produtividade e do produto são indispensáveis para garantir os recursos para a prestação de cuidados de saúde e as respostas sociais ao envelhecimento**, isto é, a qualidade de vida à medida que envelhecemos - “*O grande desafio parece estar na capacidade de podermos atingir elevados níveis de emprego e produtividade e podermos implementar padrões decentes de segurança social, como distintos direitos de cidadania*” (Fernandes 2008:155).

A reforma das funções do Estado

Portugal é um país com graves problemas de produtividade e crescimento económico. Caso queiramos inverter esta tendência, teremos que produzir mais e com mais eficiência, e para tanto, é indispensável uma profunda reforma das funções do Estado, orientando-o para as funções de soberania que lhe são próprias, libertando recursos para a produção que é função das empresas e das instituições da sociedade, num quadro legal orientador e facilitador da produção e do emprego.

A natalidade

A fecundidade na União Europeia, bem como em Portugal, tem diminuído acentuadamente nas últimas décadas. Estas tendências têm contribuindo para o envelhecimento da população face aos baixos índices de nascimentos, conducentes à incapacidade da renovação das gerações e ao crescimento da população ativa.

Neste contexto, **não poderemos negar o efeito do indispensável aumento da fecundidade**, para contrariar o cenário atual propício a uma **involução demográfica** (Fernandes 2008:72). Contudo, terá de ser compatível com os progressos sociais e económicos que explicaram a alteração demográfica (escolarização, maior participação das mulheres no mercado de trabalho, a perda do valor económico da criança, entre outros) e acompanhado por **iniciativas políticas, sociais e fiscais, de incentivo à natalidade**.

O Setor social Indiretamente poderá contribuir promovendo o alargamento e a gestão da rede dos equipamentos sociais de apoio à infância que são parte indispensável de **uma política ativa de natalidade**, sem a qual não é possível reverter o progressivo envelhecimento demográfico, causa relevante dos desequilíbrios existentes e em progresso é preocupante.

O capital humano com idade avançada

Assim, como parte deste processo geral, e como lógica de maximização da utilização de todos os recursos económicos, sociais e humanos, será necessário também dar **oportunidade à participação ativa do capital humano dos mais velhos**, como recurso económico que são, repensando e adaptando a vida ativa ao tempo médio de vida dos indivíduos, contextualizada numa sociedade meritocrática, garantindo a capitalização da longevidade e o envelhecimento saudável (Kalache 2012; Rosa 2012: 81-83; OCDE 2006).

Considerando a transversalidade do fenómeno do envelhecimento demográfico e a consequente necessidade de respostas políticas a este problema social, o ano 2012 foi designado pelo Parlamento Europeu e a Comissão Europeia como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações.

A prossecução do envelhecimento ativo pressupõe uma rede de resposta, de políticas públicas promotoras e garante de mais oportunidades para a Pessoa Idosa de modo a continuarem a trabalhar e de se manterem saudáveis (na multidimensionalidade da saúde física e mental).

Neste contexto, o estudo de modelos de resposta ao envelhecimento ativo pressuporá a instituição de modelos de intervenção integrada e intersectorial, de natureza preventiva (mas também recuperadora) envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros – os públicos, privados e terceiro setor – a nível também territorial.

Quando as políticas públicas de saúde, incluindo a investigação na medicina e na enfermagem geriátricas, sociais, de emprego e de educação suportam o envelhecimento ativo, são potenciadas as hipóteses de mais pessoas usufruírem de melhor qualidade de vida e participarem ativamente na sociedade à medida que envelhecem, bem como de o Estado não suportar a totalidade dos custos decorrentes do envelhecimento (WHO 2002:16).

Com esta formulação e atuação política de natureza intersectorial, a abordagem do envelhecimento ativo assume um impacto significativo no domínio económico, face ao fomento da participação na vida ativa e à redução de despesas públicas na prestação de cuidados de saúde e sociais.

As consequências da falta, ou da inadequação, de políticas promotoras de um envelhecimento ativo são multidimensionais. Às potenciais consequências negativas na Pessoa Idosa, pela falta ou desaproveitamento das capacidades adquiridas ao longo da vida, acumulam-se os efeitos negativos na sociedade e nas organizações no domínio social (coesão social e intergeracional) cultural (desperdício de capital humano, competências e saberes) e económico.

Perante o fenómeno multidimensional do envelhecimento urge a necessidade de preparar as respostas às suas consequências. É indispensável a **avaliação e a formulação de novas políticas sociais e de emprego, bem como de atitudes e práticas encorajadoras do trabalho numa idade mais avançada, face às consequências económicas e sociais** das atuais tendências acima explicitadas (OCDE 2006). Neste domínio, estará também em concorrência o objetivo de uma “sociedade sem idade” - onde o idadismo não seja uma realidade – e, por outro lado, a necessidade de defender a velhice como uma fase de vida a proteger (Macnicol 2010).

Em jogo também estará o papel do Estado Social e o da política social, já que a partilha dos riscos e o apoio coletivo devem permitir que as pessoas façam escolhas, limitando os constrangimentos estruturais. Neste sentido, espera-se que o Estado Social promova segurança socioeconómica, coesão social, inclusão social e empoderamento social, garantindo a capacidade de escolha às pessoas à medida das mudanças do ciclo de vida (Walker 2009: 611).

Considerando que a transição demográfica é também epidemiológica, assumem especial importância os novos padrões de incidência de doenças crónicas e degenerativas. Segundo a WHO (2011:9), nos próximos quinze anos as principais causas de morte e incapacidade estarão relacionadas com doenças cardíacas, cancro e diabetes, ao contrário das outrora dominantes doenças infeciosas ou parasitárias.

Àqueles padrões epidemiológicos não serão alheios os determinantes sociais da saúde e o comportamento humano, bem como as suas implicações para a organização dos sistemas de saúde, à medida que a responsabilidade pelo cuidado com a saúde poderá caber a cada indivíduo (Telles 2012).

Deste modo, a abordagem epidemiológica do ciclo de vida contribuirá para a etiologia e previsão das doenças crónicas ao longo da vida, permitindo a prática e prevenção médica personalizada, bem como compreender o que determina o envelhecimento saudável (Stolk 2012). Considerando a expressão dos padrões de incidência de doença degenerativas, será de igual modo importante o desenvolvimento de novas técnicas para estimular as capacidades cognitivas das pessoas idosas, especialmente aquelas com demências a residir em Lares (Orrell 2012).

Assim, será também **importante melhorar as competências específicas necessárias face ao envelhecimento e desempenho dos profissionais de saúde e dos serviços sociais**. Para este itinerário de qualidade será determinante **o investimento para a disponibilidade de equipas interdisciplinares** (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, técnicos de serviço social e animadores sociais), **na sua formação** e para a **especialização dos cuidados através do ensino e prática de uma abordagem em que a premissa relevante seja a realidade do processo de envelhecimento**.

A Fundação D. Pedro IV, com as suas iniciativas, pretende contribuir para a discussão pública sobre o problema do envelhecimento demográfico e da necessidade de **novos paradigmas de resposta social** com ênfase numa **nova geração de apoio domiciliário que inclui cuidados de saúde multidisciplinares**, serviços de socialização e assistência médica, acompanhamento a consultas, atividades culturais e de animação (Fundação D. Pedro IV 2012: 18).

EM CONCLUSÃO

O envelhecimento demográfico é um dos desafios mais marcantes das sociedades contemporâneas, designadamente da portuguesa, ao qual também se associam novas problemáticas sociais propícias à marginalização do envelhecimento.

Caso não haja alterações significativas, o índice de dependência aumentará exponencialmente, **comprometendo o rácio de pessoas em idade ativa por pessoa idosa**.

Assim, a percentagem de Pessoas Idosas e de dependentes aumentará, sem capacidade significativa de renovação das gerações e, consequentemente, dos ativos, revelando a indispensabilidade de **políticas sociais de natalidade pró-ativas e de manutenção dos ativos no mercado de trabalho por mais tempo**.

Comparando os países mais desenvolvidos com Portugal, este, o país mais envelhecido, distingue-se pelo peso das pensões no PIB e no desinvestimento na ação social destinada a estruturas residenciais (Lares) e serviços sociais domiciliários.

Num cenário de crise económica e financeira, sem perspetivas favoráveis a curto e médio prazo, **Portugal não suportará a política redistributiva de rendimento e riqueza, nem o Estado Social.**

Não obstante a importância da alteração dos padrões de fecundidade - compatível com os progressos sociais e económicos que explicaram a alteração demográfica e acompanhado por iniciativas políticas, sociais e fiscais de incentivo à natalidade -, a solução não parece centrar-se no aumento simples das taxas de fecundidade.

Para o desafio da sustentabilidade do Estado Social é determinante a saúde da economia, garante da viabilidade e sustentabilidade das políticas sociais.

A reforma do Estado

Portugal é um país com graves problemas de crescimento económico. Caso queiramos inverter esta tendência, teremos que produzir mais e com mais eficiência, e para tanto **é indispensável uma profunda reforma das funções do Estado, orientando-o para as funções de soberania que lhe são próprias, libertando recursos para a produção que é função das empresas e das instituições da sociedade, num quadro legal orientador e facilitador da produção e do emprego.**

Neste processo de reforma, a sociedade civil terá de assumir um papel crucial face ao conhecimento profundo do real dos territórios e do seu capital (social, económico, cultural e humano).

As universidades na investigação e formação em novas áreas

No rumo à excelência geradora de prestação de cuidados centrados nos utentes e de padrões de eficiência e qualidade, assumem especial importância as soluções inovadoras baseadas no conhecimento.

Destacam-se as iniciativas no domínio da investigação e da formação em novas áreas, tendo em vista a **especialização dos cuidados através do ensino e prática de uma abordagem em que a premissa relevante seja a realidade do processo de envelhecimento.**

O terceiro setor

Numa sociedade envelhecida, assume cada vez mais importância um setor social ativo, atuando também direta e indiretamente na saúde.

Diretamente,

- Pela aposta na **produção social convencionada** de serviços de saúde;
- Pelo **apoio complementar** ao setor público que exija menor diferenciação clínica (**unidades de cuidados continuados** em unidades hospitalares desativadas, por cedência ou arrendamento), revendo previamente exigências regulamentares descabidas para a realidade económica e social do País.
- Pela produção de **saúde preventiva de proximidade** (cuidados domiciliários pluridisciplinares) com forte aposta em profissionais diferenciados para o efeito, com apoio médico quando necessário.
- Pela **colaboração no suporte à divulgação da investigação científica e pela cooperação no trabalho empírico de investigação**, disponibilizando registos das atividades na saúde realizadas nos equipamentos para idosos, bem como procedendo a registos adicionais necessários aos estudos longitudinais da realidade a investigar.
- Pela **participação na formação de profissionais de saúde especializados na população séniors, no ambiente pluridisciplinar** dos equipamentos sociais, e em contacto direto com esta população, potenciando também a **reconfiguração do perfil profissional dos médicos**, promovendo a delegação de atos para recursos humanos menos diferenciados, portanto mais económicos.

Indirectamente,

Promovendo o alargamento e a gestão da rede dos equipamentos sociais de apoio à infância que são parte indispensável de **uma política ativa de natalidade**, sem a qual não é possível reverter o progressivo envelhecimento demográfico, causa relevante dos desequilíbrios existentes e em progressão preocupante.

A Fundação D. Pedro IV, como parte ativa da sociedade civil atuando nesta área, não pode deixar de se debruçar sobre a problemática do envelhecimento ativo e saudável, em especial na procura de novas soluções para tão importante questão social (Fundação D. Pedro IV 2012), destacando-se a coorganização **de três conferências internacionais dedicadas à temática do envelhecimento**, o apoio à investigação científica com a atribuição do **Prémio de Mérito Fundação D. Pedro IV**, visando distinguir a prática de investigação científica de excelência no envelhecimento, e a participação em projetos com abordagens inovadoras ao envelhecimento.

É este o nosso contributo para um dos graves problemas sociais do nosso tempo.

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

Carreira, Henrique Medina. 2011. *O Fim da Ilusão*. Carnaxide: Edições Objectiva.

Comissão Europeia. 2012. *The 2012 Ageing Report*. Consultado a 5 de Outubro 2012. (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/2012-ageing-report_en.htm)

Fernandes, Ana Alexandre. 2008. *Questões Demográficas – Demografia e Sociologia da População*. Lisboa: Edições Colibri/ Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa

Fundação D. Pedro IV. 2012. *Envelhecimento, Saúde e Ação Social*, comunicação para os Encontros com a inovação em saúde – 3.ª edição, Inovar na gestão dos serviços de saúde: oportunidades e desafios, 19 de abril 2012 – IPO Porto. Lisboa: Edição Fundação D. Pedro IV

Macnicol, John. 2010. *Ageism and age discrimination, Some analytical issues*. August 2010, The International Longevity Centre – UK. Consultado a 10 de Outubro de 2012, (http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_139.pdf)

OCDE. 2006. *Live Longer, Work longer*. Consultado a 5 de Outubro 2012. (<http://www.globalaging.org/pension/world/2006/ocde.senemp.pdf>).

Orrell, Martin. 2012. "New developments in dementia care" in *Livro de Comunicações e Posters – Conferência Internacional Sobre Envelhecimento*, 23 de Novembro – Faculdade de Ciências Médicas. Lisboa: Edição Fundação D. Pedro IV

Rosa, Maria João Valente. 2012. *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Ensaios da Fundação Francisco Manuel dos Santos. Relógio D'Água Editores.

Telles, José Luís. 2012. "Os determinantes sociais da saúde e o comportamento humano" in *Livro de Comunicações e Posters – Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica*, 28 de Outubro – Universidade Católica. Lisboa: Edição Fundação D. Pedro IV

Thorslund, Mats e Merril Silverstein. 2009. "Care for Older Adults in the Welfare State: Theories, Policies, and Realities" in *Handbook of Theories of Aging*, editado por Vern L. Bengston, Daphna Gans, Norella M. Putney, e Merril Silverstein. New York: Springer Publishing Company.

Walker, Alan. 2009. "Aging and Social Policy: Theorizing the Social" in *Handbook of Theories of Aging*, editado por Vern L. Bengston, Daphna Gans, Norella M. Putney, e Merril Silverstein. New York: Springer Publishing Company.

WHO. 2002. *Active Ageing: A Policy Framework*. Consultado a 8 de Outubro 2012. (<http://www.who.int/ageing/publications/active/en/>).

WHO. 2011. *Global Health and Aging*. Disponível em http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/index.html, 3 de Outubro 2012.

OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E O COMPORTAMENTO HUMANO

MODERADOR | CHAIRMAN

PROFESSOR DOUTOR ALEXANDRE CASTRO CALDAS

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

COMENTADORES | DISCUSSION

PROF. DOUTORA HELENA JOSÉ

PROF. DOUTOR JOSÉ AMENDOEIRA

PROF. DOUTORA BEATRIZ ARAÚJO

PROF. DOUTOR SÉRGIO DEODATO

PROF. DOUTOR LUÍS SÁ

OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E O COMPORTAMENTO HUMANO

PROF. DOUTOR JOSÉ TELLES

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA - BRASIL

RESUMO | ABSTRACT

Resumo

Os avanços do conhecimento nas áreas das ciências biomédicas e suas aplicações biotecnológicas foram extraordinários nos últimos cinquenta anos. Concomitante a este fenômeno, houve avanços importantes na aplicação da idéia de que a atenção à saúde das populações faz parte do rol dos direitos fundamentais da pessoa humana. Se as aplicações do conhecimento biomédico têm por paradigma central o modelo cartesiano que reduz o corpo à uma máquina complexa que necessita inspeção constante por parte de um especialista, por outro lado, o direito à saúde fez com que se ampliasse as possibilidades de entendimento sobre os determinantes do processo saúde doença. A tensão existente entre estes dois modelos de entendimento da saúde humana está presente no atual debate sobre quais são os limites da atenção à saúde e, por conseguinte, como se organizam os sistemas de saúde.

O objetivo do texto é discutir esta tensão a partir do conceito "determinantes sociais da saúde" e suas implicações para a organização dos sistemas de saúde. A pergunta que norteia a pesquisa é qual o papel do comportamento dos indivíduos nesta complexa equação?

Trat-se de pesquisa exploratória a partir de revisão bibliográfica tendo por descriptores saúde pública, determinantes sociais da saúde, comportamento humano e sistemas de saúde. Fundamenta-se, no desenvolvimento do texto, que o entendimento e a aplicação dos determinantes sociais na organização dos sistemas de saúde representa movimento que se contrapõe ao reducionismo biomédico no qual, muitas das vezes, o indivíduo é culpabilizado por ter um agravo à saúde em função de comportamentos "não saudáveis".

Resume

Scientific advances in the areas of biomedical sciences and their biotechnological applications have been extraordinary over the past fifty years. Concomitant with this phenomenon, there were important advances in the application of the idea that the health care of people is part of the list of fundamental human rights. If the applications are biomedically central paradigm for the Cartesian model that reduces the body of a complex machine that requires constant inspection by an expert, on the other hand, the right to health caused to broaden the possibilities of understanding of the determinants of health-disease process. The tension between these two models of understanding human health is present in the current debate about what the limits of health care are and, therefore, how to organize health systems.

The aim of this paper is to discuss this tension from the concept "social determinants of health" and its implications for the organization of health systems. The question that guides the research is what is the role of individual behavior in this complex equation?

This is an exploratory research from literature review with descriptors for public health, social determinants of health, human behavior and health systems. It is based on the development of the text, that the understanding and application of social determinants in the organization of health systems represent a movement that is opposed to biomedical reductionism in which, often, the individual is blamed for having a health problem due behavior "unhealthy."

1. Introdução

A manutenção da saúde sempre foi uma preocupação humana como uma maneira de preservar a sua própria sobrevivência. Afinal, é próprio do ser humano o desejo de evitar todo o mal físico, psíquico e social que cause sofrimento. Os avanços do conhecimento nas áreas das ciências biomédicas e suas aplicações biotecnológicas foram extraordinários nos últimos cinquenta anos. Concomitante a este fenômeno, houve avanços importantes na aplicação da idéia de que a atenção à saúde das populações faz parte do rol dos direitos fundamentais da pessoa humana. Se as aplicações do conhecimento biomédico têm por paradigma central o modelo cartesiano que reduz o corpo à uma máquina complexa que necessita inspeção constante por parte de um especialista (Koifman, 2001), por outro lado, o direito à saúde fez com que se ampliassem as possibilidades de entendimento sobre os determinantes do processo saúde doença para além do corpo biológico. A tensão existente entre estes dois modelos de entendimento da saúde humana está presente no atual debate sobre quais são os limites da atenção à saúde e, por conseguinte, como se organizam os sistemas de saúde.

O presente texto tem por objetivo discutir esta tensão a partir do conceito "determinantes sociais da saúde" e suas implicações para a organização dos sistemas de saúde. A pergunta que norteia a pesquisa é qual o papel do comportamento dos indivíduos nesta complexa equação? Fundamenta-se, no desenvolvimento do texto, que o entendimento e a aplicação dos determinantes sociais na organização dos sistemas de saúde representa movimento que se contrapõe ao reducionismo biomédico no qual, muitas das vezes, o indivíduo é culpabilizado por ter um agravio à saúde em função de comportamentos "não saudáveis".

Na primeira parte expõe-se aspectos históricos do desenvolvimento do conceito de determinantes sociais em saúde. Apesar de os aspectos sociais terem sido citados como os principais fatores de adoecimento humano ainda nos meados do século XIX, será no final do século XX que o conceito é retomado como orientador das políticas públicas.

Na segunda parte desta exposição serão exploradas as diferentes interpretações dada ao conceito de Promoção da Saúde, principal estratégia para lidar com a multiplicidade dos determinantes e dos condicionantes da saúde. Destacaremos duas vertentes que derivam da interpretação deste conceito. A primeira fortalece a capacidade coletiva e individual no sentido de promover políticas saudáveis. A segunda, ao contrário, foca no indivíduo as responsabilidades por sua própria saúde.

Por fim, exploramos os desafios para que se incorporem novas práticas em saúde consonantes com as bases conceituais dos Determinantes Sociais da Saúde.

2. Determinantes Sociais da Saúde

2.1 Breve histórico

A percepção de que o processo saúde-doença poderia ser explicado a partir das condições sociais de uma dada população foi explicitada em meados do século XIX. Susser and Susser (1986) destacam que em face das misérias da Inglaterra neste período, vanguarda da rápida industrialização e urbanização, a epidemiologia moderna, como campo de conhecimento instrumental para a saúde pública, gradualmente tomou forma.

Com efeito, entre 1840 e 1854 foram publicados importantes estudos os quais representam um marco no âmbito da saúde pública internacional. Dentre estes estudos, destacam-se:

- França – Louis René Villermé publica, em 1840, o maior estudo sobre a saúde dos trabalhadores na indústria têxtil francesa (*A Description of the Physical and Moral of Workers Employed in Cotton, Linen, and Silk Mills*);
- Inglaterra – Edwin Chadwick publica, em 1842, um relatório sobre as condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha (*Report on the Sanitary Condition of the labouring Population in Great Britain*); Frederick Engels publica, em 1844, contundente texto que denuncia as péssimas condições em que viviam a classe trabalhadora no ápice da Revolução Industrial (*The Condition of the Working Class in England*); Em 1848, Rudolf Virchow, ao ser designado como membro de uma comissão encarregada de investigar uma epidemia de tifo, publicou um relatório no qual criticou as condições sociais que fomentavam a disseminação da doença. Por conta deste relatório, Virchow é reconhecido como fundador da "medicina social".
- Estados Unidos da América – John Griscom publica relato sobre as condições sanitárias da população de Nova York em 1845 (*The Sanitary Condition of the Laboring Population of New York With Suggestions for Its Improvement*); Lemuel Shattuck publica, em 1850, relatório no qual associa as epidemias e problemas de saúde da população de Massachusetts com as condições sanitárias precárias (*Report of the Sanitary Commission of Massachusetts*).

Um dos paradigmas explicativos para os problemas de saúde neste período era a teoria dos miasmas a qual encontrava reforço nos estudos sobre a contaminação da água e dos alimentos, assim como sobre riscos ocupacionais.

Esta foi, sem dúvida, uma época fértil de trabalhos em que, por caminhos e circunstâncias diversas, instituiam as bases da saúde pública ao mesmo tempo em que traçavam os primeiros contornos da relevância da determinação social na produção da saúde e doença.

Entretanto, nas últimas décadas do século XIX, começaram a surgir importantes estudos que contribuíram para a conformação de um novo paradigma para explicar o processo saúde-doença. Os trabalhos de Robert Koch e de Louis Pasteur foram decisivos para fundamentação do paradigma bacteriológico. Jacob Henle, duas décadas antes, já havia sugerido que a maioria das doenças que acometia os humanos era provocada por minúsculos animais. Foi em 1865 que Louis Pasteur demonstrou que um organismo vivo seria o responsável pela epidemia que atacava os bichos da seda. Robert Koch, em 1882, estabeleceu a relação "causal" entre a presença de uma mycobatéria e a doença tuberculose (Susser, Susser, 1986). A partir de então, a bacteriologia se impunha como referência central para a explicação das doenças e deslocava as explicações sociais para um segundo plano. Esta tensão paradigmática entre os enfoque biológico e o social do processo saúde/doença irá atravessar o debate acadêmico e político da saúde pública em todo o século XX. Paulatinamente, o foco da saúde pública irá se distanciar das questões políticas e das reformas sociais e sanitárias (Buss & Pellegrini Filho, 2007). A tensão entre as duas correntes esteve na origem da criação da primeira Escola de Saúde Pública nos Estados Unidos da América na Universidade John Hopkins em 1916. Ao final acabou prevalecendo o conceito da saúde pública orientado ao controle de doenças específicas a partir da abordagem da bacteriologia (Idem, 2007).

A realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada de 6 a 12 de setembro de 1978, em Alma-Ata, no Cazaquistão, então parte da União Soviética, resultou na Declaração de Alma-Ata e recolocou a questão da determinação social na agenda da saúde pública. Na Declaração lê-se que a saúde é um direito humano fundamental, e atingir o mais alto nível possível de saúde é o objetivo social mais importante em escala mundial e sua realização requer a ação de muitos setores econômicos e sociais além do setor saúde.

Na década seguinte, entretanto, os interesses do complexo médico-industrial irão deslocar a questão da saúde para o âmbito individual e privado. De fato, as décadas de 1980 e 1990 foram marcadas, no plano econômico, pela forte presença do receituário neoliberal prescrito por entidades internacionais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. Na prescrição constava a redução do papel do Estado na provisão de políticas de bem-estar social, dentre as quais a saúde. Alguns países, como o Brasil, que inseriu em seu texto constitucional que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, resistiram de diversas maneiras à avassaladora onda neoliberal que varreu países periféricos e centrais.

As críticas a esta abordagem individualista da saúde surgiram, ao longo das décadas de 1980 e 1990, a partir de estudos que destacavam as limitações das intervenções sobre a saúde, quando orientadas pelo risco de doença nos indivíduos. O marco neste debate foi a publicação, pelo Ministério da Saúde do Canadá no ano de 1974, do documento intitulado "A New Perspective on the Health of Canadians: a working document". Este documento, posteriormente conhecido como Informe Lalonde, buscava traçar diretrizes para a reorientação da política de saúde do Canadá. Partindo do conceito de campo da saúde como algo que engloba biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção sanitária, o então ministro da saúde, Marc Lalonde, fundamentou suas críticas ao crescente investimento em assistência médica e seus limites para melhorar a saúde da população, considerando a influência predominante de fatores comportamentais e sociais no quadro de morbimortalidade (Terris, 1996; Buss, 2000).

Retomaremos mais à frente o Informe Lalonde para situar a estratégia da Promoção da Saúde como meio de incorporação dos determinantes sociais na políticas de saúde. Mas antes disto, cabe a definição do conceito de determinantes sociais em saúde.

2.2 Marcos Conceituais

A proposta de incorporar os fatores sociais como variáveis importantes no processo de saúde e doença significa buscar entender o por quê determinadas camadas da população são mais ou menos afetadas por algum agravio à saúde ou morte.

Existem diferenças ou desigualdades na situação de saúde entre indivíduos ou entre grupos populacionais que podem ser explicadas por condições etárias, genéticas ou por fatores vinculados ao sexo do indivíduo. Entretanto, existem desigualdades que são decorrentes das condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Diferentemente das primeiras, estas desigualdades são injustas e ferem o direito humano à vida. Os determinantes sociais seriam aqueles vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como os relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural. São, assim, produtos da ação humana e, portanto, podem e devem ser transformados pela ação humana (CNDSS, 2008).

Cabe destacar que no estudo dos determinantes sociais de saúde é preciso compreender que a sua vinculação

com a saúde não é uma simples relação de causa e efeito, assim como essa relação de determinação não é constante, de tal modo, por exemplo, que uma sociedade com um maior Produto Interno Bruto (PIB) não terá, necessariamente, melhores indicadores de saúde. Assim sendo, determinantes de saúde individuais não devem ser utilizados para explicar divergências em níveis de saúde entre diversas sociedades ou entre diferentes grupos de uma sociedade. Essas divergências estão relacionadas a fatores decorrentes das iniquidades sociais (Buss e Pellegrini Filho, 2007). As políticas públicas deveriam dar maior atenção nos determinantes sociais de saúde que são causas maiores de **iniquidades na saúde**.

Anand (2002) defende que a saúde seria um "bem especial" cuja distribuição justa merece a preocupação particular das autoridades políticas. Existiriam duas razões principais para encarar a saúde como um bem especial: (1) a saúde é uma parte constituinte direta do bem-estar de uma pessoa; e (2) a saúde permite a uma pessoa funcionar como um agente. As desigualdades na saúde são, portanto, reconhecidas como "desigualdades na capacidade de funcionamento das pessoas". Quando tais desigualdades surgem como consequência das diferenças de posições sociais dos indivíduos, aparece uma grave falha no princípio político de igualdade de oportunidade. Equidade pode ser entendido, ainda, como um princípio ético relacionado com os princípios dos direitos fundamentais da pessoa humana (Braverman e Gurskin, 2003). Daí que buscar a equidade em saúde deveria ser uma ação prioritária das políticas públicas.

O estudo sobre os mecanismos através dos quais os determinantes sociais de saúde provocam as iniquidades de saúde admitem diferentes abordagens. A abordagem que privilegia os "aspectos físico-materiais" na produção da saúde e da doença entende que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência ou insuficiência de investimentos em infra-estrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. Outro enfoque tem como foco os "fatores psicosociais", o qual as relações entre percepções de desigualdades sociais, os mecanismos psicobiológicos e situação de saúde são responsáveis por estresse e prejuízos à saúde. Os enfoques "ecossociais" e os chamados "enfoques multiníveis" buscam, por sua vez, integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas em uma perspectiva dinâmica, histórica e ecológica. Por fim, existem as abordagens que buscam analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Esses estudos identificam o desgaste do chamado "capital social", ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde. Esses estudos também procuram mostrar por que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

O modelo esquemático mais conhecido que procura representar os diversos níveis dos determinantes sociais de saúde é o modelo de Dahlgren e Whitehead (1992) (Figura 1).



Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead

Neste esquema os indivíduos estão no centro da figura onde os fatores etário, gênero e genéticos influenciam seu potencial de saúde final. Cabe aqui ressaltar que Jaenisch e Bird (2003) demonstraram que o organismo humano pode responder ao meio ambiente através de mudanças na sua expressão genética, por meio de mecanismos epigenéticos, especialmente nos períodos de desenvolvimento. Isto implica em considerar o meio ambiente como um fator importante quando tratamos da genética humana.

Na segunda camada aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no

limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais de saúde, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos determinantes sociais de saúde, na medida em que essas opções, em geral, estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc. Um exemplo positivo de política pública neste nível é a legislação brasileira que proíbe a propaganda de tabaco na programação televisiva. Estudos comparativos em escala nacional, realizados antes e depois de proibir a publicidade do tabaco, mostraram que depois das proibições, o consumo diminuiu em até 16% (WHO,2012). Entretanto, ao contrário do que ocorre nos países mais desenvolvidos, as políticas para controle do tabagismo ainda são incipientes em grande parte dos países em desenvolvimento, tornando-os vulneráveis aos planos de expansão das grandes transnacionais de tabaco (Cavalcante, 2005).

Para atuar nesse nível de maneira eficaz, portanto, são necessárias políticas de abrangência populacional que promovam mudanças de comportamento, através de programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas.

A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social. Nos países em desenvolvimento, a relação entre a saúde e as redes informais de apoio se torna, com freqüência, a única possibilidade de ajuda com que as famílias carentes podem contar, além de serem o único suporte para ajudar a aliviar as cargas da vida cotidiana (Andrade e Vaitzman, 2002).

Neste nível as intervenções devem buscar estabelecer redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades, especialmente dos grupos vulneráveis, em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, e para que se constituam em atores sociais e participantes ativos das decisões da vida social.

Na camada imediatamente externa estão inclusas as condições sociais e materiais nas quais as pessoas vivem e trabalham determinadas por vários setores, tais como moradia, educação, assistência à saúde e agricultura. Neste nível, evidencia-se que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços (Buss e Pellegrini Filho, 2007). As políticas públicas neste nível devem prover melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego seguro e realizador, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade e outros.

O último nível do modelo compreende os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade. Neste nível residem os macrodeterminantes e devem ser orientados por políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem a promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e econômicas, as violências, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade (Pellegrini Filho, 2006).

Um modelo que seja inclusivo para os determinantes sociais de saúde deve alcançar os seguintes objetivos:

- a) esclarecer os mecanismos através dos quais os determinantes sociais geram iniquidades de saúde;
- b) demonstrar como os principais determinantes estão relacionados uns aos outros;
- c) fornecer um modelo de avaliação de prioridades para os determinantes sociais de saúde; e
- d) mapear os níveis específicos de intervenção e os pontos de ação das políticas sobre os determinantes sociais de saúde (CDSS, 2005).

A questão de como melhorar a saúde da população considerando a influência predominante de fatores comportamentais e sociais no quadro de morbimortalidade foi posta por Lalonde, como vimos anteriormente. Seus questionamentos expressos no Informe Lalonde foram a base para a constituição da estratégia da promoção da saúde na qual os determinantes sociais de saúde assumem relevância.

3. Promoção da Saúde e o desafio de enfrentamento das iniquidades

Foi a partir de um grupo de trabalho da Organização Mundial da Saúde (Oficina Regional para a Europa), constituído em meados de 1980 para planejar o programa de Educação em Saúde para os próximos quatro anos, que o debate sobre promoção da saúde ganhou relevância. Partiu-se do reconhecimento de que a Educação em Saúde isolada de outras medidas não poderia resultar em mudanças radicais requeridas para anunciar uma nova era de melhoria na saúde. No documento para discussão resultante do grupo de trabalho, a promoção da saúde foi definida “(...) como el proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y, al mismo tiempo, mejorar esa salud.” Esta definição foi posteriormente consagrada na Carta de Ottawa, em 1986, resultante da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde (Kickbusch, 1996:16).

A Carta de Otawa consagra o sentido de saúde como bem-estar amplamente definido, para o qual são pré-requisitos: alimento, abrigo, paz, renda, ecossistema estável, uso ininterrupto de recursos, justiça social e eqüidade.

A visão ampliada dos recursos fundamentais à saúde e sua aproximação à temática da qualidade de vida fomentou uma concepção de intervenção em saúde para além das clássicas ações assistenciais e preventivas de cunho individual. Os campos da promoção da saúde, como apontados na Carta de Otawa, seriam estratégias integradas com o objetivo de interferir positivamente no conjunto dos determinantes da saúde. Este campos podem ser sintetizados da seguinte forma:

1. **Políticas públicas saudáveis:** reconhecimento que decisões políticas têm influências favoráveis ou desfavoráveis sobre a saúde e que esta deve ser priorizada como critério de governo; importância das ações intersetoriais que apontem para maior eqüidade.
2. **Criação de ambientes favoráveis à saúde:** reconhecimento da complexidade de nossas sociedades e da interdependência entre diversos setores. Proteção do meio ambiente e acompanhamento dos impactos das mudanças sobre a saúde. Conquista de ambientes favoráveis à saúde (trabalho, lazer, escola, cidade, etc.).
3. **Reforço da ação comunitária** (incremento do poder técnico e político das comunidades): empowerment como resultado do acesso contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde por parte da população; possibilidade de atuação na definição de prioridades, tomada de decisões e implementação de estratégias para alcançar melhor nível de saúde.
4. **Desenvolvimento de habilidades pessoais** favoráveis à saúde em todas as fases da vida: resgate da Educação em Saúde como responsabilidade das diversas organizações. É também relacionado ao empowerment, no plano individual, como processo de capacitação e consciência política.
5. **Reorientação dos serviços de saúde:** avanço além da assistência; impõe a superação do modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médicocurativa como foco essencial da intervenção. Implica transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas, assim como nas práticas e na formação dos profissionais (Buss, 2003:26)

Após a Conferência de Ottawa, em 1986, foram realizadas mais cinco Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde pela Organização Mundial da Saúde, a saber:

- Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy – 5 a 9 de Abril de 1988;
- Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health – 9 a 15 de Junho de 1991;
- Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century – 21 a 25 de Julho de 1997;
- Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From Ideas to Action – 5 a 9 de Julho de 2000;
- The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World – 7 a 11 de Agosto de 2005 (WHO, 2009).

Além destas, foram realizadas ainda duas Conferências regionais, América Latina em 1992 (Bogotá) e Caribe em 1993 (Trinidad y Tobago).

Em todas as oito conferências sobre promoção da saúde realizadas pela Organização Mundial de Saúde tiveram como objetivos maiores garantir um mundo mais saudável, com ampla participação e uma advocacia sustentável, tendo por referências centrais os princípios dos direitos humanos (Martins, 2010).

Nos textos das cartas produzidas nas Conferências Internacionais pode-se apreender o privilegiamento da visão holística da saúde e da determinação social do processo saúde-doença, da equidade social como objetivo a ser atingido e da sustentabilidade como princípios a serem levados em consideração quando se definem estratégias de ação (Westphal, 2006).

Em síntese, a promoção da saúde seria resultado da confluência de forças distintas e, em última instância, pretende ir para além da proteção à saúde *strictu sensu*. Pressupõe a redistribuição de poder e o controle sobre questões de saúde individual e coletiva; a redução do impacto negativo da ampla série de determinantes associada com ambiente social, político e econômico; a atenção aos domínios da saúde além dos aspectos físicos, incluindo dimensões mental, social e possivelmente espirituais; a abordagem ecológica e o reconhecimento do desenvolvimento comunitário e do envolvimento como estratégias legítimas e efetivas (Rootman et al., 2001).

A “corrente oficial” ou linha de pensamento expressa em documentos das conferências internacionais sobre promoção da saúde nem sempre é expressa em políticas públicas e práticas cotidianas em saúde. A ênfase na difusão de estilos de vida saudáveis, que marcou inicialmente o desenvolvimento contemporâneo da promoção da saúde, tem assumido relevância nos discursos sanitários oficiais e remete a complexas questões entre indivíduo e estrutura, entre autonomia individual e saúde pública (Assis, 2004).

A definição do American Journal Health Promotion, criado em 1989, é um bom exemplo sobre o reducionismo que acaba sendo referência para práticas e ações em saúde. Neste periódico, promoção da saúde significa “a ciência e a arte de ajudar as pessoas a mudar seu estilo de vida na direção de um estado de saúde ótimo”. Saúde ótima é definida como um equilíbrio da saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual (Figura 2). Mudança em estilo de vida pode ser facilitada através de uma combinação de esforços para incrementar a consciência, mudança de comportamento e criar ambientes que suportem boas práticas de saúde.



Figura 2 – Dimensões da Promoção da Saúde segundo O'Donnell (2009)

Physical - Fitness. Nutrition. Medical self-care. Control of substance abuse.

Emotional - Care for emotional crisis. Stress Management

Social - Communities. Families. Friends

Intellectual - Educational. Achievement. Career development

Spiritual - Love. Hope. Charity.

Em meados dos anos 70, Foucault cunha o conceito de biopoder para se referir a uma nova técnica de poder não mais dirigida apenas ao corpo individual por meio da tecnologia disciplinar, mas também ao conjunto de viventes chamado de população. Enquanto nos séculos XVII e XVIII havia um poder que deveria se exercer da maneira menos onerosa possível fazendo do corpo o alvo de técnicas que tentavam aumentar-lhe a força útil, na segunda metade do século XVIII surge um novo olhar que se concretiza numa biopolítica, com novos objetos: a população como um todo e o homem vivo considerado como espécie. A biopolítica é, portanto, uma prática dos governos que se destina a garantir e incentivar a saúde coletiva pelo controle da natalidade, fecundidade e mortalidade; o controle das enfermidades endêmicas e epidêmicas, e o controle dos eventos e fenômenos que incidem sobre a segurança e o funcionamento das sociedades (Foucault, 2005, 1997).

A crítica central às práticas do biopoder contemporâneo é a desconsideração de outras determinações para além da esfera biológica. Primeiramente, a biopolítica considera que as necessidades são as mesmas para todos, sendo estas limitadas à esfera biológica e, portanto, são desconsideradas as diferenças fundamentais que permitem a cada humano ser uma singularidade entre outras singularidades. Outro problema é que, uma vez que as políticas públicas da biopolítica são entendidas como necessárias, a busca compulsória pela saúde passa a ser vista como política e eticamente correta, criando, assim, uma ideologia que alguns autores denominam de *healthism* (Ortega, 2003). Esta ideologia, ainda segundo Ortega (2003) estabelece uma “biossociabilidade” onde são criados novos critérios

“de mérito e reconhecimento, novos valores com base em regras higiênicas, regimes de ocupação de tempo, criação de modelos ideais de sujeito baseados no desempenho físico. As ações individuais passam a ser dirigidas com o objetivo de obter melhor forma física, mais longevidade, prolongamento da juventude, etc” (p.63)

A redução biologicista do ser humano é expressa no se convencionou denominar de processo de somatização das identidades na qual a ancoragem da construção da subjetividade não mais estaria no próprio interior/privado mas “na superfície visível da imagem corporal e de sua exposição, dando novos contornos ao funcionamento já conhecido do homem psicológico e seus conflitos recônditos” (Zorzanelli, Ortega, 2011:31). As neurociências, com todas suas aplicações tecnológicas no âmbito da neuroquímica, da neurobiologia, do imageamento cerebral entre outras, vem construindo uma “neurocultura” na qual somos inclinados a acreditar nas promessas de tratar, gerir, proteger, mesmo aumentar ou melhorar os poderes cognitivos do cérebro e, assim, “melhorar”, se não ‘otimizar’, a condição humana de várias maneiras (Williams et al, 2012). Um dos efeitos visíveis é a tendência contemporânea de medicalização extensiva no âmbito da saúde mental, na qual as tristezas e agruras da vida são percebidas como desequilíbrios químicos tratáveis por drogas que restauram o equilíbrio supostamente perdido (Rose, 2000; Rose, 2003).

O discurso científico acaba por assumir posição central na normatização dos corpos o que nos faz perguntar até onde vai nosso livre arbítrio em relação às nossas escolhas cotidianas ou nossos estilos de vida.

Segundo o conceito da Organização Pan-Americana de Saúde, estilo de vida seria a

“forma como as pessoas vivem, as escolhas que fazem, é parte do que chamamos estilo de vida. Dizemos parte porque algumas das opções que fazemos estão relacionadas com o contexto no qual vivemos, com a cultura de nossa região, com os hábitos que são adquiridos nos ambientes familiar e social e com o conhecimento acumulado sobre saúde que se dispõe em determinados momentos. Falar em estilos de vida é o mesmo que falar em como o sujeito se relaciona com ele mesmo, com os outros e com a natureza. (...) Adotar hábitos de vida saudáveis é contribuir para o estabelecimento de relações mais solidárias, é participar da criação de políticas públicas que incidam positivamente na saúde de todos e, sobretudo, é ser capaz de lidar como o mundo de uma forma positiva.”

Para Assis (2004:33), nesta conceituação busca-se tangenciar a crítica ao individualismo e à “abstração dos comportamentos de seus condicionantes socioculturais, porém observa-se ainda o acento na subjetividade e na capacidade de escolha, ao lado da omissão de determinantes econômicos”.

As críticas ao reducionismo individual podem ser radicais. Sackett (2002), ao abordar a proposta de reposição hormonal às mulheres no período do climatério, inicia seu artigo afirmando que a medicina preventiva apresentaria três elementos de arrogância. Primeiro, é agressivamente assertiva, ao dirigir a indivíduos assintomáticos prescrições sobre o que devem fazer para permanecerem saudáveis. Em segundo lugar, a medicina preventiva é presunçosa, confiante de que as intervenções que defende, no geral, fazem mais bem do que mal para aqueles que aceitam e aderem a elas. Finalmente, a medicina preventiva é arrogante, atacando aqueles que questionam o valor de suas recomendações.

Apesar de suas críticas serem dirigidas a uma das correntes da saúde pública, elas cabem muito bem quando se descontextualiza os grupos populacionais e a eles são dirigidas orientações sobre saúde e prevenção de agravos e doenças.

Gérvias e Fernandez (2009) ressaltam que toda atividade sanitária envolve potenciais prejuízos à pessoas ou a grupos populacionais e afirmam que a prevenção sem limites tem se convertido em um perigo para a saúde pública.

Muitas das vezes, somos seduzidos por um conjunto de soluções simplistas para questões com alta complexidade, como é o caso do cuidado à saúde. Esta orientação reducionista, para alguns autores, seria governada por interesses ideológicos e de mercado (Bagrichevsky et al., 2010).

Na prática cotidiana dos profissionais de saúde, é muito comum a reprodução de atitudes autoritárias e reducionistas quando se prescrevem condutas e atitudes para mudanças de comportamento. É preciso, portanto, se ter cuidado com tais práticas na medida em que, ao invés de aproximar o indivíduo ainda mais dos serviços de saúde e criar vínculos de confiança, elas acabam por intimidar e contribuem para seu afastamento.

Considerações Finais

Abordamos nesta apresentação o desenvolvimento histórico do conceito de determinantes sociais de saúde e a estratégia de promoção da saúde como seu desdobramento para referenciar a organização das práticas em saúde. Ressaltamos que, a despeito de nos documentos oficiais sobre a promoção da saúde enfatizarem diferentes níveis de atuação, as atividades nos serviços de saúde sofrem influência marcante do reducionismo biológico no qual o corpo é descontextualizado de seu entorno cultural, social e econômico.

A crise do mercado financeiro internacional tem colocado sérias ameaças à capacidade do Estado em estabelecer investimento público em políticas saudáveis, como proposto pela promoção da saúde. O Reino Unido desembolsou 900 bilhões e os EUA 700 bilhões de dólares para salvar os bancos. Em toda a Europa o discurso da austeridade dos Estados nacionais tem sido a receita mágica para superação desta crise. O Estado, que até então tinha a responsabilidade de reduzir as desigualdades de renda e melhorar as condições de higiene da população, está a se tornar coadjuvante neste processo à medida que a responsabilidade pelo cuidado com a saúde cabe a cada indivíduo que diante das informações médicas, deve ser capaz de mudar seus hábitos de vida.

A estratégia da promoção da saúde, ao incorporar os determinantes sociais nas formatação de políticas saudáveis, seria o contraponto à toda proposta individualista e de redução da capacidade do Estado em promover o bem estar geral de sua população.

Os estilos de vida e comportamentos que cada pessoa assume para si são fatores importantes na determinação de sua saúde. Entretanto, se não for levada em consideração a capacidade de cada um, efetivamente, ter a autonomia necessária para fazer suas escolhas estaremos impondo atitudes e práticas e correndo sério risco de estigmatizar quem não se enquadra no perfil desejado.

No período de 19 a 21 de outubro de 2011, foi realizada a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais em Saúde na cidade do Rio de Janeiro. A Declaração política desta Conferência reafirmou todos os princípios que estão

nas declarações de Conferências Internacionais sobre promoção da saúde. Entretanto, algumas críticas recaíram sobre o aspecto extremamente formal da Declaração na qual o como intervir nos determinantes sociais ficou ausente.

A ação para reduzir as iniquidades em saúde requer a participação do conjunto do governo e da sociedade, incluindo o sistema de saúde juntamente com as partes interessadas e setores que vão para além das fronteiras e limites do sistema de saúde.

A utopia de um mundo mais justo e solidário deveria ser renovada em nossos discursos e práticas sanitárias. Talvez seja esta a mensagem central quando se trata de falar sobre os determinantes sociais em saúde.

Referências Bibliográficas

Anand S. The concern for equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:485-7. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732197/pdf/v056p00485.pdf>. Acesso em 21 de julho de 2012.

Andrade GRB, Vaitzman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2002; Out-Dez 7(4):925-34. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 23 de julho de 2012.

Assis M. Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/ UERJ. 220f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/doutorado/TeseMonicaAssis.pdf>. Acesso em 02 de julho de 2012.

Bagrichevsky M, Castiel LD; Vasconcelos-Silva PR e Estevão A. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010, vol.15, suppl.1 pp. 1699-1708 . Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 2 de julho de 2012.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 17 de julho de 2012.

BUSS, P M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 18 de julho de 2012.

Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Rev. Psiq. Clín.* 32 (5): 283-300, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n5/27703.pdf>. Acesso em 23 de julho de 2012.

Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (CDSS). Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde: Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. 5 de maio de 2005. Disponível em http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH_Conceptual%20Framework%20-%20tradu%C3%A7%C3%A3o%20APF.pdf. Acesso em 23 de julho de 2012.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, abr. 2008. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em 23 de julho de 2012.

Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity and health*. Copenhagen:World Health Organisation, 1992. Disponível em: <http://www.framtidssstudier.se/wp-content/uploads/2011/01/20080109110739filmZ8UVQv2wQFSHMR6cuT.pdf>. Acesso em 23 de julho de 2012

Foucault M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

Foucault M. Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997

Frey BS; Savage DA; Torgler B. Surviving the Titanic Disaster: Economic, Natural and Social Determinants. Cesifo Working

Paper n. 2551. Category 2: Public Choice. February, 2009. Disponível em: <http://www.CESifo-group.org/wp>. Acesso em 02 de julho de 2012.

Jaenisch R; Bird A. Epigenetic regulation of gene expression: how the genome integrates intrinsic and environmental signals. *Nature*, v. 33, p. 245-254, mar. 2003. Disponível em: <http://www.nature.com/ng/journal/v33/n3s/full/ng1089.html>. Acesso em 22 de julho de 2012.

Koifman L. 'O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VIII (1): 48-70, mar.-jun. 2001.

Krieger N, Emmanuelle Birn A. A Vision of Social Justice as the Foundation of Public Health: Commemorating 150 Years of the Spirit of 1848. *American Journal of Public Health*, 88 (11):1603-1606. November 1998. Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.88.11.1603>. Acesso em 17 de julho de 2012.

Lalonde M. *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document*. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada, 1974. Disponível em: www.hcsc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf. Acesso em 18 de julho de 2012

Martins AMBB. Análise da Produção Científica sobre os Determinantes Sociais de Saúde na Faculdade de Saúde Pública – USP. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-08042011-092240/pt-br.php>. Acesso em 12 de julho de 2012.

O'Donnell MP. Definition of Health Promotion 2.0: Embracing Passion, Enhancing Motivation, Recognizing Dynamic Balance, and Creating Opportunities. *American Journal of Health Promotion*: September/October 2009, Vol. 24, No. 1, pp. iv-iv. Disponível em: <http://www.healthpromotionjournal.com/>. Acesso em 24 de julho de 2012.

Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em 17 de julho de 2012.

Pellegrini Filho A. Compromisso com a ação. *Radis*, n. 47, p.12-14, jul. 2006. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_47.pdf. Acesso em 23 de julho de 2012.

Rootman I Goodstadt M; Potvin L. et al., A framework for health promotion evaluation. In: Rootman I. et al. (ed) Evaluation in Health Promotion. Principles and perspectives. pp.7-38. Denmark, WHO Regional publications. European Series. 2001. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/108934/E73455.pdf. Acesso em 23 de julho de 2012.

Rootman I; Poland BD e Green LW, 2000. The settings approach to health promotion. In: Rootman I et al (ed) Settings for health promotion - linking theory and practice. London: Sage publications. Apud. Assis, 2004 (op.cit.).

Rose N. The biology of culpability. Pathological identity and crime control in a biological culture. *Theoretical Criminology*, 4(1), 5-34. 2000. Apud Zorzanelli, Ortega, 2011

Rose N.. Neurochemical selves. *Society*, 41(1), 46- 59. 2003. Apud Zorzanelli, Ortega, 2011

Schultz M. Photo quiz. *Emerg Infect Dis*. 2008 Sept . Available Disponível em: <http://www.cdc.gov/EID/content/14/9/1479.htm>. Acesso em 16 de julho de 2012

TERRIS, M., 1996. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: OPS. Promoción de la Salud. Una Antología. Publicación científica nº 557, pp.37-44, Washington: OPS.

Westphal, MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2006. p.635-667, tab. (Saúde em debate, 170).

World Health Organization (WHO). 10 Facts on the global tobacco epidemic. May, 2012. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/tobacco_epidemic_facts/en/index.html. Acesso em 23 de julho de 2012.

World Health Organization (WHO). Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences. WHO/NMH/CHP/09.01. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/en/index.html>. Acesso em 23 de julho de 2012.

Williams SJ, Higgs P, Katz S. Neuroculture, active ageing and the older brain. *Sociology of Health & Illness*, 34(1): 64–78. 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.2011.01364.x/pdf>. Acesso em 27 de julho de 2012.

Zorzanelli, RT, Ortega F. Cultura somática, neurociências e subjetividade contemporânea. *Psicologia & Sociedade*; 23 (n. spe.), 30-36, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23nspe/a05v23nspe.pdf>. Acesso em 27 de julho de 2012.

SAÚDE E DETERMINANTES: DA REALIDADE À PREVENÇÃO

PROF. DOUTOR JOÃO AMADO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

ARTIGO | PAPER

A saúde é o bem base que, possibilitando a vida, constitui o seu suporte e garantia. Por isso, o holístico e abrangente âmbito que envolve, reporta-a ao todo do ser que influenciado, influencia. E, assim refletindo, caímos nos determinantes que, não sendo fatalidade, são envolventes modificantes e modificáveis do ser que os gera ou sofre. A mudança inerente e permanente ao processo de vida cria o presente da realidade que vivemos, sempre no condicionamento da que viveremos ou deixaremos de ter oportunidade de usufruir. E, como seres em relação, está também nas nossas mãos o futuro que em comunidade nos pertence e é dever nosso (possibilitar) vivermos. Sobretudo com o foco no nosso país iremos percorrer esta viela de abordagem.

De onde partimos: fatores idiosincráticos e ambientais

Conscientes de que a saúde/doença não se distribui aleatoriamente na população e de que há fatores in- e extrínsecos que a condicionam, o ponto de partida com que a enfrentamos poderá ser a pergunta que, em termos de abordagem comunitária dos processos de saúde/doença, é aquela que, adaptando, nos é sugerida pela do modelo clínico de Roy Acheson, citado por Rose (1985). Diríamos: "Por que tem **este** doente (**esta** comunidade), **esta** doença (situação), **neste** momento, **neste** lugar e **como** pode ser ela controlada ou prevenida (promovida)?" E o código de acesso pelo qual a abordamos são as chaves da genética e do ambiente.

O Plano Nacional de Saúde para 2012-2016 sugere como modelo dos determinantes de saúde o proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), o qual, por círculos centrípetos e fatiados, nos vai alargando as influências exercidas sobre o nível de saúde conseguido/vivenciado desde a genética (hereditariedade) e fatores congénitos até às condições socioeconómicas, culturais e ambientais (DGS, 2012a).

Mais recentemente Green *et al.* (2008) apresentam-nos em diagrama de fluxos um modelo acerca da sua visão (inter-relações) do complexo sistema entre o estilo de vida, o ambiente e a situação de saúde. Intrincado e interdependente como é o próprio homem, poderá dizer-se que é um esquema de interdependências no qual a independente é a mesma base genético-constitucional. Mas mesmo aqui (e tanto neste como no dos autores antes referidos) a influência é exercida porque o próprio ADN, se bem que constitutivo, não é imutável. É esta uma percepção importante sobretudo quando falamos de consequências a nível comunitário e de transmissão de programação biológica e de seleção da espécie à qual pertencemos. Poderíamos mesmo afirmar que a genética é o nosso capital e o ambiente, os dividendos do nosso investimento sabendo nós que tudo, ou quase tudo, é compreendido (suportado) pela genética e que tudo, ou quase tudo, é explicado (condicionado) pelo ambiente. Os fatores genéticos dos quais dependemos para existir (sexo, marcadores, etc.), a idade, o estado nutricional, a imunidade/doença, a condição física, a personalidade e a atitude psico-espiritual, entre outros, modelam o efeito que o ambiente determina. Por seu lado, os fatores ambientais que afetam a nossa saúde, no molde da genética herdado, propiciam-nos o meio de troca em que, adaptando-nos, necessariamente temos de existir e, sempre em retromodulação ainda, à nossa medida genético-constitucional, condicionam o próprio ambiente, também por nós modelado (Amado *et al.*, 1991; Hart, 2008). Foi esta mesma verificação que tanto consagrou Hipócrates como médico (no século V aC), ao objetivar a concretização do projeto que somos e ao associá-lo às interações entre a constituição e o ambiente em "Nos ares, nas águas e nos lugares", bem como John Snow, enquanto epidemiologista (no séc. XIX), ao determinar o risco de cólera em Londres em estudos, a par e passo, sequencialmente mais apropriados (Bonita *et al.*, 2006). Também, Ricardo Jorge, com um método idêntico, "duplicará" o estudo para "a peste no Porto" (1899-1901), adivinhando (miniaturalmente) os riscos que adviriam da migra-globalização que hoje enfrentamos. E, em termos de prevenção, também o ambiente fornece informações importantes quando, atentos, somos interrogados pela diferente suscetibilidade dos indivíduos ou da comunidade. Assim aconteceu, por exemplo, com William Budd (base contagiosa da febre tifoide) e com Pasteur (bases da prevenção infeciosa e da vacinação) ficando, deste em memorial, a célebre afirmação de apelo à resolução dos problemas, não nas consequências mas enquanto emergentes nas fontes causais: "confesso que, ao pensar numa doença, nunca tive a intenção de lhe encontrar um remédio mas, pelo contrário, de encontrar um remédio capaz de a prevenir."

Uma base importante para analisarmos a realidade das condicionantes de saúde na ótica da prevenção passa primordialmente por, de forma célere e económica, coligir as fontes de informação específicas. Muitas vezes fica encontrado o contexto de análise. Observamo-lo, por exemplo, quando nos debruçamos sobre os gráficos da evolução decrescente verificada tanto seja, por um lado, da ocorrência de febre reumática na Dinamarca (1862-1962) e da mortalidade por tuberculose em Inglaterra e País de Gales (1840-1968) independentemente das descobertas de antibióticos ou intervenções sanitárias como seja, por outro, do acontecido com a evolução da erradicação da varíola (1967-1978) decorrente da generalizada imunização com a administração da vacina (Bonita et al., 2006).

Se a saúde-doença é um acontecimento não aleatório também a fôrma com que a acolhemos e a forma como a expressamos varia de acordo com o que apelidamos de risco associado. Encontramos então expressão de: associações/relações de efeito retardado (por ex. álcool e acidentes, anemia e sintomatologia, pressão intraocular e glaucoma); relação linear direta (fumo de tabaco e cancro do pulmão, radiação e cancro); efeito crescente mas geometricamente transformado a partir de determinada exposição (idade materna e síndroma de Down, osteoporose e fratura, pressão arterial e doença cardiovascular); e curva em U -- descendente, em plataforma e ascendente contínua em vaga- (peso e mortalidade, pressão arterial e sintomatologia) (Bonita et al., 2006).

Em qualquer acontecimento (de saúde, doença e morte) temos sempre a ter em conta duas incondicionais variáveis biológicas "major": a idade e o sexo. Podemos, em saúde da comunidade, avaliar a sua importância partindo seja da comparação das pirâmides etárias intra população (diferentes censos) e inter populações, descontando o envelhecimento, os índices de fertilidade, de dependência, etc., seja da morbilidade e mortalidade comparando-as por idade (ou grupos etários) e sexo na população (INE; Grundy, 2008; Amado et al., 1992), ou, ainda, avaliar pelo percurso do ciclo vital, a apreciação do estado de saúde e a sua percepção pela perda do capital ao longo do mesmo curso (INE; DGS, 2012b). Como se torna visível através dos gráficos, as alterações demográficas condicionarão os desfechos e as intervenções a efetuar a médio/longo prazo, a evolução da esperança de vida ao longo das idades e o diminuir da diferença entre os sexos; e, nestes, desde o afastamento ao convergir e ao inverter das curvas ao longo das mesmas idades.

O que nos condiciona: fatores socioeconómicos

Já no século XIX Edwin Chadwick, parafraseado por Gonçalves Ferreira e por nós adaptado, sintetizava, em "o círculo vicioso pobreza-doença", o que é considerado juntamente com a educação, o grande risco de doença e de morte: "as pessoas adoecem porque são pobres, empobrecem porque estão doentes e continuam doentes porque permanecem pobres". Verificamo-lo nos gráficos de mortalidade quando comparamos países em desenvolvimento e desenvolvidos (UNDP, 2011; Ferreira, 1990). Na realidade, os pobres morrem sempre mais e com taxas específicas mais elevadas para todas as doenças. Situação que abrange também a morbilidade para as doenças, seja as transmissíveis (infecciosas) seja as não transmissíveis. E, recentemente, Beaglehole associa a pobreza, as doenças não transmissíveis e os objetivos de desenvolvimento do milénio, reforçando-se destes objetivos, o primeiro elemento chave "**Reducir para metade a pobreza extrema e a fome até 2015**" (Beaglehole et al., 2011). É o assumir, como problema estruturante da sociedade, o peso do fator que se encontra condicionante de tantos indicadores de saúde como os da esperança de vida, da mortalidade infantil e da dos de menos de 5 anos e, da mortalidade materna. Do mais elucidativo é o que se passa com a mortalidade infantil, mesmo no que se reporta ao nosso país. Atingimos o ponto da civilização entre 1973-1974 (lembra, de Gonçalves Ferreira, os despachos 413/71 e 414/71 e, já antes, as intervenções do Instituto Maternal): analisemos a evolução da mortalidade infantil com o decurso dos anos e associemo-la à desagregação das causas específicas de mortalidade nos anos em análise; as causas evitáveis e vinculadas à melhoria das condições socioeconómicas é patente; e, embora limitados pelos pequenos números e pela necessidade de associar anos, vemos que, para os últimos dados de 2008, a interioridade ainda paga a fatura desse afastamento civilizacional. (OMS; DGS, 2012b)

Em relação com a capacitação económico-social está a ocupação que vem em decorrência também da escolaridade. E verificamos que, tal como com a pobreza, os indicadores de doença e de morte, também se lhe associam: seja a taxa de mortalidade infantil, seja a taxa de mortalidade para homens e mulheres dos 15 aos 60 anos de acordo com o PIB inter países, seja a específica em homens dos 15-64 anos por classe social (Hart, 2008; Bonita et al., 2006). Corre, inerente a esta situação social, o nível de escolaridade. Foquemo-nos apenas na escolaridade da mulher e, especificamente, na sua característica de procriadora. Também aqui os objetivos do milénio no seu ponto 4. **Reducir em dois terços a mortalidade infantil até 2015**, a ela fazem referência quando se afirma que esta mortalidade específica "está fortemente relacionada com o rendimento e o nível de escolaridade da mãe" e, particularmente, "as crianças que têm mães com instrução pelo menos ao nível secundário têm também duas vezes maior probabilidade de sobreviver do que as crianças de mães com um nível de escolaridade inferior"; e o parágrafo deste ponto 4. conclui: "Uma criança que nasça num país em desenvolvimento tem 13 vezes maior probabilidade de morrer antes dos 5 anos de idade do que uma criança que nasça num país industrializado". Nada do que nós desde há já longos anos atrás não o pudéssemos afirmar ao olharmos para os dados da taxa de mortalidade infantil segundo o nível de instrução da mãe, nas publicações do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS): de uma mãe analfabeto até uma com curso superior, o gradiente de risco sempre crescente subia, por ex. para os dados de 1992, 5 (cinco) vezes mais (DEPS, 1994; OMS).

Na ótica da prevenção, temos à cabeça, dos fatores sociais como determinantes da nossa saúde, o hábito do tabaco. Considerando os anos de vida potencialmente perdidos, temos ainda a considerar os acidentes de viação, as doenças cardio e cerebrovasculares e os tumores malignos. Os acidentes de viação porque, de forma violenta, ceifam vidas jovens e, na quase totalidade dos casos, consequência de comportamentos viários desajustados; as doenças, tanto as vasculares como as neoplásicas, grandemente dependentes de hábitos induzidos ou adquiridos e atitudes menos apropriadas face à alimentação adequada. Na verdade, sabemos desde há muito mas com a confirmação dos estudos também há muito implementados (nomeadamente o de Ancel Keys conducente à "descoberta" da dieta mediterrânea), quanto importante e decisiva é a alimentação na evolução dos indicadores de saúde quer individual ("nós somos aquilo que comemos" nas palavras do Relatório do Senado Americano em 1977), quer coletiva. E sabemos também que, como afirmam Doll e Petto (1981), três quartos dos cancros dependem do modo de vida (ambiente) e quatro quintos podem ser evitados, podendo a alimentação representar até 60% desse peso (Doll, 1989; Doll *et al.*, 1981). Por fim, mas não com peso menor, temos o fumo do tabaco, o fator que isoladamente mais contribui para a degradação da saúde. A panóplia de riscos e doenças que lhe estão associadas fazem dele um alvo privilegiado de intervenção (oxalá o fosse!) de toda a política social e dos profissionais de saúde, de modo especial.

Pensando nos indicadores comunitários e nos determinantes da saúde vemos como a ordenação das causas de morte ligadas a estes fatores (doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes) (DGS, 2012b; RORENO, 2006) e a morbilidade, nomeadamente a incidência do cancro, com eles se podem associar.

Pela sua importância comunitária e consequências sociais há que selecionar ainda, pelas repercussões que a prevenção pode representar para o seu controlo e diminuição, a obesidade, a doença mental, a hepatite C e o SIDA. A obesidade foi considerada como sendo a "epidemia do século XXI". Em Portugal 50-55% das pessoas apresentam excesso de peso das quais 13-15% obesidade; os custos indiretos (estimados para 1996 e para o grupo etário 15-64 anos) cifravam-se em cerca de 170 milhões de euros (hipertensão, diabetes, insuficiência cardíaca, cancro) sendo 70 correspondentes a morbilidade (com 1,6 milhões de dias de incapacidade) e 100 a mortalidade (com 18733 potenciais anos de vida perdidos). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) mais de 350 milhões de pessoas sofrem de depressão e esta é a principal causa de incapacidades e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes; entre nós atinge 20% dos portugueses, exigindo por isso, atenção particular. A hepatite C é uma doença encoberta que afeta no mundo 200 milhões de pessoas, na Europa 5 milhões e em Portugal 100 a 150 mil sendo desconhecida por 80% dos casos. O SIDA foi apelidado de "epidemia oculta" pela OMS e a sua prevalência, talvez em curva de crescimento menos acelerada no grupo 15-49 anos, não se repercute no crescente número total de pessoas que vivem com VIH e SIDA (Bonita *et al.*, 2006). Estas doenças infeciosas constituem o desafio a novas estratégias para alteração de comportamentos e atitudes conducentes a uma melhoria dos indicadores atuais.

Por onde e como caminharmos: fatores de risco

Partindo do conhecimento existente e nele fundamentados, poderemos, de forma mais segura, saber como e por onde caminhar. Mas sem esquecer, também, de que, como afirmava Peter O'Neill já em 1983, "na crença cega de que a ciência, os médicos e os hospitais encontrarão sempre um remédio, nós martirizamos o nosso corpo, em lugar de começar por prevenir as verdadeiras causas das doenças" (O'Neill, 1983).

Como chave estratégica de intervenção que, para ser eficaz, terá de se garantir globalmente, a base de sustentação serão as áreas da pobreza e educação: nelas se terá de prioritariamente intervir como alicerces de uma construção individual e comunitariamente saudável. Em escala de intervenção crescente e conforme estes diferentes níveis, assim emergirão os processos (estilos e condições de vida e comportamentos) com realce para o que, na comunidade, representam as grávidas e as crianças e, na população, a família, a escola e o local de trabalho para os tipos de intervenção (redução de riscos, prevenção e promoção) (Amado, 2000).

Reforçando já o que anteriormente foi afirmado e, considerando as doenças, o ponto de partida poderá ser, conhecer os fatores de risco e os conhecidos determinantes do comportamento a eles associados. Sumariando poderemos afirmar que: os grandes denominadores comuns, para o risco, são o fumo de tabaco, a alimentação, a inatividade física e o álcool; para os determinantes comportamentais, a elevada ingestão calórica, de gordura e de sal; e, para os dependentes do comportamento sexual, a educação e atitudes práticas de relação afetiva equilibrada (Amado, 2012; Green *et al.*, 2008). Poderíamos, assim, resumir para todas as idades, esta estratégia básica de redução de riscos em cinco pontos: redução do fumo do tabaco, consumo moderado de álcool, exercício físico apropriado, alimentação saudável e controlo do peso. E, em termos de população alvo, também em todos os grupos etários, não descurar, antes maximizar, a intervenção sobre o potencial que em nós será inscrito pelas "nossas" avós e presentes ou futuros pais.

Pelo caminho que viajamos: no percurso do envelhecimento.

Somos um ser que domina e é dominado pelo saber, melhor, pelo conhecer. E, por ele, somos criadores e gestores do nosso próprio crescimento e vitalidade. A memória que da espécie transportamos fizemo-la mesmo biologicamente, potenciando-a em longevidade através do domínio que o conhecimento nos deu sobre o próprio ser: demos e vamos dando à vida os mais anos que a vida nos vai podendo oferecer. Fomos acrescentando à esperança de vida, sobretudo no último século, anos e mais anos, que quase nos levam à ilusão de um percurso ilimitado desta biológica forma de vida, não fossem as condicionantes adversas e a competição que com os outros seres vivos temos de enfrentar. Mas vida esta que terá um fim, mais ou menos próximo, sempre limitado. Por isso é decisivo e inalterável: se almejamos não morrer precocemente, a consequência é envelhecermos. E o desafio será então, envelheçamos de forma saudável!...Para que não venhamos a cair no que tão bem exprimem as palavras do Prof. Massano Cardoso: "... É curioso ver que aquilo que o homem sempre desejou – ou seja, viver cada vez mais afastando o momento da morte – constitui hoje em dia sinónimo de tristeza e de angústia" (Cardoso, 1990). Sobretudo, quando considerarmos que os nossos anos de vida sem incapacidade podem corresponder apenas a 60-80% do nosso tempo disponível competir-nos-á, como profissionais de qualquer área, velar para que a curva de funcionalidade se mantenha o mais elevada possível durante o maior tempo vivido e que o limite deste corresponda à inflexão mais acentuada daquela.

Que estratégia para o conseguir? Bowden (2010) de forma evidenciada e prática consegue resumi-la em quatro grandes processos influenciadores a que denomina cavaleiros do envelhecimento. A saber, lesão oxidativa (radicais livres), inflamação, glicação e stresse:

- a) Lesão oxidativa devida aos radicais livres, moléculas lesivas criadas a partir do oxigénio. A alimentação diversificada e rica em fruta e vegetais desempenha aqui um importante preventivo (Candeias et al., 2005);
- b) A inflamação é a forma de reação do organismo à lesão ou agressão. É, muitas vezes, um processo desapercebido apelidado de "assassino silencioso". E, aqui também, necessário é ter sempre em consideração que "a alimentação é provavelmente a mais potente droga (fármaco) que temos no nosso arsenal anti-envelhecimento" (Bowden, 2010);
- c) A glicação é o que resulta da conversão das moléculas de açúcar (hidratos de carbono) em proteínas. A dieta equilibrada contendo a dose adequada de carne faz o aporte necessário de carnosina, contrapeso neste processo de glicação;
- d) Stresse. Ainda bem que temos o stresse a surpreender-nos no tempo e modo necessários. Compete-nos (e é a nossa sobrevivência) saber lidar com ele, retirando o maior partido das exigentes situações surpresa ou de tensão (emocional, mental ou física) com que, dia a dia, nos deparamos. Não despiciamos a importância seja do sono no adequado biorritmo seja da tranquilidade gerada pela espiritualidade seja da valorização das relações afetivas familiares e sociais.

E, em termos comunitários, como estruturar uma estratégia de médio-longo prazo nestas que consideramos a 3^a e 4^a idades? Para o nosso tempo e contexto social, sumarizando-a em sete aspetos, propiciando condições para: a) aumentar a **fertilidade** no, se possível ainda maior, apoio à sobrevivência das gerações que se nos seguiram ou seguirão; b) promover a **atividade física**, condição necessária não só para a autoestima e independência como também em contributo para c) manter o **estímulo mental** que é o indicador e o modulante do próprio envelhecimento; d) fomentar o **convívio social e a afetividade**; e) propiciar o **equilíbrio psico-afetivo intergeracional** tanto ad intra como ad extra estando, neste particular evidenciada a partilha com os infantes; e, ainda, especificamente em termos de cuidados de saúde, f)prestar atenção à **polimedicação** e não descurar g) rastrear a **hipertensão, diabetes e o cancro** (Amado, 2012, Azeredo, 2011).

Cumpriremos o nosso grande desafio: "conduzir" o homem a viver intensa e longamente e...a morrer saudável!

BIBLIOGRAFIA

- Amado J., Neves MCS. e Calheiros JM (1991) - Epidemiologia - Promoção da Saúde, Prevenção da Doença. O Médico, 2031: 549-553.
- Amado J e Neves MCS (1992). Epidemiologia e Envelhecimento Demográfico. Geriatria, 44: 15-18.
- Amado, J (2000). Saúde Comunitária-Saúde Pública: Razão e fundamentos de ensino numa estrutura curricular. Relatório Pedagógico, ICBAS, Universidade do Porto.
- Amado J (2012). A educação em saúde como estratégia de promoção de saúde. In: Cláudia Moura C, Palha, A, Proen-

ça A, Amado J, et al. Processos e estratégias do envelhecimento. Cláudia Moura (Euedito).

Azeredo Z (2011). O idoso como um todo. Psicosoma, Viseu (ISBN: 978-972-8994-27-3).

Beaglehole R, Bonita R, Horton R et al. (2011). Priority actions for the non-communicable disease crisis. Lancet; 377: 1438-47.

Bonita R Beaglehole R and Kjellstrom T (2006). Epidemiologia Básica. 2^a edição. (tradução de Basic Epidemiology. World Health Organisation. Geneva). Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda S. Paulo, Santos (Brasil), 2010.

Bowden J (2010). The most effective ways to live longer. Fair Winds Press. Beverly, Massachusetts.

Candeias V, Nunes E, Morais C, Cabral M e Silva P (2005). Princípios para uma alimentação saudável. Direção Geral da Saúde, Lisboa. ISBN: 972-675-141-1

Cardoso SM (1990). Epidemiologia do Envelhecimento. Geriatria, 24: 28-30

DEPS (1994)– Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Elementos Estatísticos, Saúde/92. Ministério da Saúde, Lisboa.

DGS (2012a) (Direção Geral da Saúde). Plano Nacional de Saúde 2012-2016) in: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/> . Consulta em 24 de outubro 2012.

DGS (2012b) (Direção Geral da Saúde). in: <http://dgs.pt/> . Estatísticas. Consulta em 24 de outubro 2012.

Doll R. (1989). The Prevention of Cancer: Opportunities and Challenges. In: Reducing the Risk of Cancers. Eds: Heller T., Davey B. and Bailey, L. Open University. Kent. Chp. 1, pg 14-25.

Doll R and Peto R (1981). The Causes of Cancer: Quantitative estimates of avoidable Risks of Cancer in the United States Today. J. Natl. Cancer Inst, 66: 1191.

Ebrahim S and Byles J (2009). Health of older people. In: Detels R, Beaglehole, Langsang, Mary Ann, Gulliford, Martin. Oxford Textbook of Public Health. Oxford University Press, New York, 5th edition. Chpt. 11.7.

Ferreira FAG (1990). Moderna Saúde Pública. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa. 6^a Ed.

Green L, Simons-Morton D e Potvin L (2008). Education and life-style determinants of health and disease. In: Detels R, Beaglehole R, Lansang MA. Gulliford M. Oxford Textbook of public health. Oxford University Press, New York. (5th edition). Chpt 7.

Grundy EMD. (2008). Populations and population dynamics. In: Detels R, Beaglehole R, Lansang MA. Gulliford M . Oxford Textbook of public health. Oxford University Press, New York. (5th edition). Chpt 5.

Hart N (2008). The Social and economic environment and human health. In: Detels R, Beaglehole R, Lansang MA. Gulliford M. Oxford Textbook of public health. Oxford University Press, New York. (5th edition). Chpt 6.

INE. Instituto Nacional de Estatística. Censos. http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao

OMS. Objetivos de Desarrollo del Milenio. In: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/. Consulta em 24 de outubro 2012.

O'Neill PD (1983). La santé en péril pour l'an 2000. Organization Mondial de la Santé. Copegnague

RORENO (2006). Registo Oncológico Regional do Norte - 2006. Porto. <http://www.roreno.com.pt/> . Consulta em 24 de outubro 2012.

Rose G (1985). Sick Individuals and Sick Populations. International Journal of Epidemiology; 14: 32-38.

UNDP (2011) - Sustainability and Equity: A Better Future for All -- Human Development Report 2011. Published for the United Nations Development Programme (UNDP) In: - <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/download/>

A AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS: UMA FORMA DE DIAGNOSTICAR O ESTADO DE SAÚDE E AVALIAR A EFICÁCIA DOS CUIDADOS

**PROF. DOUTOR MANUEL LOPES, PROF. DOUTORA ANA ESCOVAL, PROF. FELISMENA MENDES,
PROF. DULCE PEREIRA, PROF. CARLA PEREIRA, PROF. CATARINA CARVALHO, ENF. CÉSAR FONSECA**

UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLAR SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS | ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA | ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR. LOPES DIAS

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

RESUMO | ABSTRACT

Problema e objetivos - avaliar a funcionalidade dos idosos do Alentejo, com o objetivo de, conhecer o perfil de funcionalidade da referida população e sinalizar as suas limitações funcionais.

Enfoque teórico - Optou-se por uma abordagem centrada na funcionalidade entendida como a capacidade do indivíduo para realizar as atividades da vida diária e para participar em várias situações da vida e da sociedade, incluindo as dimensões, física, emocional e cognitiva. Adoptou-se a Classificação Internacional da Funcionalidade de Organização Mundial de Saúde.

Metodologia - Estudo transversal, descritivo; amostra aleatória, estratificada com 903 idosos; nível de confiança 95%; margem de erro 2,5%. Questionário desenvolvido com base na Classificação Internacional da Funcionalidade; dados recolhidos através de entrevista estruturada por profissionais de saúde nos Centros de Saúde do Alentejo.

Resultados: Idosos do Alentejo são maioritariamente do sexo feminino; 30,7% declaram-se analfabetos, 29,2% tem um Índice de Massa Corporal que denunciam excesso de peso, e 11% apresenta baixo peso. As necessidades de alimentação (18,7%), habitação (19,2%) e saúde (26,0%) não estão satisfeitas. Funções de orientação preservadas em 83,4%; 58% dos idosos refere uma intensidade de dor que requer cuidados. 73,3% dos idosos não apresenta dentição funcional. Níveis de desempenho superior a 80% nas atividades de participação: lavar-se (82,6%), atividades relacionadas com o processo de excreção (92,2%), vestir, comer, beber (89%).

Conclusão: Decréscimo progressivo da funcionalidade à medida que a idade avança, todavia está preservada em grande parte das dimensões até cerca dos 75 anos.

ARTIGO | PAPER

Introdução

Quando nos propusemos realizar este estudo, como sempre, tínhamos algumas certezas, mas prevaleciam as dúvidas, razão esta fundamental para o seu desenvolvimento. De entre as certezas destacamos:

- os evidentes sinais de envelhecimento demográfico em todo o mundo, mas particularmente no nosso país e por maioria de razão na região que escolhemos para desenvolver o estudo – o Alentejo;
- a evidência que se vai acumulando que perspetivar a saúde dos idosos tendo apenas em consideração o somatório das suas doenças é redutor;
- a representação que se vai propagando de um certo ideal de juventude e uma evidente aversão aos sinais de velhice, com associação entre esta e doença, sofrimento e perda de faculdades;

Algumas destas certezas são factos imutáveis com os quais inexoravelmente temos que nos confrontar. Tal é o caso dos envelhecimento demográfico do país e da região.

Algumas outras, sendo problemas novos, exigem soluções novas, novas formas de os repensar. Tal é o caso da avaliação da saúde dos idosos. Ou seja, entre os idosos, a doença crónica tem uma elevada prevalência e predomina a multimorbilidade. Apesar disso, podem colocar-se as seguintes questões: e como vivem os idosos com tanta doença crónica? Que capacidade têm de cuidar de si próprios? Em que dimensões da sua vida precisam de ajuda? Como é que as doenças crónicas interferem com a capacidade de cuidar de si próprio?

Estas são também algumas das nossas dúvidas. A tentativa de resposta a estas questões obrigou-nos a encarar a avaliação da funcionalidade como uma possível resposta. Com efeito e de acordo com Parahyba & Sil (2006), a avaliação da capacidade funcional vem-se tornando um instrumento particularmente útil para avaliar o estado de saúde dos idosos, porque muitos têm várias doenças simultaneamente que variam em severidade e provocam diferentes impactos na vida quotidiana. De acordo com aqueles autores, o desempenho funcional dos idosos, ou seja, a sua capacidade de vivenciar as atividades quotidianas sem a necessidade de auxílio, mostra-se mais significativa na vida dos mesmos do que a presença de doenças, sinais clínicos ou, até mesmo, questões biomecânicas. Também a OMS (2002) reconhece que apenas o diagnóstico não permite prever as necessidades dos serviços, tempo de internamento, nível de cuidados ou os resultados funcionais.

A avaliação funcional dos idosos torna-se, assim, essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e os cuidados necessários.

Estas foram as razões com base nas quais nos propusemos avaliar a funcionalidade dos idosos do Alentejo, com o objetivo de:

- Conhecer o perfil de funcionalidade da referida população e
- Sinalizar as suas limitações funcionais.

Enquadramento conceptual

Envelhecimento e demografia

Segundo a Organização das Nações Unidas (2011), o envelhecimento populacional a nível mundial não tem precedentes na história da humanidade, sendo expectável que no século XXI o fenómeno se acelere. Este fenómeno tem características globais no sentido em que afeta toda a sociedade a todos os níveis, exigindo alterações sociais profundas. Aquela Organização afirma ainda que este será um fenómeno duradouro não sendo expectável que retornemos a um perfil demográfico jovem.

Em Portugal as pessoas com 65 e mais anos têm vindo a aumentar continuamente. Assim, em 1960 representavam 7,8% do total da população, mas em 2011 já representavam 19%, o que corresponde a um crescimento de 4,5% ao ano. As estimativas para os próximos 50 anos vão no sentido de manutenção de uma taxa de crescimento elevada (cerca de 3,5% ao ano), pelo que em 2060 Portugal será dos países mais envelhecido da EU-27 (EC, 2011).

No período 2001-2010 observou-se em Portugal um aumento de 2,98% da população em geral, todavia o aumento da população com mais de 65 anos foi de 13,05% e o da população com mais de 75 foi de 27,82%, com ligeiro predomínio das mulheres (INE, 2011).

Portugal, quando comparado com os restantes países do mundo e da Europa, apresenta rácios de dependência dos mais elevados, com taxas brutas de natalidade e de fecundidade muito baixas. O Rácio de Dependência de Idosos em Portugal previsivelmente será de 57,2 em 2060 (EC, 2011b) o que se poderá comparar com 12,4 verificados em 1960 ou com 27,0 em 2010.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011a), a Região do Alentejo¹ tem uma população total de 509.741 pessoas, sendo 48,5% homens e 51,5 mulheres. As pessoas com 65 e mais anos de idade totalizam 129.033 pessoas, que representam 25,3% do total. Observou-se nas últimas duas décadas um aumento de 9,9% em relação a este grupo etário. Deste modo, a região do Alentejo é das mais envelhecidas, com uma percentagem da população com 65 anos ou mais a rondar os 25,3% (INE, 2011a). Na distribuição da população por sexo, relativamente ao grupo etário dos 65 ou mais anos verifica-se a predominância das mulheres (57,01%), face aos homens (42,98%). A preponderância da população feminina é reforçada à medida que a idade avança. Nesta região e de acordo com estes dados, o agravamento do Índice de Dependência Total resulta principalmente do aumento do Índice de Dependência de Idosos que teve um incremento de cerca de 21% na última década. O Índice de Dependência de Jovens teve, no mesmo período, um comportamento contrário, assinalando uma diminuição de cerca de 6% (INE, 2012). O Alentejo apresenta um índice de envelhecimento de 179, portanto, 50 pontos acima do índice nacional.

¹ A Região do Alentejo considerada para este estudo engloba o Alto Alentejo, Alentejo Central, Alentejo Litoral e Baixo Alentejo

Teorias do Envelhecimento

Não há apenas uma, mas diversas teorias do envelhecimento, pelo que optámos por as resumir agrupando-as em teorias biológicas, teorias psicológicas e teorias sociológicas.

Relativamente às teorias biológicas constata-se uma enorme diversidade, o que acentua a natureza complexa e multicausal do fenómeno do envelhecimento, mesmo ao nível biológico. Estas diversas teorias, de acordo com alguns autores (e.g., Cristofalo, Tresini, Francis, & Volker, 1999), podem agrupar-se em Teorias Estocásticas e Teorias de Desenvolvimento Genético. As primeiras tentam explicar o processo de envelhecimento como o resultado da acumulação de agressões ambientais, as quais atingirão progressivamente um nível incompatível com a vida. As segundas propõem que o processo de envelhecimento é contínuo com os mecanismos de desenvolvimento e provavelmente opera através dos mesmos e portanto é geneticamente controlada e programada.

As teorias psicológicas constituem-se como um outro grande grupo de teorias explicativas do processo de envelhecimento, podendo as mesmas dividir-se em função de diferentes critérios nem sempre mutuamente exclusivos (e.g., ramos - desenvolvimento cognitivo, desenvolvimento da personalidade, desenvolvimento social; áreas tópico – memória, aprendizagem, sensação e percepção, psicolinguística, etc.). As teorias psicológicas do envelhecimento tentam explicar as múltiplas alterações no comportamento individual ao longo desta fase do ciclo de vida.

Pode dizer-se que as teorias sociológicas do envelhecimento estudam o contexto no qual o processo de desenvolvimento ocorre, portanto, a dimensão participação acaba por aparecer valorizada através destas teorias.

Uma Perspetiva da Funcionalidade Humana

A funcionalidade pode definir-se como capacidade do indivíduo para realizar as atividades da vida diária e para participar em várias situações da vida e da sociedade, incluindo as dimensões, física, emocional e cognitiva (Jette & Haley, 2000). Logo, a avaliação funcional refere-se ao processo de identificar e descrever, num continuum, a funcionalidade da pessoa. Autores como Bierman (2001) e Bickenbach, (2003) afirmam que o estado funcional além de ser um indicador do estado de saúde, é um ótimo indicador de previsão dos custos dos cuidados de saúde na comunidade de pessoas idosas.

Para classificar a funcionalidade a Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF), a qual se pode apresentar como um novo sistema de classificação inserido na Família de Classificações Internacionais da OMS, constituindo o quadro de referência universal adotado por aquela organização para descrever, avaliar e medir a saúde e a incapacidade quer ao nível individual quer ao nível da população.

Neste contexto, importa desenvolver um instrumento de avaliação dos idosos (Bowling, Gooberman-Hill e Ebrahim, 2007; Grill et al, 2007), com base numa classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde. Tal instrumento possibilitará o desenvolvimento e monitorização dos índices da saúde dos idosos, que se possam vir a traduzir na demonstração de ganhos ao nível dos indicadores de saúde e económicos (Grill et al, 2007).

No sentido de conhecer instrumentos idênticos já desenvolvidos, realizámos uma revisão sistemática da literatura através da qual foram identificados um conjunto de códigos das diversas categorias da CIF, utilizados na classificação da funcionalidade das pessoas com mais de 65 anos de idade (Pereira et al. 2011). De entre os principais achados desta revisão destacamos:

- o facto de não termos encontrado nenhum core set cujo objetivo fosse a avaliação da funcionalidade dos idosos;
- termos encontrado muitos core sets cujos objetivos são a avaliação da funcionalidade dos idosos em situações específicas de saúde (e.g., doença reumática);
- termos identificado as categorias CIF utilizadas nestes últimos core sets.

A identificação destas categorias permitiu-nos ter uma base de trabalho para iniciar o processo de criação do Core Set dos Idosos, instrumento usado na avaliação da funcionalidade da população com mais de 65 anos no Alentejo.

Metodologia

O processo de desenvolvimento do Core Set dos Idosos exigiu a adoção de diferentes metodologias em função das diferentes fases. O estudo relativo à avaliação da funcionalidade dos idosos do Alentejo, do qual se aqui faz testemunho, pode classificar-se como transversal e descritivo porque tenta retratar a realidade num determinado momento e porque é um exercício exploratório que pretende descrever uma situação.

A população do estudo foi constituída pelos idosos residentes na região do Alentejo (excluindo Lezíria). A amostra foi constituída por pessoas com mais de 65 anos a 31 de Janeiro (inclusive) de 2011, registados nas bases de dados da

Administração Regional de Saúde do Alentejo (excluindo Lezíria). Para definir a dimensão da amostra consideraram-se dados disponibilizados no sítio do INE da População residente (N.º) por região, ao nível da NUTS II, Sexo e Grupo etário (65-74; 75-84; 85 e mais anos). O período de referência dos dados é 2009, uma vez que eram os últimos disponibilizados pelo INE à data. Considerou-se um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 2,5%, identificando-se uma amostra 1518 indivíduos com mais de 65 anos de ambos os sexos residentes na região do Alentejo. Para estratificar a amostra recorreu-se as seguintes critérios: intervalos etários (65-74, 75-84, + 85); sexo; concelho de residência.

A repartição da dimensão total da amostra pelos estratos foi feita pela afetação ótima de Neyman. O dimensionamento inicial da amostra foi feito considerando a ponderação de cada estrato em função da sua dimensão na base de amostragem e da variabilidade (o facto de não se conhecer a variância leva-nos a usar variância máxima).

A seleção da amostra foi efetuada, em cada estrato, mediante seleção aleatória simples sem reposição, com utilização de números aleatórios em cada estrato. Para a seleção da amostra foram utilizadas as bases de dados dos centros de saúde.

A colheita de dados foi levada a cabo pelos profissionais de saúde, após terem sido sujeitos a formação sobre avaliação de funcionalidade com base na CIF.

Desenvolveram-se os necessários procedimentos éticos, nomeadamente a sujeição do estudo à Comissão de Ética para as Ciências da Saúde da Universidade de Évora e a obtenção do consentimento informado por parte de todos os participantes no estudo.

O tratamento de dados foi realizado com recurso ao SPSS®, fazendo-se uso essencialmente de estatística descritiva.

Apresentação dos resultados

Os dados que a seguir se apresentam são os resultados parcelares relativos à avaliação da funcionalidade dos idosos do Alentejo. O total de indivíduos que foram sujeitos a avaliação da funcionalidade (N) foi de 903. Verifica-se uma ligeira diferença face ao cálculo inicial da dimensão da amostra (1518). Após análise estatística constatou-se que essa diferença não é significativa (p -value Chi-Square Tests > 0,05).

Caracterização Sóciobiográfica

A amostra foi constituída por 43,2% de indivíduos do sexo masculino e 56,8% do sexo feminino. Foram definidos três grupos etários (i.e., 65-74; 75-84; 85 e mais anos) sendo a distribuição pelos mesmos a seguinte: 40,2% com idade compreendida entre os 65 e os 74 anos, 45,8% com idade compreendida entre os 75 e os 84 anos e 14% com idade igual ou superior a 85 anos (ver tabela 1).

		Idade categorizada			Total	
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos		
Sexo	Masculino	N	163	180	47	390
		%	18,1%	19,9%	5,2%	43,2%
	Feminino	N	200	234	79	513
		%	22,1%	25,9%	8,7%	56,8%
Total		N	363	414	126	903
		%	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%

Tabela 1 - Distribuição da amostra quanto ao sexo e à idade

No que respeita ao **Estado Civil** a grande maioria dos participantes deste estudo são casados (60,7%), seguindo-se os viúvos (31,7%) e por último os solteiros (5,6%). Constatou-se uma predominância de mulheres viúvas a qual é superior à diferença entre a percentagem total de homens e mulheres (p -value Chi-Square Tests < 0,001).

Relativamente ao **Peso** verificamos que o mesmo varia entre 23 e 124 Kg, sendo a média é de 69,75Kg, com uma mediana de 70,0Kg e um desvio padrão de 12,8Kg. Quando comparamos a média do peso entre sexos constatamos que os homens apresentam uma média ligeiramente superior às mulheres. Por sua vez a **Estatura** oscila entre 123cm e 195cm, sendo que a média e mediana da amostra são quase coincidentes (respectivamente 160,9cm e 160,0cm), com um desvio padrão de 8,8cm. Também neste caso existe uma diferença entre a estatura média dos homens e das mulheres com desvantagem para estas.

O **Índice de Massa Corporal**² da amostra varia entre 13 e 50, sendo o valor médio 27. Considerámos como baixo peso um valor de IMC inferior a 22kg/m², peso normal um IMC entre os 22 e 29 kg/m² e o excesso de peso um valor de IMC maior do que 29 kg/m². Tendo estes intervalos como referência, verifica-se que 59,2% da amostra apresenta um peso normal, 29,2% apresenta excesso de peso e 11,6% da amostra apresenta baixo peso. Não existe associação significativa entre o Índice de Massa Corporal e o grupo etário (*p*-value Chi-Square Tests > 0,05).

Relativamente ao **Nível de Escolaridade** constata-se que 9,2% dos idosos frequentaram a escola mas não completaram a 4^a classe e 35% fizeram apenas o exame da 4^a classe. Todavia, sublinhamos o facto de 30,7% dos idosos desta amostra não terem frequentado a escola nem saberem ler nem escrever. Neste grupo predomina o sexo feminino (21,5%). Esta associação é significativa (*p*-value Chi-Square Tests < 0,001). Verificamos ainda que as pessoas que não sabem ler nem escrever pertencem principalmente aos escalões etários 75-84 anos (16,4%) e 85 e mais anos de idade (6,0%). Verificamos por fim que a percentagem de pessoas que completou de escolaridade em idade adulta é díminuto (0,8%).

Relativamente à situação face ao mundo laboral constata-se que a maioria dos indivíduos da amostra em estudo (96,1%) declararam não desenvolverem qualquer trabalho remunerado.

Quanto ao usufruto de regalias sociais verifica-se que 9,3% dos idosos são beneficiários do **Complemento Solidário para Idosos (CSI)**³. É nos dois primeiros escalões etários que se concentra a maioria das pessoas que recebe o CSI. Esta associação é significativa ao nível de significância de 5% (*p*-value Chi-Square Tests < 0,05). Relativamente ao **cheque dentista**⁴ verificamos que só 17,7% têm conhecimento do que é e apenas 1,1% já o utilizaram. Esta última percentagem compara com os 9,3% que atrás declararam ser beneficiários do CSI e que, portanto, são potenciais utilizadores deste recurso.

Quisemos também saber até que ponto as pessoas idosas consideram que os seus recursos financeiros satisfazem as suas necessidades básicas de alimentação, habitação e saúde. Um total 79,1% das pessoas diz terem a suas necessidades de alimentação satisfeitas ou regularmente satisfeitas, enquanto que 18,7% das pessoas afirma que as mesmas não estão satisfeitas. Por sua vez, 77,9% diz terem as suas necessidades de habitação satisfeitas ou regularmente satisfeitas, enquanto 19,2% afirma que as referidas necessidades não estão satisfeitas. As necessidades de saúde estão satisfeitas ou regularmente satisfeitas para 71,4% das pessoas, enquanto que 26,0% afirmam que estas necessidades não estão satisfeitas. Os que afirmam não terem as suas necessidades satisfeitas pertencem maioritariamente aos grupos etários 65-74 anos e 75-84 anos. Esta associação é significativa (*p*-value Chi-Square Tests <= 0,001).

Caracterização da funcionalidade

Apresentaremos os dados agrupando-os de acordo com a estrutura da CIF, ou seja, Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividades de Participação e Fatores Ambientais. Dar-se-á prioridade à caracterização da funcionalidade, todavia, sempre que o considerarmos adequado, evidenciaremos os problemas associados às limitações da funcionalidade e os cuidados que os mesmos requererão.

Na apresentação dos dados relativos à funcionalidade, por norma, estes estão distribuídos por quatro classes de resposta (i.e., Sem dificuldade, Dificuldade moderada ténue, Dificuldade moderada intensa e Dificuldade total). As duas primeiras classes correspondem a um nível de dificuldade que não requer qualquer ajuda terapêutica; por oposição, as duas últimas classes de resposta correspondem a um nível de dificuldade que requer uma ajuda terapêutica. Desta modo e neste contexto, recorremos, sempre que o considerarmos adequado ao agrupamento dicotómico de classes.

Funções do Corpo

As Funções do Corpo são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas) (DGS, 2004). De entre as funções do corpo avaliadas apenas apresentaremos dados relativos às funções discriminadas na tabela 2.

² Fórmula de cálculo do $IMC = \frac{Peso(Kg)}{Altura(m)^2}$

³ Apoio em dinheiro, pago mensalmente aos idosos com poucos recursos como uma prestação complementar à pensão

⁴ Trata-se de uma iniciativa integrada no Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral e que, para além de outros grupos populacionais, se destina aos idosos beneficiários do CSI, com o objectivo de cuidarem da sua saúde oral

		Funções incluídas
Funções Mentais	Funções mentais globais	b110 Funções da consciência b134 Funções do sono
	Funções mentais específicas	b144 Funções da memória b152 Funções emocionais
Funções sensoriais e de dor	Funções auditivas e vestibulares	b230 Funções auditivas
	Dor	b280 Sensação de dor
Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento	Funções das articulações e dos ossos	b710 Funções da mobilidade das articulações

Tabela 2 - Funções do corpo incluídas neste paper

Funções Mentais

As Funções de Consciência são funções mentais gerais do estado de consciência e alerta, incluindo a clareza e continuidade do estado de vigília (DGS, 2004). Em relação a estas Funções, 97,8% dos idosos não apresentam problemas (92,9%) ou apresentam apenas um problema moderado ténue (4,9%). No extremo oposto, 2,2% apresentam um nível de problemas que requer ajuda terapêutica (i.e., 0,9% problema moderado intenso e 1,3% problema completo). Constatou-se ainda que existe uma associação significativa (p -value Chi-Square Tests $\leq 0,05$) entre as funções da consciência e o grupo etário.

As Funções do Sono definem-se como funções mentais gerais de desconexão física e mental periódica, reversível e seletiva, do ambiente imediato da pessoa, acompanhada por mudanças fisiológicas características (DGS, 2004). Nestas Funções verifica-se que cerca de $\frac{3}{4}$ dos idosos (74,8%) não referem qualquer problema (2,9%) ou referem apenas um problema moderado ténue (71,9%). Todavia, cerca de $\frac{1}{4}$ dos idosos (25,2%) referem um problema moderado intenso (24%) ou um problema completo (1,2%). Não se verifica associação significativa entre as funções do sono e o grupo etário (p -value Chi-Square Tests $> 0,05$).

As Funções da Memória são funções mentais específicas de registo e armazenamento de informações e sua recuperação quando necessário (DGS, 2004). Nas Funções da Memória verifica-se que 51,9% dos indivíduos não apresentam qualquer problema e que 21,4% apresentam um problema moderado ténue. Todavia, 26,7% dos idosos apresentam um nível de problemas que requer ajuda terapêutica (16,5% apresentam um problema moderado intenso e 10,2% um problema completo). Acresce que, neste último caso, as frequências se acumulam maioritariamente nos indivíduos entre os 75 e os 84 anos. Esta associação é estatisticamente significativa (p -value Chi-Square Tests $< 0,001$).

As Funções emocionais são funções mentais específicas relacionadas com o sentimento e a componente afetiva dos processos mentais. Inclui, funções de adequação da emoção, regulação e amplitude da emoção; afeto, tristeza, felicidade, amor, medo, raiva, ódio, tensão, ansiedade, alegria, pesar, labilidade emocional, apatia afetiva (DGS, 2004). Como podemos constatar através da análise do gráfico 1, as situações em que as emoções positivas sentidas, frequentemente ou quase sempre, pelos idosos são muito mais frequentes que as situações em que essas emoções são raramente ou nunca sentidas. Esta última situação apenas se verifica nos casos das classes de resposta "ter esperança no futuro" e "vida cheia de coisas boas".

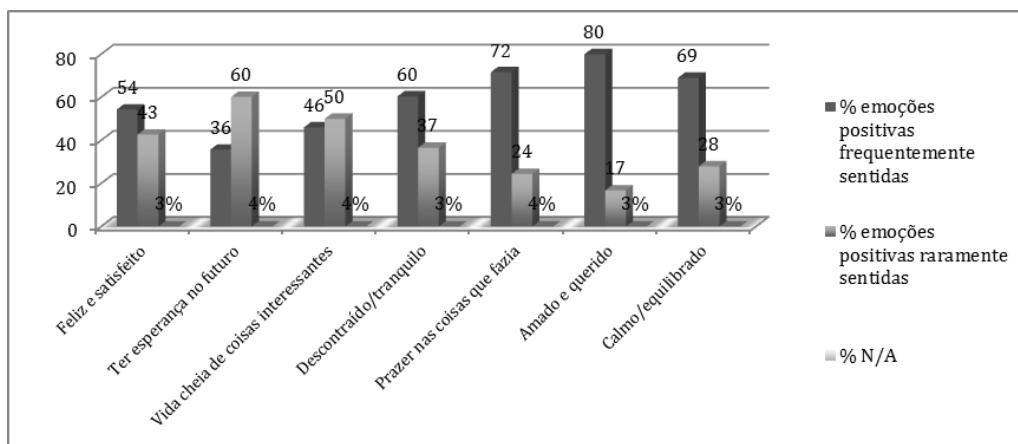


Gráfico 1 - Emoções positivas sentidas

Por sua vez e de acordo com o gráfico 2, podemos constatar que se verifica o inverso, ou seja, as situações em que as emoções negativas são raramente ou nunca sentidas prevalecem sobre aquelas em que essas emoções são frequentemente ou quase sempre sentidas em todas as classes de resposta. Podemos assim afirmar que prevalecem as emoções positivas sentidas pelos idosos.

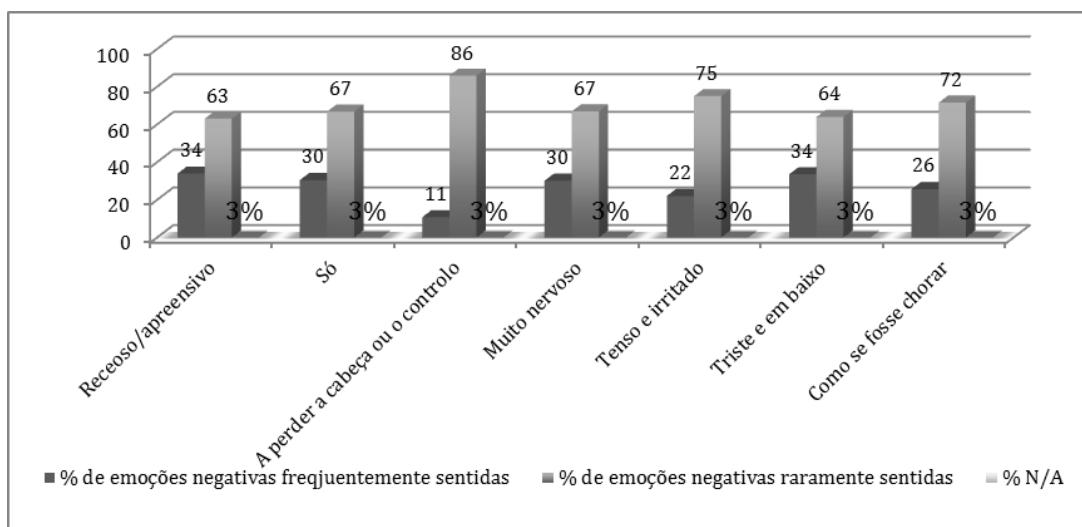


Gráfico 2 - Expressão de emoções negativas

Funções sensoriais e de dor

As Funções Auditivas são funções sensoriais que permitem sentir a presença de sons e discriminar a localização, timbre, intensidade e qualidade dos sons (DGS, 2004). Em relação a estas Funções verifica-se que 84,4% da amostra não apresentam problemas (59,9%) ou apresentam um problema moderado ténue (24,5%). São de realçar todavia 15,6% dos idosos que apresentam problemas que carecem de ajuda terapêutica (10,4% com um problema moderado intenso e 5,2% com um problema completo). Constata-se ainda que existe uma relação significativa entre as funções auditivas e os diferentes grupos etários (p -value Chi-Square Tests < 0,001).

Sensação de Dor é uma sensação desagradável que indica lesão potencial ou real em alguma estrutura do corpo (DGS, 2004). Em relação à Sensação de Dor verifica-se que 41,8% dos idosos desta amostra não referem qualquer problema (18,5%) ou referem apenas um problema moderado ténue (23,3%). No outro extremo, um expressivo grupo de 58,2% de idosos apresentam um problema moderado intenso (36,5%) ou um problema completo (21,7%), portanto, um nível de problema que requer ajuda terapêutica. Na amostra em estudos, a área corporal onde são referenciadas mais dores é a coluna lombar (33,9%), seguido do joelho direito (15,5%), do joelho esquerdo (14,6%) e da região dorsal (12,4%).

Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento

Funções de Mobilidade das Articulações são funções relacionadas com a amplitude e a facilidade de movimento de uma articulação (DGS, 2004). Em relação a estas Funções verifica-se que uma expressiva maioria de 96,1% não apresentam problemas (87,4%) ou apresentam um problema moderado ténue (8,7%). Apenas 3,9% dos idosos apresentam um nível de problema que requer cuidados terapêuticos (2,0% dos idosos com um problema moderado intenso e 1,9% com um problema completo). Os problemas são mais evidentes em idosos com idade igual ou superior a 85 anos (p -value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre as estas Funções e os diferentes grupos etários.

Estruturas do Corpo

As **estruturas do corpo** são partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes (DGS, 2004). De entre as Estruturas do Corpo avaliadas apenas apresentamos dados relativos às constantes da tabela seguinte.

Estruturas Incluídas	
Estruturas Relacionadas com a Voz e a Fala	s3200 Dentes
Estruturas Relacionadas com o Movimento	s730 Estrutura do membro superior s750 Estrutura do membro inferior

Tabela 3 - Estruturas do corpo incluídas neste paper

Dentes

Verifica-se que apenas 26,7% dos idosos têm uma dentição funcional ou seja, têm pelo menos vinte dentes anteriores em oclusão, dos quais estão presentes ou reabilitados oito incisivos, quatro caninos e oito pré-molares. Os restantes 73,3% não têm uma dentição funcional. Esta distribuição não tem qualquer relação significativa com a idade (*p*-value Chi-Square Tests > 0.05).

Estruturas dos Membros Superiores

Não foram detetadas quaisquer alterações nas estruturas dos membros superior direito ou esquerdo.

Estruturas dos Membros Inferiores

Relativamente às estruturas do membro inferior direito (MID), constata-se que 95,6% não apresentam qualquer problema (75,7%) ou apresentam apenas um problema moderado ténue (19,9%), predominando idosos incluídos nos dois primeiros grupos etários. No outro extremo, 4,3% dos idosos apresentam um nível de problema que requer ajuda terapêutica (3,3% com um problema moderado intenso, acrescido de 1,0% com um problema completo). Constatase que estas pessoas se distribuem preferencialmente pelos grupos etários com mais de 75 anos.

Relativamente ao membro inferior esquerdo (MIE) observam-se resultados sobreponíveis, ou seja, 95,5% não apresentam qualquer problema (74,3%) ou refere apenas um problema moderado ténue (21,2%). Por sua vez 4,5% dos idosos apresentam um nível de problema que requer intervenção terapêutica (3,1% com um problema moderado intenso e 1,4% com um problema completo)

Relacionando as alterações das estruturas dos membros inferiores com a idade, verifica-se que é a população com mais de 75 anos que refere mais alterações. Esta associação é estatisticamente significativa (*p*-value Chi-Square Tests < 0,001).

Atividades de Participação

Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Participação é envolvimento envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real. Limitações da atividade são dificuldades que o indivíduo pode ter na execução de atividades. Restrições de participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real (DGS, 2004). De entre as Estruturas do Corpo avaliadas apenas apresentamos dados relativos às constantes da tabela seguinte.

Atividades Incluídas	
Aprendizagem e Aplicação de Conhecimentos	d160 Concentrar a atenção d166 Ler d170 Escrever d175 Resolver problemas
Tarefas e Exigências Gerais	d230 Realizar a rotina diária
Comunicação	Conversação e utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação d350 Conversação
Mobilidade	Andar e Deslocar-se d455 Deslocar-se
Autocuidados	d510 Lavar-se d520 Cuidar de partes do corpo d530 Cuidados relacionados com os processos de excreção d540 Vestir-se
Vida comunitária, social e cívica	d910 Vida comunitária

Tabela 4 - Actividades de participação incluídas neste paper

Aplicação do conhecimento

Concentrar a Atenção é uma atividade que consiste em concentrar, intencionalmente, a atenção em estímulos específicos, desligando-se dos ruídos que distraem (DGS, 2004). Em relação a esta atividade verifica-se que 88,3% dos idosos não apresentam dificuldades (62,3%) ou apresentam apenas uma dificuldade moderada ténue (26%). Enquanto que 11,8% apresentam um nível de dificuldades que requer ajuda terapêutica (10,6% dificuldade moderada intensa e 1,2% dificuldade total). Constatou-se ainda que estes últimos se distribuem essencialmente por idades superiores a 75 anos. A associação é estatisticamente significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001).

Ler consiste em realizar atividades envolvidas na compreensão e interpretação de textos escritos com o objectivo de adquirir conhecimentos gerais ou informações específicas (DGS, 2004). Relativamente a esta atividade verifica-se que 59,2% dos idosos, pertencentes principalmente ao grupo etário dos 65-74 anos, não apresentam dificuldades de leitura (34,7%) ou apresentam apenas uma dificuldade moderada ténue (24,5%). Sublinhe-se porém que 40,9% dos idosos, pertencentes principalmente aos grupos etários com mais de 75 anos, apresentam dificuldade moderada intensa (2,8%) ou dificuldade completa (38,1%). Esta associação é estatisticamente significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001). Estes valores devem ser comparados com os 30,7% de idosos que relativamente ao nível de escolaridade afirmaram não saber ler nem escrever.

Escrever é utilizar ou compor símbolos para transmitir informações, como por exemplo, elaborar um relatório escrito de eventos ou ideias ou redigir uma carta (DGS, 2004). Relativamente à atividade escrever constata-se que 56,1% dos idosos não referem qualquer dificuldade (35,2%) ou referem apenas uma dificuldade ligeira (20,9%). Também neste caso, estes idosos pertencem principalmente aos dois primeiros grupos etários. A percentagem de pessoas que apresentam uma dificuldade moderada intensa (6,1%) ou uma dificuldade completa (37,8%) chega aos 43,9%, também, neste caso, com predomínio nos grupos etários mais elevados (p -value Chi-Square Tests < 0,001). Estes valores devem ser comparados com os referidos relativamente aos 30,7% que afirmaram não saber ler nem escrever.

Resolver Problemas consiste na atividade de encontrar soluções para problemas ou situações identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções, e executando uma solução selecionada, como por exemplo, na resolução de uma disputa entre duas pessoas (DGS, 2004). Relativamente a esta atividade constata-se que 68,5% dos idosos não apresentam qualquer dificuldade (49,5%) ou apresentam apenas uma dificuldade moderada ténue (19,0%). É de sublinhar todavia o facto de 31,5% dos idosos apresentarem uma dificuldade moderada intensa (14,3%) ou uma dificuldade completa (17,2%), sendo no grupo etário dos 75-84 anos que tal é mais evidente (p -value Chi-Square Tests < 0,001).

Tarefas e Exigências Gerais

Realizar a Rotina Diária consiste na atividade de realizar ações coordenadas simples ou complexas de modo a poder planear, gerir e responder às exigências das tarefas e das obrigações do dia-a-dia, como por exemplo, administrar o tempo e planear as atividades individuais ao longo do dia (DGS, 2004). Constatamos neste caso que 88,9% dos idosos não referem dificuldades que careçam de qualquer ajuda terapêutica. Todavia, 11,1% dos idosos apresentam um nível de dificuldade que requer essa ajuda (5,6% dificuldade moderada intensa e 5,2% dificuldade completa), sendo nos grupos etários mais elevados (i.e., 75-84 e 85 e mais) que tal é mais evidente (p -value Chi-Square Tests < 0,001).

Conversação e utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação

Conversação esta atividade consiste em iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, realizada através da linguagem escrita, oral, gestual ou de outras formas de linguagem (DGS, 2004). Em relação a esta atividade verifica-se que uma expressiva maioria de 90,9% dos idosos não apresentam dificuldades que careçam de ajuda. Todavia os restantes 9,1% dos idosos, pertencentes principalmente aos escalões etários mais elevados, apresentam um nível dificuldades que requerem ajuda.

Andar e Deslocar-se

Deslocar-se é uma atividade que consiste em mover todo o corpo de um lugar para outro, usando outros meios excluindo a marcha, como por exemplo, escalar uma rocha ou correr por uma rua, saltar, correr em disparada, dar salto mortal ou correr evitando obstáculos (DGS, 2004). Dadas as características do grupo em estudo, optámos por inquirir acerca da capacidade para subir e descer escadas. Assim, constatámos que 67,8% dos idosos não apresentam dificuldades que requeiram ajuda terapêutica, com particular incidência no primeiro grupo etário. No outro extremo temos 33,2% de idosos que apresentam uma dificuldade moderada intensa (24,6%) ou uma dificuldade total (7,6%), estas mais evidentes nos grupos etários mais elevados.

Autocuidados

Os autocuidados considerados neste estudo incluem, Lavar-se, Cuidar de Partes do Corpo, Cuidados Relacionados

com os Processos de Excreção, Comer e Beber. De forma genérica, podemos definir os autocuidados como as atividades de cuidado autodirigidas com o objetivo de manterem a saúde e o bem estar.

De acordo com os dados apresentados na tabela 5, podemos concluir que para quase todos os autocuidados, exceto cuidar de partes do corpo, mais de 90% dos idosos não referem dificuldades que careçam de ajuda terapêutica

		Idade categorizada (anos)			Total		
		65 - 74	75 - 84	85 e mais			
Lavar-se	Sem dificuldade ou Dificuldade moderada ténue	N	360	400	104	864	
		%	39,80%	44,30%	11,50%	95,70%	
	Dificuldade completa	N	3	14	22	39	
		%	0,30%	1,60%	2,40%	4,30%	
Total		N	363	414	126	903	
		%	40,20%	45,80%	14,00%	100,00%	
Cuidar de partes do corpo	Sem dificuldades ou Dificuldade moderada ténue	N	340	357	79	776	
		%	37,60%	39,50%	8,70%	86,00%	
	Dificuldade moderada intensa ou Dificuldade total	N	23	57	47	127	
		%	2,50%	6,30%	5,20%	14,10%	
Total		N	363	414	126	903	
		%	40,20%	45,80%	14,00%	100,00%	
Cuidados relacionados com o processo de excreção	Sem dificuldade ou Dificuldade moderada ténue e intensa	N	359	405	114	878	
		%	39,80%	44,60%	12,70%	97,20%	
	Dificuldade completa	N	4	9	12	25	
		%	0,40%	1,00%	1,30%	2,80%	
Total		N	363	414	126	903	
		%	40,20%	45,80%	14,00%	100,00%	
Vestir-se	Sem dificuldade ou Dificuldade moderada ténue	N	352	386	97	835	
		%	39,00%	42,80%	10,80%	92,50%	
	Dificuldade moderada intensa ou Dificuldade completa	N	11	28	29	68	
		%	1,20%	3,10%	3,20%	7,50%	
Total		N	363	414	126	903	
		%	40,20%	45,80%	14,00%	100,00%	

Tabela 5 - Distribuição de algumas actividades de autocuidado em função da idade

A percentagem remanescente, a qual varia entre 2,8% nos cuidados relacionados com os processos de excreção e os 7,5% no vestir-se, carece de ajuda terapêutica. Em todos os casos, os idosos que integram estas classes de resposta pertencem aos grupos etários mais elevados (p -value Chi-Square Tests $< 0,001$).

Tal como já se referiu a exceção é o autocuidado cuidar de partes de corpo, onde se constata que 14,1% dos idosos carecem de ajuda terapêutica, também neste caso com particular expressão nos grupos etários mais elevados (p -value Chi-Square Tests $< 0,001$).

Vida Comunitária, social e cívica

Vida comunitária consiste em participar em todos os aspetos da vida social comunitária, como por exemplo, participar em organizações de beneficência, clubes ou organizações sócio profissionais (DGS, 2004). Tal como se pode verificar pela análise do gráfico 4, a maioria dos idosos (61,8%), acham que não necessitam de participar nesse tipo de atividades. Apesar disso, cerca de 20% participam atualmente, ou participaram nestas atividades, nos últimos seis meses.

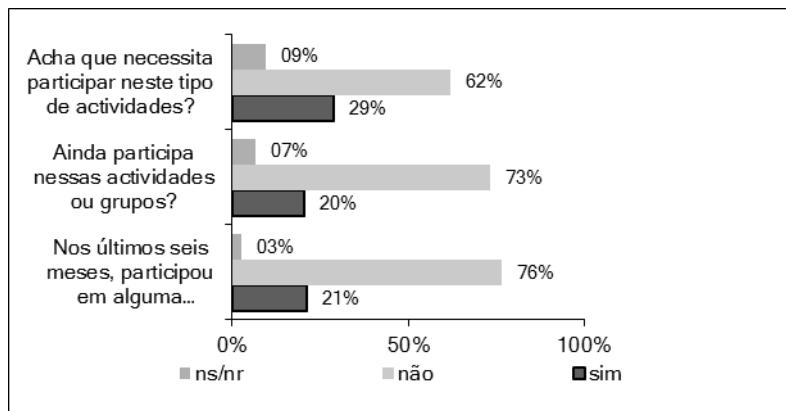


Gráfico 4 - Participação e interesse em atividades de vida comunitária

Fatores Ambientais

Os **fatores ambientais** constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida. De entre estes apresentamos dados relativos aos Apoios e Relacionamentos.

Apoio e Relacionamentos

Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais são indivíduos que prestam os serviços necessários para apoiar as pessoas nas suas atividades diárias e na manutenção do desempenho no trabalho, na educação ou em outras situações da vida, e que são pagos através de fundos públicos ou privados ou trabalham numa base de voluntariado.

Pela análise no gráfico 5 constata-se que 19,4% das pessoas dizem precisar de apoio nos cuidados pessoais diários. O grupo etário dos 75-84 anos e dos 85 ou mais anos são os que mais precisam de cuidados pessoais diários. Na classe dos que dizem não precisar de cuidados pessoais diários os grupo etários dos 65-74 anos e 75-84 anos apresentam

uma maior frequência. Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre os cuidados pessoais diários e os diferentes grupos etários.

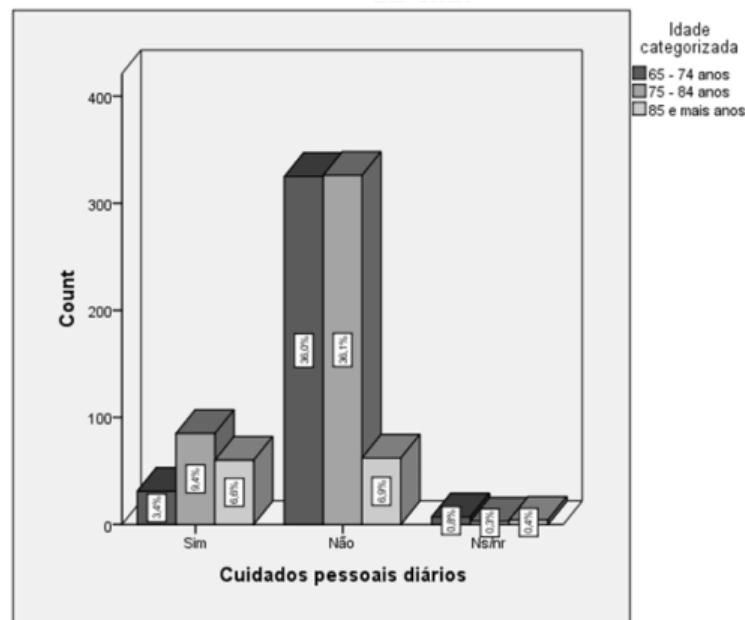


Gráfico 5 - Distribuição da necessidade de prestadores de cuidados e/ou assistentes pessoais em função da idade

Discussão

Nesta discussão realçaremos apenas alguns dos resultados atrás apresentados, quer pela exiguidade do espaço deste paper, quer pelo facto de nos faltarem elementos de comparação face à inexistência de um trabalho de avaliação da funcionalidade dos idosos com estas características.

Relativamente às variáveis sócio biográficas, na amostra estudada, destaca-se a predominância de mulheres em qualquer dos grupos etários considerados, com uma Relação de Masculinidade⁵ de 76,0, a qual compara com 72,4 que é a relação de masculinidade da população portuguesa com 65 e mais anos (INE, 2011). Este diferença é congruente com todos os restantes indicadores relativos ao envelhecimento desta região, os quais nos confirmam tratar-se de uma região particularmente envelhecida.

Relativamente ao Índice de Massa Corporal e como mais atrás referimos, destaca-se por um lado o facto de 29,2% dos idosos apresentarem excesso de peso, mas também o de 11% apresentarem baixo peso. Quer um quer outro destes valores devem merecer atenção e obrigar ao desenvolvimento de um mais adequado estudo do estado nutricional dos idosos. Efetivamente, de acordo com alguns autores (e.g., Ribeiro, 2010), o IMC deve ser usado com cautela na avaliação de idosos. Apesar disso, sabemos que o excesso de peso e a obesidade são fatores associados a diversas doenças crónicas e a uma diminuição da qualidade de vida. Por sua vez um IMC muito baixo pode ser indicador de desnutrição. Alguns estudos dizem-nos que um IMC elevado ou muito baixo são fatores preditores do desenvolvimento de incapacidade em idades mais avançadas (Carvalho, 2003).

No que concerne à variável nível de escolaridade destaca-se o facto de 30,7% declararem não saberem ler nem escrever, sendo que esta percentagem recai predominantemente sobre mulheres (21,5%) e sobre os grupos etários 75-84 anos e 85 e mais. Estes valores do nível de escolaridade declarada devem ser comparados com os valores por nós encontrados para as variáveis capacidade de ler e de escrever. Verificamos assim que os 30,7% de analfabetismo declarados se transformam em 40,9% de incapacidade de ler e em 43,9% de incapacidade de escrever. Estes outros valores terão razões diversas que poderão ir das dificuldades visuais à iliteracia funcional. Em qualquer dos casos, traduzem-se numa dificuldade concreta a qual acarretará com certeza dificuldades adicionais em diversos outros domínios de vida e/ou do desempenho de diversas funcionalidades.

Na análise destes valores devemos considerar os dados apresentados pelo INE/PORDATA (2012) segundo os quais a percentagem de pessoas com mais de 65 anos sem qualquer nível de escolaridade era em 2011 de 34,6%. Devemos considerar ainda os dados do Inquérito ao Emprego⁶ de 2001, através do qual se determinaram os níveis de instrução da população idosa com base nas categorias da *International Standard Classification of Education (ISCED)* utilizada pelas Nações Unidas. Pode constatar-se que mais de metade da população com 65 e mais anos (55,1%) não tinha qualquer nível de instrução, enquadrava-se no nível 0 do ISCED. Esta proporção é superior no caso das mulheres (64,7% contra 41,3% dos homens). Pela comparação destas diferentes fontes comprehende-se que existe uma clara diferença entre nível de escolaridade e capacidade de ler e escrever. Compreende-se ainda que existe um decréscimo progressivo do número de pessoas sem qualquer nível de escolaridade à medida que o tempo passa. Pode concluir-se por fim que a população idosa detém, de um modo geral, baixos níveis de instrução, mas, de acordo com os nossos dados, detém ainda mais baixas capacidade de ler e escrever. Dentro desse grupo, as mulheres registam níveis mais baixos que os homens.

Um outro conjunto de variáveis atrás referidas e que nos parecem importantes na análise da situação de saúde dos idosos têm a ver com as dimensões financeiras. Assim constatamos que uma percentagem de 18,7% da amostra diz não ter as suas necessidades de alimentação satisfeitas; 19,2% diz não ter as de habitação; e 26% afirma não ter as de saúde. Estes dados devem ser confrontados com os que nos são fornecidos pelo Eurostat⁷ (2012) sobre o risco de pobreza dos idosos. Verificamos assim que este teve uma redução sistemática entre 2004 e 2009, todavia em 2010 sofreu uma inversão na tendência voltando a subir para 21,0%. Curiosamente os valores atrás referidos aproximam-se deste. Apesar disso constatamos ainda que apenas 9,3% são beneficiários do Complemento Solidário para Idosos, só 17,7% conhecem o cheque dentista e apenas 1,1% o utilizaram, apesar de 9,3% ter direito direto e imediato a ele.

No que concerne às variáveis relativa à funcionalidade começamos por fazer referência às **Funções Corporais** e de entre estas às funções do sono. Estas funções merecem uma atenção especial porque cerca de ¼ da amostra refere um problema moderado intenso ou completo, embora sem qualquer relação com a idade. Tal denota que a qualidade do sono está comprometida. De acordo com Happe (2011), o sono reparador é um fator importante para a preservação da saúde e qualidade de vida. A qualidade do sono está associada com a idade. Distúrbios do sono ocorrem mais frequentemente em particular após 75 anos de idade. Além disso, o sono mostra uma associação com o sexo feminino, a inatividade, a insatisfação com a vida social, sintomas depressivos, dor, ingestão de sedativos, predisposição genética e aumento da morbilidade e mortalidade em idosos. Roepke & Ancoli-Israel (2010) dizem-nos que quase metade dos adultos mais velhos relatam dificuldade em iniciar e manter o sono. Com a idade, ocorrem diversas mudanças que podem colocar um risco de perturbação do sono, incluindo aumento da prevalência de doenças, maior uso de medicação, mudanças relacionadas com a idade em vários ritmos circadianos, e as mudanças ambientais e estilo de vida. Embora as queixas de sono sejam comuns entre todos os grupos etários, os idosos têm maior prevalência de muitas desordens primárias do sono, incluindo distúrbios respiratórios do sono, movimentos periódicos dos membros durante o sono, síndrome das pernas inquietas, movimentos oculares rápidos (REM), distúrbio comportamental do sono, insônia e distúrbios circadiano do ritmo. Por seu lado, através de um estudo de natureza epidemiológica desenvolvido num distrito italiano por Bonanni et al., (2010), conclui-se que a insônia foi observada

⁵ Relação entre o número de homens e de mulheres numa dada população

⁶ http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_29.pdf

⁷ <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/Tabela.do?tab=Tabela&init=1&language=en&pcode=tsdde320&plugin=0>

em 44,2% da população, enquanto a sonolência em 31,3%, o ronco em 47,2% e apneia do sono em 9,0%.

Face ao exposto podemos afirmar que os dados por nós apresentados se enquadram nas queixas próprias desta etapa da vida, o que não significa que não devam merecer toda a atenção e cuidado, até pela interferência que esta função tem em muitas outras bem como no desenvolvimento das atividades de participação.

De entre as funções mentais específicas, apresentámos resultados relativos às funções de memória e emocionais. Relativamente às primeiras (i.e., memória) verifica-se que a percentagem de pessoas idosas com problemas que requerem a intervenção de cuidados terapêuticos é um pouco superior a 25%. De acordo com um estudo desenvolvido por Montejo et al. (2011), com o objetivo de conhecer a prevalência de queixas de memória em pessoas com mais de 65 anos da cidade de Madrid, conclui-se que 32,4% dos indivíduos relataram queixas subjetivas de memória. A prevalência dessas queixas depende da idade, educação, sexo, humor e desempenho cognitivo. Por sua vez e de acordo com McFarland, Ross & Giltrow (2002), o envelhecimento cognitivo traz vários declínios da memória, capacidade de trabalho, que impedem a aquisição de competências cognitivas complexas. Também Sharps (2007) refere que o envelhecimento está relacionado com a diminuição da velocidade de raciocínio, diminuição da memória, da tomada de decisão em situações mais complexas, com implicações na diminuição da aprendizagem social e declínio relacionados com a idade. Por último, Benjamin (2010), refere que as pessoas idosas apresentam défices ao nível dos processos psicológicos. Esta conclusão baseia-se em grande parte nas interações empíricas, na observação dos comportamentos das pessoas com 65 e mais anos de idade e nas repercussões nos processos de tomada de decisão.

No que concerne às *funções emocionais*, realçamos o facto de prevalecer a expressão de emoções positivas face às negativas. Nesse sentido citamos Oliveira, et al. (2001), segundo os quais e de acordo com os estudos que desenvolveram com idosos institucionalizados e não institucionalizados, poder-se-á caracterizar a vivência afetiva dos idosos estudados como um processo dinâmico e com preservação da sensibilidade interna. Apesar disso e de acordo com um estudo desenvolvido por De Sousa et al. (2010), com o objetivo de saberem a frequência com que os participantes achavam que as mulheres e homens idosos expressavam e experienciavam um determinado conjunto de emoções, concluíram que existem diferenças significativas na atribuição de 21 emoções. Dos dados sobressai que a agressividade e a fúria são emoções tipicamente associadas aos homens idosos, enquanto a tristeza, a saudade, a pena, o medo, entre outras, são tipicamente associadas às mulheres idosas.

De entre as funções Sensoriais e de dor, estudámos as funções auditivas e de dor. Relativamente às primeiras (i.e., auditivas) assinalamos que cerca de 15% dos idosos carecem de cuidados, mais uma vez com uma associação estatisticamente significativa com a idade. De acordo com um estudo, de âmbito nacional, levado a cabo nos Estados Unidos da América (Caban, et al., 2005), percebeu-se que cerca de 30% das pessoas com idades compreendidas entre 65-79 e 37% com 80 e mais anos tem perda de capacidade auditiva. Em dois outros estudos levados a cabo com populações latinas e com base em dados de autorreferência, concluiu-se que a perda de audição afeta 25%-58% das pessoas com 65 ou mais anos (Davanipour, Lu, Lichtenstein, & Markides, 2000; Torre, Moyer, & Haro, 2006). Por sua vez, em estudo desenvolvido por Hong et al., (2009), numa comunidade latina dos Estados Unidos da América percebeu-se que entre 87% e 99% dos participantes do estudo apresentam algum nível de deterioração da capacidade auditiva tanto em altas como em baixas frequências. Este transtorno é mais comum em homens que em mulheres. A perda de audição aumenta significativamente com a idade.

Face ao exposto e se tivermos em consideração a importância da audição para um conjunto diversificado de atividades tais como comunicar, interagir, mas também andar, entre muitas outras, percebemos que se trata de um aspeto da funcionalidade dos idosos a ter em consideração.

Na *funções de dor* o problema é mais grave com cerca de 58% da amostra a incluir-se no grupo das pessoas que carecem de cuidados, as quais referem dor com especial incidência na coluna lombar, (33,9%), seguido do joelho direito com 15,5%, do joelho esquerdo com 14,6% e da região dorsal com 12,4%. De acordo com o Estudo Nacional sobre Saúde e Envelhecimento no México (Barrantes-Monge et al., 2007), a prevalência de dor auto referida é de 41,5%, mais frequente em mulheres (48,3% vs. 33,6%), com maior prevalência à medida que a idade avança e menor à medida que o nível de escolaridade aumenta. A dor associou-se diretamente com a coexistência de artrite, doenças pulmonares, quedas, hipertensão, depressão, acidente vascular cerebral (AVC) e história de cancro, assim como com a alteração da funcionalidade. Concluíram os autores que a dor é um problema frequente entre os idosos mexicanos e que se associa com um grande número de patologias. Num outro estudo desenvolvido por Iliffe et al., (2009), concluíram que 39,9% de uma amostra de idosos da zona suburbana de Londres tiveram dor nas últimas 4 semanas. Também num estudo da responsabilidade da Escola de Medicina da Universidade do Texas, levado a cabo numa amostra populacional mexicano-americana com 74 e mais anos, concluíram que 64,7% das pessoas referiram dor nas últimas 4 semanas, e 49,7% referiram que essa dor interferiu com o desenvolvimento das suas atividades de vida. O sexo feminino, baixos níveis de escolaridade, fragilidade, reduzida mobilidade, incapacidade, elevadas comorbilidade e IMC e sintomatologia depressiva estão significativamente associados com a intensidade da dor e a interferência com as atividades de vida.

Os dados encontrados no nosso estudo relativos à intensidade da dor são congruentes com os que apresentamos de outros estudos feitos em diferentes partes do mundo. Pelo exposto comprehende-se que nem os dados referentes a esta variável nem os referentes a qualquer outra devem ser vistos de forma isolada, dadas as relações existentes entre elas. Daqui resulta não só a necessidade de se aprofundar o estudo dessas relações mas também a necessidade

de considerar as referidas relações em qualquer intervenção que se pretenda desenvolver.

Podemos afirmar que o grupo das funções que acabámos de referir (funções auditivas e de dor) são essenciais à relação consigo próprio, com os outros e com o contexto de uma forma mais alargada. Sendo assim, torna-se evidente que em diversas destas funções uma percentagem expressiva de pessoas apresenta dificuldades que as limitam nesse processo de relação e consequentemente em todas as atividades que com isso possam estar relacionadas.

No que diz respeito às **Estruturas do Corpo**, realçamos as estruturas relacionadas com voz e fala, nomeadamente as estruturas da boca. Relativamente a estas, foi avaliado o estado dos dentes tendo-se constatado que apenas 26,7% da amostra tem uma dentição funcional. Os restantes 73,3% não tem uma dentição funcional. Ou seja cerca de $\frac{3}{4}$ da amostra não tem uma dentição funcional o que terá repercussões a diversos níveis que vão desde as questões ligadas à alimentação, digestão, mas também à expressão verbal e não verbal. A OMS, a Federação Dentária Internacional (FDI) e a Associação Internacional para Pesquisa Odontológica nomearam, em 2003, uma comissão que propusesse metas globais para a saúde oral em 2020, como diretrizes para os serviços de saúde. A presença de pelo menos 20 dentes na cavidade oral foi selecionada como condição de dentição funcional. Neste contexto torna-se importante avaliar a perda dentária em idosos (Hobdell et al., 2003; Silva, et al., 2011). Os resultados por nós alcançados são semelhantes aos de outros estudos (Matos & Lima-Costa, 2006; Silva, 2011). Para a cabal compreensão destes resultados devemos invocar ainda os dados relativos ao desconhecimento ou escasso uso do cheque dentista e ainda ao baixíssimo recurso aos profissionais de saúde da especialidade, o que reforça a importância das visitas periódicas para a preservação dos dentes (Araújo et al, 2009; Silva, et al., 2011). Os idosos tendem a utilizar cada vez menos estes serviços, sendo a utilização ainda mais reduzida para os que não preservaram os dentes (Siva, 1999; Silva & Fernandes, 2001; Araújo et al., 2009).

De entre as **Atividades de Participação** destacamos a concentração da atenção, ler, escrever e resolver problemas. Na concentração da atenção constatámos que cerca de 12% das pessoas apresenta dificuldades. Na leitura as dificuldades ultrapassam os 40% (40,9%) bem como na escrita (43,9%). Em ambos os casos deve salientar-se ainda que estes valores se devem comparar com os 30,7% de pessoas que na caracterização sócio-biográfica disse não saber ler nem escrever. Por outro lado, saliente-se o facto de haver uma associação estatisticamente significativa com a idade, com predominância destes problemas em pessoas com idades superiores a 75 anos. No que diz respeito à resolução de problemas verifica-se que existem dificuldades que carecem de ajuda em 31,5% das pessoas, com particular incidência, estatisticamente significativa, no grupo etário dos 75-84 anos.

De acordo com um estudo de Nakatani et al., (2009), realizado com 107 idosos com idade superior a 60 anos da área de abrangência de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Goiânia/GO, algumas incapacidades evidenciadas na amostra como: tomar medicação, discar o telefone, manusear dinheiro, fazer compras e usar meios de transportes, associam-se ao analfabetismo conforme os relatos dos idosos entrevistados. Somam-se a isso as dificuldades de acompanharem as transformações sociais, econômicas, tecnológicas devido ao afastamento progressivo da vida social. Também de acordo com McFarland, Ross & Giltrow (2002), o envelhecimento cognitivo parece implicar declínios na capacidade de trabalho, que impedem a aquisição de competências cognitivas complexas. Sharps (2007), de algum modo confirma, dizendo que o envelhecimento está relacionado com a diminuição da velocidade de raciocínio, diminuição da memória, da tomada de decisão em situações mais complexas, com implicações na diminuição da aprendizagem social e declínio relacionados com a idade.

No grupo das tarefas e exigências gerais, avaliamos a realização da rotina diária e verificámos que cerca de 11% das pessoas apresenta dificuldades que requerem ajuda, também neste caso com particular incidência nos grupos etários com idades superiores a 75 anos, sendo esta associação estatisticamente significativa. Também neste caso podemos comparar este resultados com os do estudo desenvolvido por Nakatani et al., (2009) no qual 58,1% possuíam algum grau de dependência, para administrar o seu ambiente e lidar com a vida social, sendo 57,1% com dependência parcial e 1% com dependência total. Entre os itens das AIVD nos quais os idosos apresentaram algum grau de dependência, identificamos: lavar roupa (38,1%), trabalho doméstico – limpar casa e tirar poeira (32,4%), utilizar o telefone (30,5%), usar os meios de transporte (24,5%), fazer compras (17,1%), manuseio de dinheiro (16,1%), tomar medicação (12,4%) e preparar as refeições (7,6%).

Relativamente aos autocuidados considerados neste estudo e tal como mais atrás já referimos, podemos concluir que para quase todos, exceto cuidar de partes do corpo, mais de 90% dos idosos não referem dificuldades que careçam de ajuda terapêutica.

De acordo com um estudo transversal de base populacional com idosos com 60 anos de idade ou mais, residentes na zona urbana da cidade de Ubá, Minas Gerais, Brasil, desenvolvido por Nunes et al., (2009), após avaliação dos pontos da escala de auto percepção da capacidade funcional nas AVDs, constatou-se que 20,2% dos idosos estavam nos três primeiros níveis de classificação (muito ruim, ruim e média) e apresentavam dependência em, pelo menos, uma AVD. A classificação em boa e muito boa foi observada em 79,8% dos indivíduos estudados. Constatou-se algum tipo de limitação funcional em 44,6% dos idosos e incapacidade total em 2,0% dos idosos. Ao calcular as medidas de associação, observou-se que idosos do sexo feminino, com idade acima da mediana, viúvas, analfabetas, morando sós, com baixa renda, sedentários e inativos no mercado de trabalho apresentaram maiores chances para o comprometimento da capacidade funcional. Quando se verificou a associação com as distintas faixas etárias, observou-se que o aumento da idade implica maior comprometimento da capacidade funcional. Idosos na faixa etária

entre 70 e 79 anos têm 7,3 vezes mais chances (IC 95%:3,6-14,9) de apresentarem comprometimento da capacidade funcional (OR:7,3; IC 95%; 3,6-14,9) em relação aos idosos na faixa etária entre 60 e 69 anos, enquanto os idosos de 80 anos e mais apresentaram 3,5 vezes mais chances (IC 95%; 3,5-14,6) em relação aos idosos de 70 a 79 anos

Conclusão

Em jeito de conclusão começamos por realçar, por um lado, a importância do trabalho desenvolvido, por outro, a convicção da incompletude e da necessidade de o continuar a desenvolver. De facto estamos convictos da importância da avaliação da funcionalidade dos idosos, quer como estratégia epidemiológica, quer diagnóstica *stricto sensus*, quer como estratégia de avaliação da eficácia dos cuidados. Por tais razões entendemos que o caminho empreendido é o adequado. Todavia, estamos apenas a dar os primeiros passos.

Sobre os resultados aqui apresentados podemos concluir que, no Alentejo, a população idosa:

- é maioritariamente feminina com uma Relação de Masculinidade de 76,0 a qual compara com 72,4 que é a relação de masculinidade da população portuguesa com 65 e mais anos (INE, 2011);
- tem um Índice de Massa Corporal em que uma percentagem 29,2% apresenta excesso de peso, e 11% apresenta baixo peso;
- tem um Nível de escolaridade de que se destaca o facto de 30,7% não saber ler nem escrever, sendo que esta percentagem recai predominantemente sobre mulheres (21,5%) e sobre os grupos etários 75-84 anos e 85 e mais;
- faz uma auto apreciação da condição financeira com base na qual 18,7% dos idosos dizem não ter as suas necessidades de alimentação satisfeitas; 19,2% afirmam não ter as de habitação; e 26% afirmam não ter as de saúde;
- tem um diminuto conhecimento/utilização de suporte social de tal modo que apenas 9,3% são beneficiários Complemento Solidário para Idosos, só 17,7% conhecem o cheque dentista e apenas 1,1% o utilizaram, apesar de 9,3% terem direito direto e imediato a ele.

Relativamente à funcionalidade sublinhamos:

- Funções de consciência - a percentagem de pessoas idosas que se situa no nível acima do qual carecem de cuidado terapêutico é inferior a 3%;
- Funções do sono - cerca de ¼ da amostra refere um nível de problema que requer ajuda terapêutica;
- Funções de memória - a percentagem de pessoas que requer ajuda terapêutica é um pouco superior a 25%;
- Funções emocionais - prevalecem as emoções positivas sentidas pelos idosos;
- Funções auditivas - cerca de 15% dos idosos carecem de cuidados, com uma associação estatisticamente significativa com a idade;
- Funções de dor - cerca de 58% dos idoso carecem de cuidados, os quais referem dor com especial incidência na coluna lombar (33,9%), seguido do joelho direito (15,5%), do joelho esquerdo (14,6%) e da região dorsal (12,4%).
- Estruturas da boca - apenas 26,7% dos idosos têm uma dentição funcional. Os restantes 73,3% não têm dentição funcional. Esta distribuição não tem qualquer relação significativa com a idade.
- Concentração da atenção constatámos que cerca de 12% das pessoas apresentam dificuldades.
- Ler - 40,9% dos idosos não conseguem ler;
- Escrever – 43,9% dos idosos não conseguem escrever;
- Resolução de problemas - 31,5% apresentam dificuldades que carecem de ajuda, com particular incidência, estatisticamente significativa, no grupo etário dos 75-84 anos;
- Rotina Diária - cerca de 11% das pessoas apresentam dificuldades que requerem ajuda, também neste caso com particular incidência nos grupos etários com idades superiores a 75 anos, sendo esta associação estatisticamente significativa;
- Atividade deslocar-se - 32,2% dos idosos apresentam dificuldades que requerem ajuda para subir e descer escadas;
- Autocuidados – uma percentagem de idosos que varia entre 2,8% nos cuidados relacionados com os processos de excreção e os 7,5% no vestir-se, carecem de ajuda terapêutica. A exceção é cuidar de partes do corpo, atividade na qual 14,1% dos idosos requerem ajuda terapêutica;

- Atividades relacionadas com a Vida comunitária, Social e Cívica - a maioria da amostra (61,8%), acha que não necessita de participar nesse tipo de atividades.

De acordo com os resultados apresentados pensamos que seja adequado perspetivar a continuação do desenvolvimento do Core Set dos Idosos, mas também o desenvolvimento de intervenções terapêuticas dirigidas a estes idosos. Todavia, preconizam-se medidas integradas que permitam o desenvolvimento dos fatores promotores da saúde, em detrimento da medicalização deste grupo populacional.

Bibliografia

Araújo, C.S.; Lima, R.C.; Peres, M.A.; Barros, A.J.D. (2009). Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 25(5): 10063-72.

Barrantes-Monge, M., García-Mayo, E., Gutiérrez-Robledo, L., & Miguel-Jaimes, A. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México*, 49(4), 459-466.

Benjamin, A. S. (2010). Representational Explanations of "Process" Dissociations in Recognition: The DRYAD Theory of Aging and Memory Judgments. *Psychological Review*, 117(4), 1055-1079.

Bonanni, E.; Tognoni, G.; Maestri, M.; Salvati, N.; Fabbrini, M.; Borghetti, D.; Di Coscio, E.; Choub, A.; Sposito, R.; Pagni, C.; Iudice, A.; Murri, L. (2010). *Acta Neurológica Scandinavica* [Acta Neurol Scand] , ISSN: 1600-0404. Vol. 122 (6), pp 389-97; PMID: 20175759

Bickenbach, J.E. (2003). Functional status and health information in Canada: proposals and prospects, *Health Care Financing Review* 24(3), 89-102.

Bierman, A. & Spector, W. (2001). Improving the health and health care of older Americans: a report of the AHQ task force on aging, Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

Caban, A. J.; Lee, D. J.; Gomez-Marin, O.; Lam, B. L. & Zheng, D. D. (2005). Prevalence of concurrent hearing and visual impairment in U.S. adults: The National Health Interview Survey, 1997–2002. *American Journal of Public Health*, 95(11), 1940–1942.

Carvalho, R. B. C. (2003). Barbosa, R. M.S.P. Actividade Física e Envelhecimento. In: Duarte, E.; Lima, S.T. (Org.). in: *Actividade física para pessoas com necessidades especiais: experiências e intervenções pedagógicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.81-90, 104p.

Cristofalo, V. J.; Tresini, J.; Francis, M. K. & Volker, C. (1999). Biological theories of senescence. In V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 98–112). New York: Springer.

Davanipour, Z.; Lu, N. M.; Lichtenstein, M. & Markides, K. S. (2000). Hearing problems in Mexican American elderly. *The American Journal of Otology*, 21, 168–172

De Sousa, C., Jesuíno, J.C., Morgado, A.S., Aniceto P., Bico, P., Ferreira, R., Hilário, A.L. & Neves, M.B. (2010) Estereótipos de género nas emoções dos idosos. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro de 2010

Direcção-Geral da Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa. Tradução de: Organização Mundial da Saúde (resolução WHA54.21)

European, COMMISSION. (EC) (2011). *Population, Key figures on Europe – 2011 edition*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, ISBN 978-92-79-18441-3.

European, COMMISSION. (EC) (2011b). *Demographic balance and crude rates*. European Commission Statistical Office

of the European Communities: Luxembourg Available from URL: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database. Accessed 28 August 2010.

Grill, E.; Joisten, S.; Swoboda, W., & Stucki, G. (2007). Early-stage impairments and limitations of functioning from the geriatric ICF core set as determinants of independent living in older patients after discharge from post-acute rehabilitation. *Journal Of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, 39(8), 591-597.

Hobdell, M.; Peterson, P.E.; Clarkson, J.; Johnson, N. (2003). Global goals for oral health 2020. [Em Linha]. Geneva: World Health Organization. [Consult. Janeiro de 2012]. Disponível em: http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_goals_2020.pdf

Hong, O.; Haan, M., & Moore, K. (2009). Prevalence of hearing loss in older Mexican Americans in Sacramento area. *Hispanic Health Care International*, 7(2), 88-94

Iliffe S, Kharicha K, Carmaciu C, et al. The relationship between pain intensity and severity and depression in older people: exploratory study. *BMC Fam Pract*. 2009;10:54.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). As pessoas. [em linha]. Lisboa : Instituto Nacional de estatística, I.P. ISBN 978-989-25-0074-4. Consultado em 17-02-2011]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=108445117&PUBLICACOESmodo

Instituto Nacional de Estatística. (INE) (2011). *Estimativas Anuais da População Residente*. Serviço de Difusão. Lisboa Available from URL: <http://metaweb.ine.pt/sim/variaveis/pesquisasimples.aspx?ID=PT>. Accessed 28 August 2010.

Instituto Nacional de Estatística. (INE) (2012). Censos 2011 – Resultados Provisórios. Lisboa – Portugal.

Instituto Nacional de Estatística. PORDATA. (2012). População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: por nível de escolaridade completo mais elevado (%) – Portugal. Disponível em [http://www.pordata.pt/Portugal/Popula+cao+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-2266](http://www.pordata.pt/Portugal/Popula+cao+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-2266). Acedido em 25 Agosto de 2012.

Jette A.M.; Haley, S.M.; Kooyoomjian, J.T. (2003). Are the ICF Activity and Participation dimensions distinct? *J Rehabil Med.*, 35:145-149

Matos, D.L.; Lima-Costa, M.P. (2006). Auto-avaliação da Saúde Bucal entre adultos e idosos residentes na região sul-deste: resultados do Projecto SB-Brasil, 2003. *Revista de Saúde Pública*, 22(8): 1699-1707.

McFarland, C.; Ross, M., & Giltrow, M. (2002). Biased recollections in older adults: the role of implicit theories of aging. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 62(5), 837-850.

Montejo, P.; Montenegro, M.; Fernandez, M., & Maestu, F. (2011). Subjective complaints in the elderly: Prevalence and influence of temporal orientation, depression and quality of life in a population-based study in the city of Madrid. *Aging & Mental Health*, 15(1), 85-96

Nakatani AYK, Silva LB, Bachion MM, Nunes DP. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2009;11(1):144-50. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a18.htm>.

Nunes, M.; Ribeiro, R.; Rosado, L., & Franceschini, S. (2009). The influence of sociodemographic and epidemiological characteristics on the functional capacity of elderly residents in the city of Ubá, Minas Gerais. *Brazilian Journal of Physical Therapy/Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13(5), 376-382.

Oliveira, Érika Cecília Soares; Martins, Sueli Terezinha Ferreira (2007) *psicologia social*, 19 (1): 90-98, Jan-Abr. <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>

Oliveira, Érika Arantes de; Pasian, Sonia Regina e Jacqemin, André. (2001) A vivência afetiva em idosos. *Psicol. cienc. prof.* [online]. vol.21, n.1, pp. 68-83. ISSN 1414-9893.

Parahyba, Maria Isabel Cardoso da Silva Simões, Celso. (2006). A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, outubro-dezembro, 967-974.

Pereira, Carla; Fonseca, César; Escoval, Ana; Lopes, Manuel. (2011). Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. VOL. 29, nº 1, 53-63.

Ribeiro, José Carlos; Wanderley, Flávia; Carvalho, Joana; Mota, Jorge. (2010). Sobrecarga ponderal em idosos, usando o IMC ou a %MG, e a sua relação com a massa muscular. 14º CONGRESSO PORTUGUÊS DE OBESIDADE. Porto, 26 a 28 de Novembro de 2010. Comunicações

Riberto, Marcelo. (2011). Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 938-946. Retrieved August 27, 2012, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500021&lng=en&tlng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500021>

Sharps, M. J. (2007). Age-related change in visual information processing: Toward a unified theory of aging and visual.. *Current Psychology*, 16(3/4), 284.

Silva, S.R.C. (1999). Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade, 1999. *Dissertação* (Doutoramento em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo.

Torre, P.; Moyer, C. J., & Haro, N. R. (2006). The accuracy of self-reported hearing loss in older Latino-American adults. *International Journal of Audiology*, 45, 559–562.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (UN) (2011). *Total population (both sexes combined) by major area, region and country, annually for 1950-2100 (thousands)*, Estimates, 1950-2010. *World Population Prospects: The 2010 Revision*, CD-ROM Edition.

World Health Organization. (2002). Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva. Consultado em 25 de Agosto de 2012 <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>

O CONTRIBUTO DA AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE PARA A DEFINIÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

PROF. DOUTORA ANA ESCOVAL, MESTRE CARLA PEREIRA, PROF. DOUTOR MANUEL LOPES

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

RESUMO | ABSTRACT

Relevância: Os registos de saúde da população, mais especificamente da população com mais de 65 anos, não contemplam informação sobre a funcionalidade. Contudo Portugal aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) como um instrumento versátil para a recolha de informação de saúde. A informação recolhida com esta ferramenta, além de ser um indicador do estado de saúde, é um ótimo indicador de previsão dos custos dos cuidados de saúde, Fried *et al.* (2001).

Problema de investigação: Como implementar o registo de informação sobre a funcionalidade, no sistema nacional de saúde (SNS)?

Objetivo do estudo: Identificar as oportunidades e ameaças, assim como os pontos fortes e fracos da implementação da CIF no Sistema de Saúde.

Tipo de estudo: qualitativo e seguiu uma metodologia descritiva transversal, recorrendo a um painel de peritos. Considerou-se que a metodologia sugerida por Delphi seria a mais adequada.

Amostra: foi constituída por profissionais de saúde, com experiência em doenças crónicas e conhecimento das classificações da Organização Mundial de Saúde.

Conclusões: A implementação da CIF no SNS envolve o desenho de modelos de identificação de ganhos em saúde, utilizando os domínios da CIF; a promoção da utilização da CIF como um instrumento de comunicação no SNS; a uniformização dos conceitos entre as áreas da saúde e social; o desenho da formação para divulgação da CIF e ainda o teste da aplicação da CIF em diferentes contextos e a identificação e divulgação dos benefícios que as organizações de saúde podem ter com a sua implementação.

ARTIGO | PAPER

Problemática

A avaliação da funcionalidade humana como indicador de ganhos em saúde não tem sido prática corrente, embora os profissionais de saúde frequentemente realizem a avaliação do estado funcional, na sua prática clínica, como guia para a tomada de decisões clínicas e a avaliação da terapia prescrita (ex. dificuldade em andar na artrite e na dor do joelho, sensação de falta de ar, dispneia na doença cardíaca congestiva). Contudo, na prática hospitalar de ambulatório a avaliação do estado funcional não é uma prática rotineira, consistente ou comprehensível (Reuben, 2002). Apesar das possíveis barreiras que condicionam a avaliação da funcionalidade, a inclusão dos componentes de funcionalidade nos sistemas de recolha de informação é uma prioridade, não só por ser um indicador de saúde, mas também por contribuir para identificação de ganhos em saúde.

Contextualizando esta temática na área do envelhecimento, acredita-se que muitas das organizações do Sistema de Saúde, que prestam cuidados à população com mais de 65 anos estão a contribuir para o aumento dos componentes de saúde, nomeadamente do estado funcional/funcionalidade da sua população. Reconhecer a funcionalidade como ganho em saúde, facilita a demonstração de resultados das organizações que prestam cuidados de saúde.

Os registo de saúde da população em geral, e mais especificamente da população com mais de 65 anos, não contempla informação sobre as dimensões da funcionalidade. Contudo, em Portugal foi aprovada a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) como um instrumento versátil para a recolha de informação, organizado por níveis de funcionalidade e de forma consistente e comparável internacionalmente.

A CIF tem vários níveis de aplicação podendo ser utilizada em desenvolvimento de políticas e de legislação nos setores da saúde e social.

Problema de investigação

Como implementar o registo de informação sobre a funcionalidade, segundo a CIF, no Serviço Nacional de Saúde (SNS)?

Objetivo

Identificar as oportunidades e ameaças, assim como os pontos fortes e fracos da implementação da CIF no SNS.

Estado de Arte

A funcionalidade

A funcionalidade humana assume diversas definições. De acordo com Jette (1995), reflete a capacidade do indivíduo em realizar a atividade de vida diária e participar em várias situações de vida e da sociedade, incluído, assim, as dimensões, física, emocional e cognitiva. Logo, a avaliação funcional refere-se ao processo de identificar e descrever num contínuo a funcionalidade do doente. Autores como Berman *et al.*, (1999) e Fried *et al* (2001), afirmam ainda que o estado funcional também pode ser um ótimo preditor dos custos dos cuidados de saúde.

A identificação de indicadores de limitação de capacidade funcional traduz uma primeira evolução pressionada pela mudança nos padrões de doença e mudanças demográficas, já que representam indicadores das consequências, mais do que da doença em si mesmo (Bowling, 1994).

A avaliação da funcionalidade humana, como indicador de ganhos em saúde, não tem sido prática corrente. Os profissionais de saúde frequentemente realizam avaliação do estado funcional na sua prática clínica como guia para a tomada de decisão clínica e avaliação da terapia prescrita, como por exemplo na sensação de falta de ar, dispneia na doença cardíaca congestiva, mas esta prática não é feita de forma rotineira, consistente ou compreensível (Reuben, 2002).

Funcionalidade, indicador de ganhos em saúde

A informação sobre o estado funcional ou funcionalidade pode ser usada para identificar e avaliar resultados, comparar as modalidades de tratamento e prever os custos. Pode, ainda, servir as necessidades de gestão dos prestadores de cuidados de saúde e dos contribuintes em áreas como gestão financeira, monitorização e garantia de qualidade (Kanaan, 2001). Outros autores também defendem que a informação constante dos registos administrativos sobre o estado funcional das pessoas e as mudanças ao longo do tempo poderia facilitar os esforços para avaliar o desempenho de saúde, comparar as modalidades de tratamento e garantir a qualidade (Parrish, 2010).

Os ganhos de funcionalidade constituem um dos exemplos de ganhos em saúde nesta área. Os ganhos em saúde podem traduzir-se de diferentes modos: ganhos em anos de vida que deixam de ser perdidos (acrescentar anos à vida); redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração (acrescentar saúde à vida); diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente devido a doenças, traumatismos ou às suas sequelas e aumento da funcionalidade física e psicossocial (acrescentar vida aos anos); redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde¹.

A identificação de ganhos em saúde é um contributo relevante para a avaliação de políticas de saúde, assim como

¹ in: "Saúde um Compromisso", 1999, edição da Direção Geral da Saúde/Ministério da Saúde

produz informação para a realização de Análise de Custo-Utilidade² dos diversos programas implementados na área da saúde, nomeadamente, nos programas de Gestão Integrada da Doença nas Unidades de cuidados continuados.

A inclusão da avaliação da funcionalidade humana como um indicador de ganhos em saúde, de forma sistemática, apresenta algumas barreiras:

1. A informação recolhida ainda não está coordenada, por exemplo, os beneficiários do sistema de saúde podem obter serviços em múltiplos contextos e de vários provedores, cada um com os seus registo e sistemas de informação (Howes et al., 1995)
2. Estes mecanismos são frequentemente independentes e não são integrados no processo clínico. Mesmo quando o estado funcional é registado não se encontra bem documentado, o que pode originar cuidados sub-ótimos.
3. Mesmo quando essa informação está registada, é difícil avaliar os outcomes devido à mobilidade dos utentes pelos diferentes prestadores de cuidados, públicos e privados.

Estes constrangimentos do registo do estado funcional dos utentes são semelhantes aos constrangimentos dos sistemas de informação em saúde de forma generalizada em Portugal.

Uma das ferramentas disponíveis para classificar a funcionalidade é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em conformidade com esta classificação, os componentes de Funcionalidade e da Incapacidade podem ser expressos de duas maneiras. Por um lado, eles podem ser utilizados para indicar problemas (incapacidade, limitação de atividade ou restrição de participação designadas pelo termo genérico deficiência) e, por outro lado, podem indicar aspetos não problemáticos (neutros) da saúde e dos estados relacionados com a saúde resumidos sob o termo funcionalidade.

A classificação formalmente utilizada nos sistemas de saúde é a Classificação Internacional de Doenças (CID10)³. Porém, os países membros da OMS, na sequência da Resolução WHA54.21 de 22 de maio de 2001, da 54.^a Assembleia Mundial da Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), co-aprovou a utilização da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)⁴, como uma estrutura para classificar a saúde e a incapacidade, tanto a nível individual, como populacional, valorizando não só o diagnóstico clínico (classificação de doença), como o desempenho e a participação do indivíduo, assim como a interação dos fatores contextuais na sua saúde. Esta classificação, em conjunto com a CID, pretende definir de forma mais global o estado de saúde do indivíduo, identificando diferentes componentes de saúde.

A CIF visa, assim, ser um instrumento para medir funcionalidade na sociedade, não interessando quais as razões das suas deficiências.

Devido às suas características, a CIF tem vários níveis de aplicação podendo ser utilizada em diversos setores, como a saúde, seguros, segurança social, trabalho, educação, economia, política social, desenvolvimento de políticas e de legislação. Permite, ainda, a descrição e comparação da saúde das populações num contexto internacional (CIF, 2004; Cieza e colaboradores, 2004; Farias e Buchalla, 2005; WHO, 2002).

Referindo a experiência do Canadá, como um dos países que contribui para a formulação da CIF (Bickenbach, 2003), a razão da introdução desta classificação no sistema estatístico canadense, prende-se com a utilização da informação do estado funcional das populações, não apenas para expandir a informação da saúde das populações, mas também para tratar a incapacidade como uma variável demográfica. Esta variável é usada para analisar o grau de participação de pessoas com incapacidade em vários contextos de vida, incluídos nos inquéritos sociais, como educação, emprego, transportes. A seu tempo, esta informação possibilitará a tomada de decisões políticas alargadas que ligam os resultados e gastos do sistema de saúde com os custos e resultados dos serviços sociais.

Esta é uma oportunidade para salientar o valor de recolher dados comparáveis acerca do estado funcional em vários contextos clínicos. Os avanços científicos na terapêutica médica, juntamente com a inovação na medicina geriátrica, estão a fornecer novos contextos clínicos que melhoram a funcionalidade do doente (Bierman and Spector, 2001).

Diferentes países membros da OMS organizaram-se em grupos de trabalho internacionais, que definiram prioridades

² Os Estudos Custo-Utilidade associam os custos de uma ação médica às suas consequências, expressas em variáveis qualitativas (critério não monetário). São exemplo, os custos associados a anos de vida ajustados pela qualidade (QALY, Quality Adjusted Life Years), o equivalente de anos de saúde (HYE, Healthy Years Equivalent) ou os anos de vida ajustados pela incapacidade (DALY - Disability Adjusted Life Years)

³ Esta classificação pertence à família das classificações internacionais desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde, é utilizada no Serviço Nacional de Saúde na sua 10.^a versão.

⁴ Tal como a CID, esta classificação também pertence à família das classificações internacionais desenvolvidas pela OMS

para o trabalho de cooperação e identificaram as forças estratégicas e oportunidades a nível nacional e internacional que conduzem à implementação da CIF (**Quadro 1**).

Envelhecimento e incapacidade

Nas próximas décadas, em termos mundiais, iremos assistir ao envelhecimento da população, com impacto ao nível da sustentabilidade económica, social e demográfica (Maggi, 1993; Davis, 2005; Domeij & Flodén, 2006; Pilichowski, Arnould & Thrkisch, 2007; Eurostat, 2008; INE, 2008), com implicações profundas ao nível do planeamento em saúde (Lafontaine & Balestat, 2007).

O envelhecimento demográfico encerra desafios a vários níveis, nomeadamente para a sociedade e para o Estado, mas particularmente para as famílias e instituições de saúde e de segurança social. A este fenómeno também está associado o aumento das incapacidades e doenças crónicas, mais especificamente as doenças associadas a processos degenerativos.

Em Portugal, verifica-se um envelhecimento demográfico acentuado, o qual resulta, entre outros, de uma diminuição da fecundidade e do aumento da longevidade. A esperança média de vida da população portuguesa é proveniente do aumento da sobrevivência em idades avançadas.

Em Portugal, no ano de 2009, a população com 65 ou mais anos representava, em relação à população total, cerca de 17,6%, posicionando-nos no grupo de países da UE em que esta faixa populacional apresenta percentagens mais elevadas (INE, 2011).

De acordo com esta mesma publicação, nas estimativas de população residente, o número de indivíduos do grupo dos 65 e mais anos é de 1.901.153 (19%), superior portanto ao resto dos grupos etários, confirmado aliás pelos resultados do último censo⁵.

O custo do envelhecimento

De acordo a Comissão Europeia (2009), o impacto do envelhecimento inclui os custos com as pensões, cuidados de saúde, cuidados continuados, educação e com o desemprego (**Tabela 1**). As projeções da Comissão Europeia para estas áreas preveem um agravamento progressivo da despesa pública que atingirá os 0,2% em 2050.

	2010	2015	2020	2030	2040	2050	2060	2010-60
Pensões	11.9	12.1	12.4	12.6	12.5	13.3	13.4	1.5
Saúde	7.3	7.5	7.6	8.0	8.5	8.9	9.1	1.8
Cuidados Continuados	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1
Educação/Desemprego	5.6	5.4	5.2	4.9	4.8	5.0	5.1	-0.5
Total	24.9	25.0	25.2	25.7	26.0	27.4	27.8	2.9

Tabela 1 - Previsões de evolução da despesa pública portuguesa relacionada com o envelhecimento da população 2010-2060 (%PIB)

Fonte: European Comission (2009)

Segundo a OCDE, os gastos direcionados para os cuidados com idosos dependentes vai duplicar e, talvez, até triplicar, até 2050. Segundo esta organização - grupo formado pelos 34 países mais ricos do planeta -, é preciso melhorar

a gestão do atendimento e os cuidados oferecidos aos idosos, pois há uma expectativa de que a população de 80 ou mais anos passe dos atuais 4% da população total dos países-membros para 10%, até 2050.

Ao longo dos anos, vários têm sido os estudos desenvolvidos sobre esta problemática, dada a sua elevada importância e a tendência crescente do peso relativo de pessoas com, pelo menos, uma incapacidade ao longo da vida.

Segundo o Observatório Nacional de Saúde (ONSA), no ano 2000, Portugal tinha 19.411 indivíduos incluídos no programa de pensões para incapacidades permanentes, o que significa 0,2% do total da população. Deste conjunto da população, 79% têm incapacidade inferior a 50% e 21%, isto é, 4.049 indivíduos sofrem de incapacidades superiores a 50%. Sabe-se igualmente que 35% deste coletivo de pensionistas é formado por indivíduos com idade superior a 65

⁵ http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2

anos, o que significa que uma grande percentagem de indivíduos com incapacidade permanente não é idosa (65%, o que significa 12.613 indivíduos) (OPSS, 2005).

Da mesma forma, para o conjunto de pensões de velhice, as pensões por incapacidade permanente também aumentaram de forma significativa, situando-se nos 22% entre 1990 e 2000 (OPSS, 2005).

Alemanha (Schuntermann, 2003)	Adoção da CIF por diversos ministérios, ex.: segurança social Criação de material de treino, definido segundo as necessidades da população alemã Aplicação da checklist em vários projetos no contexto da reabilitação, facilitando o diagnóstico funcional, planeamentos, medicação e reabilitação Definição de Core Sets
Austrália (Madden, 2003)	Estabelecer um acordo nacional na definição do termo incapacidade Criação do guia de utilização da CIF Operacionalização do conceito e utilização da CIF em áreas prioritárias; compensação de acidente, reabilitação, cuidados continuados Colaboração em projetos de investigação Utilização de um quadro de registo da informação recolhida segundo a CIF Criação de um dicionário de informação nacional de acordo com a CIF
EUA (Reed et al., 2003)	Aumento da consciência da CIF Definição de linhas orientadoras para a codificação, incluindo a delimitação e e validação dos qualificadores Treino incluindo garantia qualitativa Medidas de organização de instrumentos existentes para uso da CIF nos estudos estatísticos, registos clínicos e administrativos Introdução da CIF nos currículos e projetos universitários Revisão dos cuidados financiados segundo a CIF
França (Barral, 2003)	Criação de um centro de disseminação da CIF com um grupo de interesse e um programa de formadores da CIF Criação de uma ferramenta educacional composta por cinco módulos
Hungria (Kullmann, 2003)	Utilização sistemática da CIF nas reformas legislativas relacionadas com a pessoa com deficiência Treino e aplicação em publicações Uso de qualificadores de acordo com a CIF (médicos, engenheiros de reabilitação, educadores especiais) Construção de um programa informático para os cuidados crónicos e com o uso da CIF criaram um algoritmo para calcular os reembolsos/subsídios
Itália (Leonardi, 2004)	Alteração legislativa Iniciativas locais (sociedade científica, universidades, hospitais, individuais) Levantamento das necessidades Levantamento da melhor metodologia para a Itália Os governos com diferentes parcerias construíram uma plataforma web (instrumento de registo) para aplicação da CIF. Aplicado em vinte e cinco Ministérios de Saúde Pública e com aplicação laboral em cinco regiões piloto, com equipas multidisciplinares
Finlândia (Talo, 2003)	Identificação das diferentes áreas de gestão de conhecimento que beneficiariam da utilização da CIF Constituição de uma equipa multidisciplinar que definisse planos de ação Formação e material educacional comum para profissionais de diferentes áreas Plano prático dos centros de segurança social para começarem a trabalhar na disseminação da CIF na Finlândia a curto prazo
Reino Unido (UK WHO Collaborating Centre, 2003)	Constituição de um grupo de formadores com o objetivo de a utilizar nas diferentes áreas e níveis de intervenção da CIF Conseguir que a funcionalidade seja uma componente avaliada em contexto clínico e simultaneamente registada Identificar as linhas orientadoras de codificação Formação de profissionais de saúde
Portugal	13/12/2001 – Indicação do Conselho Superior de Estatística para o grupo de trabalho de estatísticas da deficiência e reabilitação para acompanhar o desenvolvimento dos trabalhos de elaboração da «Classificação Internacional de Funcionalidades» 13/11/2002 – Aprovação nacional na 240.ª Deliberação do Conselho Superior de Estatística 07/01/2003 – Publicação no D.R. II.ª Série, da aprovação da CIF para uso no sistema estatístico nacional Março de 2004 – Publicação oficial no site da DGS da tradução da CIF para português 19 e 20 /10/2004 – Seminário «Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Sua implementação em Portugal», promovido pelo o Secretariado Nacional de Reabilitação 08/11/2004 – Formação de grupo interdisciplinar formal para promoção de implementação da CIF – DGS 05/07/ 2005 – Seminário de divulgação da CIF, promovido pela DGS 2005 – Instituto Nacional para a Reabilitação traduziu o Guia do Participante para uma Linguagem Comum de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF 07/01/2008 – Decreto-Lei n.º 3/2008 refere que os resultados decorrentes da avaliação constantes no relatório técnico-pedagógico devem ser obtidos por referência à CIF 13/07/12 - Projeto de resolução n.º 407/xii/1.º, recomenda ao governo a criação do estatuto do doente crónico e da tabela nacional de incapacidade e funcionalidade da saúde

Quadro 1 - Estratégias de implementação da CIF realizadas por diferentes países membros da OMS

Dentro deste cenário, a OMS estima que a população com algum tipo de incapacidade, nos casos em que não existe um programa de gestão eficiente, representará, pela necessidade de tratamentos continuados, intensivos e dispendiosos, um custo elevado para os sistemas de saúde.

Incapacidade

A incapacidade é um fenómeno que pode ou não estar associado a alterações das funções e estruturas do corpo, isto é, pode existir deficiência sem existir incapacidade e incapacidade sem existir deficiência, mas assume uma relação "simbiótica" com as atividades de participação e com os fatores contextuais (ambientais e pessoais).

Incapacidade é um termo genérico, pois reflete as diversas consequências da doença, lesão ou malformação congénita na funcionalidade em diversos níveis. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a incapacidade consiste na restrição ou falta de capacidade para realizar uma atividade dentro dos limites considerados normais para um ser humano. As incapacidades podem ser temporárias ou permanentes, reversíveis ou irreversíveis, progressivas ou regressivas. O processo de incapacidade refere-se, portanto, à dinâmica da incapacidade.

De acordo com o modelo conceptual da Classificação Internacional de Funcionalidade (OMS, 2004), a incapacidade pode ser interpretada como um contínuo de funcionalidade em três dimensões, a pessoa, a atividade, e o meio em que realiza a atividade (Clauser, 2003).

Neste modelo, o termo incapacidade representa uma interação dinâmica entre a pessoa e o ambiente, identificando-se a "participação" como um resultado importante em saúde (Rosenbaum & Stewart, 2004).

Através dos resultados dos INS (**Tabela 2**), sabemos que da população residente com idade igual ou superior a 10 anos, 198.128 indivíduos em 1988/9 e 279.595 indivíduos em 2004/5 referiram uma incapacidade de longa duração, isto é, declararam estar sempre acamados/as ou sempre sentados/as numa cadeira ou limitados/as à sua casa para se movimentarem, com pelo menos uma incapacidade de longa duração de grau 1 verificaram-se 1.936.652 indivíduos em 1988/9 e 1.797.666 indivíduos em 2004/5, com pelo menos uma incapacidade de longa duração de grau 2 verificaram-se 297.338 indivíduos em 1988/9 e 357.782 indivíduos em 2004/5. Estes tipos de incapacidade apresentam ainda variações em relação ao sexo.

	INS 1998/99	INS 2004/05
População residente com 10 ou mais anos (a)	8 679 649	9 031 102
População sempre acamada ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar (b)	198 128	279 595
População que referiu pelo menos uma incapacidade parcelar de grau 1 (c)	1 936 652	1 797 666
População que referiu pelo menos uma incapacidade parcelar de grau 2(c)	297 338	357 782
População de mulheres sempre acamada ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar (b)	131 326	179 514
População de mulheres que referiu pelo menos uma incapacidade parcelar de grau (c)	1 148 002	1 070 034
População de mulheres que referiu pelo menos uma incapacidade parcelar de grau 2 (c)	184 495	210 249
População de homens sempre acamada ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar (b)	66 802	100 081
População de homens que referiu pelo menos uma incapacidade parcelar de grau 1(c)	788 650	727 631
População de homens que referiu pelo menos uma incapacidade parcelar de grau 2(c)	112 843	147 533

Tabela 2 - Informação sobre a incapacidade de longa duração. Segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 1998/99 e 2004/05

Fonte: INSA/INE - Quarto Inquérito Nacional

- a) Estimativas de população média para 2005
- b) Inclui a população que declarou estar sempre acamada, ou sempre sentada numa cadeira (não cadeira de rodas), todo o dia (exceto noite) ou limitada à sua casa para se movimentar
- c) Incapacidade de grau 1: incapacidade física de longa duração (aquele que tem duração, ou que é previsível que tenha duração superior a 6 meses) e para a qual o entrevistado refere ser capaz de a realizar "sozinho mas com dificuldade".
- d) Incapacidade de grau 2: incapacidade física de longa duração (aquele que tem duração, ou que é previsível que tenha duração superior a 6 meses) e para a qual o entrevistado refere ser capaz de a realizar "só com ajuda"

Custos associados com a incapacidade

Apesar de não existir informação disponível relativa aos gastos/custos associados à incapacidade de longa duração, assume-se que estes podem ser semelhantes aos custos com a doença crónica, uma vez que numa perspetiva eco-

nómica, e de acordo com a OMS, os custos identificados são sentidos por toda a sociedade:

- Doentes e família – custos mensuráveis incluindo os gastos com os cuidados médicos, redução dos dias de trabalho, desemprego. Os doentes e as suas famílias suportam custos que vão para além do valor monetário calculado e que estão relacionados com a diminuição da esperança média de vida, as condições relacionadas com a incapacidade, participação e diminuição da qualidade de vida.
- Os sistemas de saúde assumem grande parte dos cuidados médicos, mas também suportam muitos dos gastos que estão a jusante aos custos com o tratamento (ex.: meios complementares de diagnóstico).
- Os profissionais de saúde podem sentir-se frustrados no tratamento de situações crónicas e os gestores da área da saúde ficam insatisfeitos com os resultados e consumo de recursos.
- Os governantes, os empregadores e a sociedade sofrem porque perdem trabalhadores devido a morte, incapacidade, morbidade relacionada com condições crónicas, sendo que estas últimas provocam a maior perda de potencial produtivo.

O fenómeno do envelhecimento da população, potenciado pela incapacidade, poderá colocar em risco a sustentabilidade das várias políticas de saúde, (ex. rede nacional de cuidados continuados) se não existir evidência dos ganhos de saúde obtidos por a população destes serviços.

Neste sentido, a CIF é uma ferramenta Internacional que permite classificar o estado de saúde de um individuo ou uma população, fornecendo informação para a identificação de ganhos em saúde, podendo dar um contributo para a definição de políticas de saúde mais equitativas.

Metodologia de investigação

O estudo realizado foi do tipo qualitativo e seguiu uma metodologia descritiva transversal, recorrendo-se a um painel de peritos.

Considerou-se que a metodologia sugerida por Delphi seria a mais adequada, uma vez que o objetivo desta recolha de informação era criar um consenso quanto ao resultado da análise SWOT⁶ (identificação dos pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças).

O painel de Delphi é um método utilizado desde 1950, desenvolvido pelos investigadores Dalkey e Helmer, citados por Ludwig (1997), e tem como objetivo recolher e agregar sistematicamente informação e opiniões de grupos de peritos, numa área específica ou assunto, na tentativa de atingir uma decisão de consenso. Baseia-se na estruturação de informação relevante e esta informação adquire-se através da resposta individual de cada perito que responde ao estudo. A comparação e ordenação, tendo por critério o “nível concordância” das suas respostas promovem um consenso.

Os pré-requisitos apontados por Ludwig (1997) para a escolha da metodologia de Delphi são idênticos às condições existentes para a identificação dos pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças da implementação da CIF no SNS:

- a. Necessidade de decisões políticas ou planeamento para o futuro;
- b. Necessidade de consensos de grupo sem existirem condições para um encontro presencial de peritos;
- c. Existência de um grupo de peritos que possa ser identificado.
- d. Utilizar um grupo de peritos para obter informação ou opiniões;
- e. Usar uma distribuição sequencial de questionário com informação sumarizada;
- f. Fazer uma tentativa sistematizada para reproduzir um consenso de opiniões e identificar opiniões divergentes;
- g. Garantir o anonimato dos elementos do painel e das suas declarações;
- h. Utilizar uma inter-relação e um feedback controlados;
- i. Ser conduzido por uma série, onde o sumário de resultados das séries é comunicado. O resultado desta recolha de informação foi um conjunto de ideias e opiniões que foram redistribuídas, pedindo, posteriormente, a cada perito que reconsiderasse sobre o consenso de opiniões que voltaram a ser comparadas (Reid, 1988).

⁶ A Análise SWOT é uma ferramenta utilizada para fazer análise de cenário (ou análise de ambiente), sendo usada como base para a gestão e planeamento estratégico de uma organização ou empresa, mas podendo, devido à sua simplicidade, ser utilizada para qualquer tipo de análise de cenário. O termo SWOT é uma sigla oriunda do idioma inglês, e é um acrônimo de *strengths* (forças), *weaknesses* (fraquezas), *opportunities* (oportunidades) e *threats* (ameaças). Esta análise de cenário divide-se em ambiente interno (forças e fraquezas) e ambiente externo (oportunidades e ameaças). As forças e fraquezas são determinadas pela posição atual da empresa e relacionam-se, quase sempre, com fatores internos. Já as oportunidades e ameaças são antecipações do futuro e estão relacionadas com fatores externos (Weihrich, 1982).

A realização de várias séries de recomendações de consenso pode tornar-se inútil, pois normalmente após três recolhas de questionários poderá atingir-se a estabilidade e o consenso (Walker, 1986).

Foi assim necessário desenhar três questionários de recolha de informação, para os quais foram adotados os procedimentos de construção de questionário referidos na literatura.

O 1.º questionário de recolha de informação no painel de peritos, foi construído com questões abertas, com o objetivo de recolher a maior variedade e quantidade de informação, para posteriormente se organizar e se redistribuir ao painel, para que este expresse o seu grau de concordância, recorrendo à escala de Likert.

Para facilitar o preenchimento do questionário e aumentar o nº de resposta ao 1.º questionário, optou-se por desenhar um questionário de escolha múltipla com uma questão aberta. Esta alteração metodológica, prevista na literatura, é designada por painel de Delphi modificado.

Os itens pré-selecionados para a construção das questões do 1º questionário deste painel, foram selecionadas segundo os critérios definidos por Rodney (1999); a) revisões sistemáticas da literatura; b) consulta de relatórios dos grupos de trabalho existentes sobre a temática em estudo.

A primeira vantagem desta modificação ao Delphi é que aumenta consideravelmente o número de respostas recolhidas na 1.ª recolha de questionários e promove uma fundamentação sólida do trabalho previamente desenvolvido.

Outra vantagem adicional relacionada com esta modificação da técnica de Delphi, inclui a redução dos efeitos de viés resultantes da interação do grupo, assegura o anonimato e promove um feedback controlado dos participantes (Dalkey, 1969), (Judd, 1972) e (Brooks, 1979).

De acordo com Cayton (1997), o número de peritos necessários para realizar um painel de Delphi é variável, pode situar-se entre cinco e dez, dependendo da homogeneidade dos peritos do grupo. De modo a garantir a homogeneidade do painel foram definidos critérios de seleção de peritos.

Perito é aqui entendido como «aquele que possui um conhecimento e experiência necessária para participar». Este aspeto permitiu caracterizar a amostra desta metodologia como uma amostra de conveniência.

Critérios de inclusão dos peritos na amostra:

- a. Conhecimento da CIF
- b. Atividade profissional:
- c. Habilidades académicas;
- d. Anos e experiência profissional na área da gestão e docência;
- e. Estudos desenvolvidos e publicados.

Após a identificação dos elementos constituintes do painel, estes foram convidados telefonicamente a participar no painel. Cada perito foi questionado acerca da concordância dos pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças à implementação da CIF no SNS.

Resultados e Discussão

Caracterização dos peritos

O painel de Delphi modificado foi constituído por nove elementos, na primeira recolha de informação, oito na segunda e sete na terceira recolha.

Estiveram representadas três profissões: médico; fisioterapeuta e sociólogo. Quanto às habilitações académicas, o painel era composto por três licenciados, quatro mestres e dois doutorados. Todos os peritos possuíam conhecimento da CIF, dois elementos desde 2001, cinco elementos desde 2002, um elemento desde 2004 e outro elemento desde 2005. Possuíam experiência profissional na área da gestão e direção de serviços, cinco dos quais com mais de dezenas-seis anos de prática nesta área. Verificou-se ainda que o painel de peritos tinha desenvolvido ou publicado estudos na área de gestão dos serviços de saúde (n=5), ganhos em saúde (n=5), políticas de saúde (n=4) e CIF (n=3).

1.º Questionário

Percentagem de concordância com os pontos fortes identificados para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde

Com uma percentagem de concordância superior a 55%, o painel de peritos, na sua primeira reflexão, refere que todos os aspetos constituíam pontos fortes que promoviam a implementação da CIF. (**Tabela 3**). Salienta-se o facto de existirem quatro itens que foram referidos por unanimidade da amostra (100%), nomeadamente, a existência de alguns peritos entusiastas desta classificação, a possibilidade de utilizar a CIF nos diferentes níveis de cuidados, reconhecer a utilidade da CIF para a realização de uma avaliação de programas de saúde pública e a normalização das condições da aplicação da CIF pode facilitar a avaliação de resultados em saúde.

O facto de o painel de peritos concordar na sua totalidade com a existência de alguns peritos entusiastas desta classificação, como ponto forte, pode estar associada à constituição de diversos grupos de trabalho e reflexão sobre a CIF, implementados por diferentes entidades públicas, nos quais estão inseridos os peritos constituintes deste painel. Alguns desses grupos de trabalho incluem, o grupo de trabalho de estatísticas da deficiência e reabilitação do Conselho Superior de Estatística para acompanhar o desenvolvimento dos trabalhos de elaboração da CIF; o grupo de implementação da CIF do Instituto Nacional de Reabilitação, para apoio a estudos sobre a avaliação de contextos; o grupo interdisciplinar formal para a promoção da implementação da CIF da DGS. A existência destes grupos de

trabalho cria a possibilidade de formação de peritos sobre a CIF e respetivo processo de implementação.

O painel de peritos ao reconhecer unanimemente que a normalização das condições da aplicação da CIF pode facilitar a avaliação de resultados em saúde como um ponto forte, assume dois pressupostos: a CIF facilita a avaliação de resultados e, a utilização da CIF para avaliação de resultados está dependente da normalização das condições de aplicação.

PONTOS FORTES	Frequência de resposta «sim»	%
Incluir a utilização da CIF como objetivo do Plano Nacional de Saúde	7	77,7
Definir as áreas para a utilização da CIF	7	77,7
Utilizar a CIF para identificar ganhos em saúde	8	88,8
Existência de alguns peritos entusiastas desta classificação	9	100
Existência de experiência de implementação de outros produtos da família das classificações da OMS	8	88,8
Utilizar a CIF em diferentes contextos como estudos, áreas clínicas e programas políticos	8	88,8
Utilizar a CIF em complementaridade com a CID e futuramente com a CI (Classificação de Intervenções)	8	88,8
Custo de implementação da CIF	5	55,5
Capacidade de construção do plano de formação nacional para aplicação da CIF	6	66,6
Possibilidade de utilizar a CIF nos diferentes níveis de cuidados	9	100
Centrar a observação na pessoa e não exclusivamente na doença	8	88,8
Promover outra dimensão de olhar a saúde	7	77,7
Possibilitar a participação da pessoa na sua avaliação global	8	88,8
Reconhecimento da importância da CIF pelos profissionais de saúde	8	88,8
Utilizar a CIF como instrumento que valoriza a pessoa de forma positiva	8	88,8
Reconhecer a utilidade da CIF para a realização de uma avaliação de programas de saúde pública	9	100
Instrumentos de formação académica integrador da área da saúde e da área social	7	77,7
A normalização das condições da aplicação da CIF pode facilitar a avaliação de resultados em saúde	9	100

Tabela 3 - Frequência e percentagem de concordância, do painel de peritos, com os pontos fortes identificados em agosto de 2006, para promover a implementação da CIF no serviço nacional de saúde

O uso da CIF na avaliação de resultados é uma das indicações da OMS, não só para uso clínico e epidemiológico mas também para nível administrativo, com o objetivo de quantificar ganhos em saúde. Relativamente às condições de aplicação da CIF parece haver unanimidade no painel de peritos de que a normalização das condições da aplicação da CIF pode facilitar a avaliação de resultados em saúde.

Percentagem de concordância com as oportunidades identificadas para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde

Todos os itens apresentados ao painel de peritos como potenciais oportunidades externas referentes à implementação da CIF no Sistema de Saúde, tiveram uma concordância superior a 77%, existindo cinco itens com concordância de 100%. As oportunidades identificadas por unanimidade constituíram: «Introdução da CIF em currículos académicos de diferentes universidades»; «Existência de diferentes iniciativas locais para a divulgação da CIF»; «Interesse político em utilizar a informação resultante da aplicação da CIF»; «Aumento do interesse governamental na população

com incapacidade» e «Necessidade de respostas reabilitativas».

Percentagem de concordância com as fraquezas identificadas na implementação da CIF

Dos itens que representam as fraquezas na implementação da CIF no Sistema de Saúde, salientam-se três: a «Necessidade de demonstração prática da utilidade da CIF» obteve uma percentagem de concordância de 100%. A «Ausência de instrumentos para medir a funcionalidade humana» e «Falta de humanismo dos profissionais de saúde» obtiveram uma percentagem de concordância inferior a 50%.

Percentagem de concordância com as ameaças identificadas à implementação da CIF no Sistema de Saúde

Verifica-se que dos itens identificados na literatura como ameaças ao processo de implementação da CIF na Sistema de Saúde, três não tiveram uma concordância superior a 50%: «Falta de aprovação e cooperação ao nível da OMS e outros países»; «Expectativas dos grupos de doentes» e «Construção de instrumento que meça a funcionalidade para uma área social diferente da área da saúde».

2.º Questionário

Quando foi pedido ao painel de peritos que identificassem cinco potenciais pontos fortes referentes à implementação da CIF no Sistema de Saúde, quatro referências tiveram concordância superior a 50%. Designadamente: «Incluir a utilização da CIF como objetivo do Plano Nacional de Saúde»; «Utilizar a CIF para identificar ganhos em saúde»; «Utilizar a CIF em diferentes contextos como estudos, áreas clínicas e programas políticos» e «Possibilidade de utilizar a CIF nos diferentes níveis de cuidados».

Na segunda reflexão sobre as oportunidades externas, referentes à implementação da CIF no Sistema de Saúde, o painel de peritos identificou seis oportunidades com representatividade igual e superior a 50%, nomeadamente: «Introdução da CIF em currículos académicos de diferentes universidades»; «Existência de diferentes iniciativas locais para a divulgação da CIF»; «Interesse político em utilizar a informação resultante da aplicação da CIF»; «Aumento do interesse governamental pela população com incapacidade» e «Necessidade de transparência de critérios para atribuição de subsídios».

Potenciais fraquezas referentes à implementação da CIF no Sistema de Saúde

As fraquezas, com representatividade superior a 50%, que o painel de peritos assinalou quando foi solicitada a identificação das cinco potenciais fraquezas à implementação da CIF no Sistema de Saúde são as seguintes: «Ausência de estratégias de implementação da CIF a nível local e regional»; «Desconhecimento dos benefícios da utilização da CIF»; «Indefinição dos mecanismos de operacionalidade da CIF no Sistema de Saúde»; «Resistência à mudança e ausência de motivação para a implementação da CIF» e «Falta de disponibilidade dos profissionais de saúde para aprender e aplicar a CIF».

Potenciais ameaças referentes à implementação da CIF no Sistema de Saúde

As ameaças, com representatividade superior a 50%, identificadas pelo painel de peritos foram: «Falta de financiamento para a implementação da CIF»; «Necessidade de se adaptar à conjuntura legislativa»; «Ausência de vontade política»; «Resistência dos órgãos de gestão dos parceiros do Sistema de Saúde, Segurança Social, Educação e Finanças» e «Clivagem da área social com a área da saúde».

3.º Questionário

Na terceira reflexão os peritos constituintes do painel assinalaram, com percentagens superiores a 50%, quatro pontos fortes, sete oportunidades, cinco fraquezas e três ameaças ao processo de implementação da CIF no Sistema de Saúde (cf. Quadro 2).

Os quatro pontos fortes apontados pelos peritos estão focalizados nas mais-valias que a utilização da CIF pode promover enquanto ferramenta nas diferentes áreas de atuação do Sistema de Saúde. Porém, a implementação destes pontos fortes está condicionada pelas cinco fraquezas identificadas e que são inerentes ao próprio sistema. Estas cinco fraquezas apontadas pelo painel de peritos estão muito relacionadas com as barreiras à implementação definidas pelo grupo focal, na primeira recolha de informação.

As oportunidades identificadas podem resumir-se em Oportunidades Educacionais («Introdução da CIF em currículos académicos de diferentes universidades»; «Existência de diferentes iniciativas locais para a divulgação da CIF»); e em

Oportunidades Políticas («Interesse político em utilizar a informação resultante da aplicação da CIF»; «Aumento do interesse governamental na população com incapacidade»). Todavia, as ameaças identificadas («Falta de financiamento para a implementação da CIF», «Necessidade de se adaptar à conjuntura legislativa», «Clivagem da área social com a área da saúde») estão muito dependentes do interesse legislativo e das prioridades políticas.

Conclusão

A identificação das oportunidades e ameaças, assim como, dos pontos fortes e fracos da implementação da CIF no Sistema de Saúde permite concluir que existem alguns princípios orientadores fundamentais que importa levar em consideração (**quadro 2**).

1. Desenvolver um modelo de operacionalização da CIF no SNS;
2. Desenhar modelos de identificação de ganhos em saúde, utilizando os domínios da CIF;
3. Promover a utilização da CIF como um dos instrumentos de comunicação no SNS;
4. Uniformizar conceitos entre a área da saúde e a área social para a utilização da CIF;
5. Desenhar módulos de formação para apresentação e divulgação da CIF para os profissionais do SNS e restante parceiros;
6. Testar a aplicação da CIF no SNS em diferentes contextos;
7. Identificar e divulgar os potenciais benefícios que as organizações de saúde podem ter a curto prazo com a implementação da CIF.

Tendo em conta os princípios orientadores identificados nos resultados deste estudo, assim como, as barreiras à implementação de uma classificação de componentes de saúde (CIF), considerou-se pertinente propor a constituição de um comité nacional para a sua implementação, tal como o sugerido pela OMS.

Atualmente, existem diversas iniciativas académicas e de profissionais isoladas, que facilitam a divulgação e implementação da CIF, utilizando-a com ferramenta de recolha de informação ou como sistema de categorização de informação. Paralelamente, a Direção Geral da Saúde está a testar a aplicação de um modelo de registo de duas das dimensões da funcionalidade (atividades/participação e fatores ambientais), no contexto das doenças crónicas.

SISTEMA DE SAÚDE		
Meio envolvente	PONTOS FORTES	FRAQUEZAS
	PONTOS FORTES <ul style="list-style-type: none"> Utilizar a CIF como objetivo do Plano Nacional de Saúde Utilizar a CIF para identificar ganhos em saúde Utilizar a CIF em diferentes contextos do Sistema de Saúde Utilizar a CIF nos diferentes níveis de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> Ausência de estratégias de implementação Desconhecimento dos benefícios da utilização da CIF Mecanismos de operacionalidade da CIF no Sistema de Saúde Resistência à mudança e ausência de motivação Falta de disponibilidade para aprender e aplicar a CIF
	OPORTUNIDADES	<ul style="list-style-type: none"> Introdução da CIF em currículos académicos Iniciativas locais para a divulgação da CIF Interesse político Interesse na população com incapacidade Necessidade de identificar um indicador de saúde CIF como instrumento de comunicação Transparência de critérios para atribuição de subsídio
	AMEAÇAS	<ul style="list-style-type: none"> Falta de financiamento para a implementação da CIF Necessidade de se adaptar à conjuntura legislativa Clivagem da área social com a área da saúde
		<ul style="list-style-type: none"> Desenhar um modelo de identificação de ganhos em saúde na população com incapacidade, utilizando os domínios da CIF Promover a utilização da CIF como instrumento de comunicação no Sistema de Saúde Identificar incongruências legislativas que podem surgir com a utilização da CIF para identificar ganhos em saúde Uniformizar conceitos com a área social utilizando a CIF
		<ul style="list-style-type: none"> Construir formação para apresentação e divulgação da CIF para os profissionais do Sistema de Saúde e seus parceiros, valorizando a mais-valia da sua utilização Desenvolver um modelo operacionalização da CIF no Sistema de Saúde Testar a aplicação da CIF no Sistema de Saúde em diferentes contextos Recrutar elementos do Sistema de Saúde com domínio da CIF para promover a sua implementação Identificar quais os benefícios que as organizações de saúde podem ter a curto prazo se implementarem a CIF

Quadro 2 - Diagrama SWOT para a implementação da CIF no Sistema de Saúde

BIBLIOGRAFIA

Barral, C., Maudinet, M. (2003), ICF French Collaborating Centre. ICF training tool for trainers, *Meeting of WHO collaborating centres for the family of international classifications*. Cologne, Germany 19-25 October

Bickenbach, J.E., S. Chatterji, N. Kostanjek, e T.B. Üstün (2003), Ageing, disability and the WHO's international classification of functioning, disability and health (ICF), *The Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice* 28(2),294-303.

Bierman, A. e W. Spector (2001), Improving the health and health care of older Americans: a report of the AHQ task force on aging, Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

Brooks, K. W. (1979), Delphi technique: Expanding applications. *North Central Association Quarterly*, 54(3), 377-385.

Campos, AC (2008), *Reformas da Saúde. O Fio Condutor*. 1ºEdição. Almedina.

Cayton, M. J. (1997), Delphi: a technique to harness expert opinion or critical decision-making tasks in education, *Educational Psychology*, 17, (4) 373-386

Cieza A, Ewert T, Üstün B, et al. (2004), Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *J Rehab Med* 44 (Suppl):9-11.

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, (2003), *Classificação Detalhada com definições; Organização Mundial da Saúde & Direcção-Geral da Saúde* (Artigo on-line) Consultado dia 28-06 2011 <http://www.ine.pt/prodserv/nomenclaturas/Pdf/a.pdf>

Clauser, S., Bierman, A. (2003), Significance of functional status data for payment and quality, *Health Care Financing Review* 24(3), 1-12

Dalkey, N.C. & Helmer, O. (1963), An experimental application of the delphi method to the user of experts. *Management science*, 9, 3, pp. 458-67

Davis, E. (30(4) de 2005). Challenges Posed by Ageing to Financial and Monetary Stability. *Geneva Papers on Risk & Insurance - Issues & Practice* , pp. 542-564.

Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho, que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde a Idosos e Dependentes

Decreto-lei nº 252/2007. D.R. 1ªsérie" 128 (2007-07-05). Portugal.

DIONÍSIO, Bruno Miguel (2001) "Os velhos ao espelho e o reflexo dos outros: imagens, percepções

Domeij, D., & Flodén, M., (2006). POPULATION AGING AND INTERNATIONAL CAPITAL FLOWS. *International Economic Review* , pp. 1013-1032.

EUROSTAT: New European Population projections 2008-2060

Farias, N. & Buchalla, C.M. (2005) A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas, *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(2), 187-93.

Fried et al. (2001) Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*. 2001, Vol. 56A, No. 3, M146–M156.

Hasson F, Keeney S, McKenna H (2000), Research guidelines for the Delphi survey technique, *J Adv Nurs*, 32(4):1008-

INE (Instituto Nacional de Estatística) – Censos 2001: Análise de População com Deficiência – Resultados Provisórios. Lisboa: Portugal (2002).

INE. (2008). Projeções de população residente em Portugal 2008- 2060. Disponível em www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=66023625&att_display=n&att_download=y (Abr. 5, 2009). Portugal.

INSA/INE - Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006)

Judd, R. C. (1972), Forecasting to consensus gathering: Delphi grows up to college needs. *College and University Business*, 53(1), 35-38, 43.

Kanaan SB. (2001). National Health Committee on Vital and Health Statistics (NCVHS). *Classifying and Reporting Functional Status*; 1-18

Kullmann, L. (2003), ICF – developments in Hungary. *Meeting of WHO collaborating centres for the family of international classifications*. Cologne, Germany 19-25 October 2003.

Lafortune, G., & Balestat, G. (2007). Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. *OECD Papers*.

Ludwig B. (1997). Predicting the Future: Have you considered using the Delphi Methodology?, *Journal of Extension*;35 (5)

Madden, R. 2003 (2003), ICF implementation activities of the ACC: priorities, challenges and opportunities, *Meeting of WHO collaborating centres for the family of international classifications*. Cologne, Germany 19-25 October

Maggi, S. (1993). Proceedings of the 1991 International Symposium on Data on Aging. World Health Organization program for research on aging. *Vital And Health Statistics. Series 5, Comparative International Vital And Health Statistics Reports* .

OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde): Relatório de Primavera 2005. [Consult. 27 de Novembro de 2010]. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2005_OPSS.pdf

OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde): Relatório de Primavera 2010. [Consult. 27 de Novembro de 2010]. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2010_OPSS-FT.pdf

Parrish RG.: Measuring Population Health Outcomes. (2010): Preventing Chronic Disease: Public health research, practice, and policy. 2010 Jul;7(4); 1-11.

Pilichowski, E., Arnould, E., & Thirkisch, E. (2007). Ageing and the Public Sector: Challenges for Financial and Human Resources. *OECD Journal on Budgeting* , pp. 123-162.

Portugal UMCCI (2011). Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2010. Lisboa:

Reid, N. (1988). *The Delphi technique: Its contribution to the evaluation of professional practice. I*. R. Ellis. (Ed.). Professional competence and quality assurance in the caring professions. London: Croom Helm.

Reuben, D.B. (2002), Organizational Interventions to Improve Health Outcomes of Older Persons. *Medical Care* 40(9):16 -428

Rodney L. Custe, Joseph A. Scarcella, Bob R. Stewart (1999), The Modified Delphi Technique, A Rotational Modification. *Journal of Vocational and Technical Education*, 15 (2)

Rosenbaum, A. & Stewart, T. P. (2004). Point/Counterpoint: Treatment standards for abuser programs. *Violence Up Date*, 5(1), pp. 9

SAÚDE, D.-G. D. (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa. . Tradução de: Organização Mundial da Saúde (resolução WHA54.21).

Schuntermann, M. (2003), Implementation of the ICF in Germany. *Meeting of WHO collaborating centres for the family of international classifications*. Cologne, Germany 19-25 October

Strauss, H. J. and Zeigler, L.H.(1975), The Delphi Technique and Its Uses In Social Research, *Journal of Creative Behavior*, 9, 253-259. Updated revision

Talo, S. (2003), ICF – a frame to develop aspects in knowlege managenent in social and health care, a finnish perspective, *Meeting of WHO collaborating centres for the family of international classifications*. Cologne, Germany 19-25 October

Todo Bom, L. (1999), a systemic Approach to the SWOT Analysis, *Revista de Economia e Gestão*, Vol. IV-1/1999

UK WHO collaborating centre (2003), *Meeting of WHO collaborating centres for the family of international classifications*. Cologne, Germany 19-25 October

Walker, R. (1986): The conduct of educational case studies: ethics, theory andprocedures. En Hammersley (eds.): *Controversies in classroom research*, Milton Keynes: Open Univ. Press

World Health Organization (2001). Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. 2001 - Report. [Em linha]. Geneva: Department of Organization of Health Services Delivery. WHO, 2001. [Consult. Fevereiro de 2011] Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

World Health Organization (2004). European Observatory on Health Systems and Policies. [Em linha]. Geneva: Department of Organization of Health Services Delivery. WHO, 2004. [Consult. 20 de Fevereiro de 2011] Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits/ukraine-hit-2004>

World Health Organization, T. R. (1984). The uses of epidemiology in the study of the elderly. Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging.7061-84.

CUIDADOS DE PROXIMIDADE - GESTÃO DE REGIMES TERAPÊUTICOS EM IDOSOS

MODERADOR | CHAIRMAN
PROFESSORA DOUTORA MARGARIDA VIEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

COMENTADORES | DISCUSSION
ENFERMEIRA ANA CAMPOS REIS
PROF. PAULO PARENTE
PROF. DOUTORA REGINA FERREIRA
ENFERMEIRA DIRETORA MARIA JOSÉ COSTA DIAS
PROF. DOUTORA HELENA JOSÉ
PROF. DOUTOR ROGÉRIO RODRIGUES

CUIDADOS DE PROXIMIDADE - GESTÃO DE REGIMES TERAPÊUTICOS EM IDOSOS

PROF. DOUTORA ROSALINA PARTEZANI RODRIGUES

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

RESUMO | ABSTRACT

Os enfermeiros, enquanto membros da equipe de saúde, são os responsáveis pela promoção da saúde do idoso, prevenção de doenças e devem intervir diante de políticas de saúde, tendo como base os cuidados de proximidade, utilizando-se de uma classificação da prática profissional voltada para a gestão de regime terapêutico com idosos. O objetivo é o de apresentar as Políticas públicas no Brasil de atenção ao Idoso, como a Política Nacional do Idoso e a Política Nacional de Atenção Básica, os dados de uma pesquisa brasileira, utilizando-se o Modelo de Vida, em especial a gestão de regime terapêuticos, decorrente do Subconjunto terminológico da CIPE®. Propõe-se ainda, um modelo de atenção ao idoso voltado para a atenção básica tendo como diretriz o cuidado de proximidade, utilizando-se de um referencial sistematizado para o trabalho do enfermeiro na atenção ao idoso, com a utilização da CIPE®.

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

Rosalina Partezani Rodrigues é licenciada e mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Em 1993, doutora-se em Enfermagem pela Escola de Enfermagem/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Atualmente, Rosalina Partezani Rodrigues, é Professora Titular da Escola de Enfermagem/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Da sua vida académica destaca-se a atividade de Consultora da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, de Investigadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, bem como a de Representante da área da Enfermagem junto à Capes (2001 a 2007).

Rosalina Partezani Rodrigues foi consultora de diversas entidades, nomeadamente da Secretaria dos Direitos Humanos, e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo da Secretaria de Estado da Saúde. É também consultora de variadas revistas científicas, designadamente: Revista Saúde Pública, Revista Latino Americana de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Ciência, Cuidado e Saúde, Revista Enfermagem UERJ, Acta Paulista de Enfermagem, Revista de Enfermagem do Nordeste.

Distingue-se pela sua elevada experiência na área de enfermagem com ênfase na Enfermagem Gerontológica e Geriátrica. As suas áreas de interesse incluem: Cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer; Educação em Saúde; Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crónicas; Saúde do Idoso.

Rosalina Partezani é autora de dezenas de artigos em revistas científicas nacionais e internacionais.

Actividade científica e publicações disponíveis em: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=B090391>

CONTACTOS | CONTACTS

Universidade de São Paulo

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Av. Bandeirantes
3900 Monte Alegre
14040-902 - Ribeirao Preto
Telefone: (16) 6023416

AS PESSOAS, AS SUAS VIDAS, AS TRANSIÇÕES, AS DOENÇAS E A CRONICIDADE

- UMA OPINIÃO FUNDAMENTADA SOBRE UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA

PROF. DOUTOR ABEL PAIVA SILVA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

Abel Paiva e Silva é enfermeiro, Doutor em Enfermagem e Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

CONTACTOS | CONTACTS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
E-mail: abel@esenf.pt

A PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA—UMA TEORIA EXPLICATIVA SOBRE A PROBLEMÁTICA DA GESTÃO DA DOENÇA E DO REGIME TERAPÊUTICO

PROF. FERNANDA BASTOS, PROF. DOUTOR ABEL PAIVA E SILVA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

RESUMO | ABSTRACT

O impacto da doença crónica em Portugal, tal como no mundo, tem vindo a aumentar de forma exponencial graças ao aumento da esperança de vida, em grande parte da responsabilidade do desenvolvimento das técnicas assistenciais nas situações de doença aguda. A associação deste fenómeno ao envelhecimento da população que atinge, sobretudo, os países ocidentais constitui um grande desafio aos sistemas de saúde nas próximas décadas. O modelo de cuidados centrado nos profissionais demonstra pouca eficácia, face a uma população que tem que viver e conviver diariamente com uma doença que os acompanhará até ao último dos seus dias.

A vivência de uma transição saúde/doença crónica impele a pessoa para um conjunto de mudanças na sua vida pessoal e familiar, sendo desejável que, além da gestão emocional, a pessoa seja capaz de se ajustar a um novo conjunto de comportamentos de autocuidado e atitudes que permitam gerir alterações na funcionalidade, reorganização de papéis, gestão da doença e a complexidade de um regime terapêutico.

O autocuidado tem diferentes significados para diferentes pessoas e, enquanto comportamento, reflete o estilo individual, as adaptações específicas, as atuais circunstâncias e as perspetivas de futuro de cada pessoa. Face à doença crónica verifica-se que, perante necessidades similares, as pessoas têm diferentes respostas comportamentais e de atitude. Backman e Hentinen (1) explicam algumas destas diferenças no resultado do seu trabalho com idosos, através da identificação de diferentes perfis de autocuidado.

Suportando-se teoricamente pela teoria da transição de Meleis (2) e teoria do autocuidado de Orem (3), este estudo recorre, ainda, ao modelo para o autocuidado em idosos proposto por Backman & Hentinen (1) para explicar que a forma como a pessoa vivencia a transição saúde/doença crónica é influenciada pelo percurso biográfico e contextual da pessoa e influencia a forma e a eficácia do desenvolvimento dos processos adaptativos, a atitude face às novas exigências no autocuidado, a mestria na gestão do regime terapêutico e a identidade fluída.

A finalidade desta investigação foi a construção um modelo explicativo da ineficácia da gestão do regime terapêutico em pessoas com doença crónica, com múltiplos episódios de internamento, e inferir elementos da ação profissional promotores do desenvolvimento de uma ação de autocuidado mais responsável.

ARTIGO | PAPER

Estado de Arte

O impacto da doença crónica, em todo o mundo, desafia os países e as organizações nacionais e internacionais a modificar estratégias de abordagem para a prevenção e limitação de custos, das consequências pessoais e do impacto social das mesmas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (4) espera um aumento na mortalidade por doenças crónicas em cerca de 4%, na região da Europa, e de 23% na mortalidade por diabetes. Também se estima que as medidas preventivas, que consistem de uma alimentação saudável, exercício físico regular e eliminação de produtos do tabaco poderia ter um impacto positivo na população, reduzindo em cerca de 80% das mortes prematuras por doenças cardíacas, AVC's e diabetes tipo 2.

Portugal junta-se a outros países neste desafio através de vários projetos; salientamos aqui, pela relevância para o estudo, "O projeto de gestão integrada da doença: o suporte à autogestão" que, através de guidelines e boas práticas baseadas na evidência científica específicas para a doença (5), é uma estratégia que se centra nos objetivos de melhor prestação de cuidados à população, através de uma utilização de recursos com maior eficácia e monitorizando os doentes com condições crónicas. Sugere, ainda, que possa vir a contribuir para uma melhor capacitação e envolvimento dos doentes na gestão do seu tratamento. Contudo, a doença crónica é cada vez menos uma enti-

dade com identidade biológica própria e cada vez mais um conjunto de condições patológicas a que se associam as diferentes consequências e que, conjuntamente, condicionam a qualidade de vida da pessoa e exigem respostas e comportamentos coordenados para o seu equilíbrio. Este fenómeno torna-se complexo e as respostas individuais nem sempre são eficazes no controlo da doença e na qualidade de vida. Importa, por isso, a concertação de esforços em compreender a diversidade de respostas pessoais e como, enquanto profissionais de saúde, poderemos contribuir para o desenvolvimento de respostas mais facilitadoras da vivência dos desafios da vida.

Pese embora a inexistência de um diagnóstico de situação do controlo ou descontrolo da doença crónica, os profissionais de saúde têm a percepção da ineficácia dos seus esforços no sentido de uma gestão adequada do regime terapêutico e da limitação das consequências do processo de doença. Indicadores como a afluência ao serviço de urgência por descompensação, a procura de cuidados diferenciados e os reinternamentos dão-nos uma ideia aproximada desta situação. Os reinternamentos por descompensação da doença e/ou das suas consequências são um fenómeno complexo e não pode ser explicado por um único fator; no entanto, mostram claramente deficiências no atendimento preventivo e contínuo, com repercussões nos custos sociais e económicos dos sistemas de cuidados de saúde.

Assumindo que o foco central da enfermagem são as respostas humanas aos processos de vida, saúde e doença, que esta é a visão da disciplina do conhecimento e da sua prática e, sabendo-se que muitas pessoas com doença crónica apresentam dificuldade na incorporação das recomendações terapêuticas (6) e, acima de tudo, na sua integração no dia-a-dia, então os enfermeiros encontram-se perante um grande desafio e uma oportunidade de demonstrarem a sua proficiência no que é o core da sua existência. O estudo realizado por Pereira (7) mostra que o foco das áreas mais sensíveis da tomada de decisão em enfermagem gira em torno de conceitos como autocuidado, comportamentos e adesão, sublinhando a importância destes focos no desenvolvimento da prática e na qualidade de cuidados.

Os pontos de transição na vida, na perspetiva de Meleis (2), são momentos de stresse e, portanto, condições de maior vulnerabilidade; é o caso da transição saúde / doença, especialmente quando se refere a uma doença crónica. A transição é um processo cognitivo, comportamental e interpessoal, que flui de uma forma saudável ou não, exigindo mudanças devido à necessidade de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas habilidades. Recusar este desafio leva a uma discrepância entre as necessidades e as capacidades frente aos novos requisitos. O baixo nível de conhecimento sobre a situação, a existência de crenças culturais e a dificuldade de aprendizagem são alguns dos fatores que contribuem para a ineficácia da autogestão.

Considerando-se a gestão do regime terapêutico (autogestão) como um tipo de autocuidado, não podemos referir o primeiro sem pensar numa abordagem centrada na teoria do autocuidado de Dorothea Orem (3). O autocuidado na doença crónica centra-se nas necessidades decorrentes da condição de doença e que Orem denominou de requisitos de desvio da saúde. Embora as limitações impostas pela doença possam afetar o desempenho e impor limitações na capacidade de atender as necessidades universais de autocuidado, e esta seja uma dimensão relevante na autogestão, quando nos referimos a este tipo de necessidades englobamos outras dimensões tais como a gestão de atitudes e procedimentos que têm por objetivo controlar a doença e o seu impacto sobre a vida da pessoa. Orem (8) considera que, perante uma necessidade específica de saúde, é necessária a existência de um plano de ação que permita atingir os objetivos desejados, mas que esse plano só resulta se representar o desejo consciente da pessoa e o compromisso pessoal da sua implementação. Considera, portanto, como condições importantes para que uma pessoa seja capaz de cuidar de si mesmo: motivação; capacidade para a tomada de decisão; conhecimento técnico – perícia; capacidade cognitiva, de percepção e de relacionamento interpessoal; sentido de coerência e de integração de atividades de autocuidado na sua vida pessoal, familiar e comunitária (3).

O estudo de Backman e Hentinen (1) apresenta pela primeira vez uma padronização de diferentes perfis de autocuidado, que ajuda a responder à questão: porque é que algumas pessoas se preocupam com o autocuidado e outras não. Este estudo ajuda-nos a apontar algumas hipóteses na compreensão sobre a causa pela qual, as pessoas têm diferentes respostas na sua atitude e no seu comportamento de autocuidado, quando confrontados com necessidades semelhantes. Emurge deste trabalho com os idosos, a existência de pré-condições para o autocuidado: a experiência pessoal, a personalidade e a experiência de saúde e envelhecimento. O modelo identifica quatro categorias de autocuidado, face a diferentes condições para a ação e sobre o seu significado, que denominaram como: autocuidado responsável, autocuidado formalmente guiado, autocuidado abandonado e autocuidado independente.

Metodologia de investigação

Considerando as questões que orientam este estudo e que assentam na identificação de “como” vivem as pessoas o processo de transição e, interpretativa do “porquê” respondem de determinada forma aos desafios e às intercorrências da doença na sua vida, o estudo de caso pareceu-nos o método mais apropriado. Optamos, por isso, por um desenho do tipo longitudinal, multicasos, sendo mínimo o controlo do investigador sobre os acontecimentos e sendo este um observador privilegiado, já que o fenómeno decorre de forma contemporânea (9).

Pretendemos explicar os vínculos causais de múltiplos fatores associados ao regime terapêutico, que contribuem para a construção de uma teoria explicativa.

Para a compilação de dados relevantes recorremos a várias fontes de dados, nomeadamente à entrevista, observações do investigador, aos relatos da família, à consulta de processos clínicos e testemunho dos profissionais.

O estudo é longitudinal englobando uma perspetiva retrospectiva - perceber como decorreu a transição saúde/doença, e uma perspetiva prospectiva - seguindo os participantes ao longo de um período de tempo (cerca de ano e meio).

A análise dos dados foi orientada pelo método para gerar uma *Grounded Theory*, de acordo com a proposta de Strauss e Corbin (10) (11), pelo que a integração dos casos foi progressiva, sendo sempre considerados os dados obtidos através da análise de cada caso, tanto para o acompanhamento do próprio caso como, também, para os casos seguintes e o seu seguimento.

Apesar de não circunscrevermos este estudo a qualquer teoria sobre a gestão do regime terapêutico, assumimos a nossa filiação em dois pressupostos determinados pela visão dos autores sobre "o que é a enfermagem", designadamente a ideia da forma de como as pessoas vivem o processo de transição influencia as respostas às novas exigências e a construção de um novo padrão de normalidade; e, que a gestão do regime terapêutico é, sobretudo, uma competência que se insere numa perspetiva de autocuidado no desvio da saúde. Posto isto, assumimos a influência da teoria do autocuidado de Dorothea Orem (8), e da teoria de Transição de Afaf Meleis (2).

A seleção dos participantes foi uma continuidade lógica a uma das razões fundamentais desta investigação: o grande número de pessoas que por gerirem de forma ineficaz o seu regime terapêutico têm múltiplos internamentos, dos quais resultam avultados custos sociais e pessoais. À questão onde poderíamos encontrar e identificar estes possíveis participantes, a resposta evidente foi a lista de reinternamentos de um hospital. Procuramos essa informação junto de um hospital que estivesse inserido numa ULS (unidade local de saúde) facilitando o acesso aos participantes e constatar como se processou a continuidade dos cuidados através dos centros de saúde da mesma área.

Considerando o espaço de tempo de 1 de Janeiro de 2006 a 30 de Setembro de 2007, de acordo com os registos informáticos e segundo o critério "mais do que um episódio de internamento", constatamos que, excluindo os que faleceram no decurso de um dos internamentos, tínhamos 3004 clientes nessa situação. Aos critérios de inclusão iniciais (ter doença crónica e mais que um internamento, pertencer à área englobada pelos centros de saúde da ULS, não ter alterações cognitivas ou de funcionalidade que impeçam a gestão do regime terapêutico, nem limitações que impeçam a entrevista), adicionamos o critério ter tido cinco ou mais internamentos. Após a aplicação destes critérios ficamos com sessenta e dois possíveis participantes que, após consulta dos processos clínicos e tentativa de contacto, reduziram para vinte e dois, a quem foi pedido consentimento e aceitaram a participação.

Caracterização dos participantes

Os participantes, predominantemente mulheres (14), têm idades compreendidas entre 13 e 82 anos, com uma média de 57,5 anos. O nível educacional é baixo, com uma moda de quatro anos (1º ciclo), existindo três participantes que não sabem ler, nem escrever, e apenas um que tem o 7º ano de liceu.

Dos vinte e dois participantes apenas três estão na situação profissional de "ativos", e dois são estudantes; os restantes estão reformados, ou em situação equiparada e provisória.

As condições de doença crónica são, predominantemente, de etiologia múltipla, sendo de salientar o peso das doenças metabólicas (diabetes) e suas consequências, doenças cardio e cerebrovasculares e, cirrose hepática. Também as doenças respiratórias têm um peso considerável entre estes participantes, sendo que cinco deles tiveram, anteriormente, tuberculose pulmonar.

Métodos

O principal método de recolha de dados foi a observação participante (12), em que o investigador além de interagir diretamente com os participantes, teve oportunidade de observar a interação entre estes e diferentes profissionais de saúde em contexto de internamento e/ou consultas, de assistir a dinâmicas e contextos familiares. Da observação resultaram "notas de campo", elaboradas a partir de registos áudio do investigador, logo após os contactos, e/ou de notas sintéticas apontadas durante as interações.

A entrevista realizada, enquanto parte da interação e observação, foi semiestruturada e orientada por focos a partir das questões de investigação e dos temas que emergiram da análise das entrevistas.

Cada um dos casos foi acompanhado de acordo com a necessidade e a vontade do participante, durante um ano e meio, ou até um desenlace – desistir, morrer ou sem diagnósticos de enfermagem ativos, ou seja, não necessitar de qualquer acompanhamento profissional.

Análise dos dados

Os dados foram codificados de acordo com o método de recolha (E – entrevista; NC – notas de campo; CPC – consulta processo clínico; etc.), a ordem cronológica (1-primeira; 2-segunda; etc.) e o participante (P) com o número de ordem com que aceitou participação no estudo: ex.E1P1.

Após transcrição da entrevista e/ou das notas de campo procedeu-se a uma codificação inicial por "ideias" ou significados – segmentos das narrativas. Deste agrupamento inicial surgiram posteriormente as categorias e subcategorias. Simultaneamente, pelo agrupamento das categorias e respondendo às questões que sucessivamente vão sendo colocadas aos dados, foram elaborados diagramas explicativos e construídos os enredos.

Considerações éticas

Para a realização do estudo foi solicitada autorização à Instituição onde procedemos à identificação dos participantes, concedida após parecer positivo da Comissão de Ética. Cada possível participante, após esclarecimento sobre os objetivos do estudo e eventuais desconfortos por ele provocados, aceitou ou rejeitou a sua participação. Na primeira situação foi solicitado que lesse e assinasse a declaração de consentimento; esta assinatura foi substituída por impressão digital, ou assinatura de testemunhas no caso dos participantes que não sabiam assinar e, pela assinatura conjunta com um dos pais, no caso dos menores.

Como já referenciado anteriormente foi possível manter o anonimato dos participantes através de um sistema de codificação

Apresentação e discussão de resultados

Pretendeu-se organizar os resultados deste estudo, olhando-os na perspetiva do seu interesse face à temática desta conferência.

Não podemos compreender o que se passa com as pessoas idosas, sem compreender como viveram antes de serem idosas, porque a forma como respondem às adversidades está relacionada com o seu percurso biográfico e contextual, condicionando as suas expectativas e o seu estilo de ação.

Dos vinte e dois participantes deste estudo, apenas sete tinham 65 anos ou mais e, destes, apenas quatro mais que setenta. Se a idade for o único critério para identificar idosos então, este estudo não será um contributo para esta abordagem; contudo, se nos centrarmos nos indicadores menos objetivos como a situação profissional, o nível de funcionalidade ou a qualidade de vida, verificamos que quase na sua totalidade estes participantes estavam reformados ou em vias de o serem, apresentam limitações no seu dia-a-dia que limitam fortemente a sua qualidade de vida. Poderemos dizer que temos pessoas "novas" com condições de mais velhos. Verificamos, também, que a idade cronológica é percecionada como algo distinto para diferentes pessoas; encontramos pessoas que aos 65 anos consideravam o seu projeto de vida concluído: "Já estou reformado... já vivi a minha vida... trabalhei, tive filhos... agora é para os mais novos!". Enquanto que, em simultâneo, tínhamos participantes que tendo mais que oitenta anos demonstravam forte determinação e vontade de viver: "A vida é muito bela", "Peço muito a Deus para me dar saudinha para fazer companhia à minha filha".

Também não verificamos a existência de qualquer relação entre a eficácia/ineficácia da gestão e a idade. Contudo, verificamos a conhecida relação entre idade e baixo nível educacional, que como é sabido é um entrave à aquisição de conhecimento e dificulta a utilização de auxiliares de memória e o acesso à informação.

O regime terapêutico e a sua complexidade

A gestão do regime terapêutico é um indicador de processo da transição saúde/doença e, simultaneamente, um indicador global de resultado. Dos dados emergem dois tipos de padrões relacionados com o seu status: o padrão de complexidade do regime terapêutico e o padrão de vulnerabilidade da pessoa com doença crónica.

Face ao regime terapêutico emergem três categorias: componentes; complexidade; flexibilidade.

Quanto à primeira categoria "componentes do regime terapêutico", não sendo objetivo desta comunicação centrarmo-nos nesta questão, referiremos apenas a frequente ausência de concordância entre o que os participantes percecionam enquanto tal e o que as guidelines apontam como sendo. Reportamo-nos sobretudo à componente não medicamentosa, nomeadamente a atividade física, subvalorizada quanto aos seus aspectos terapêuticos e à gestão da atividade.

A complexidade do regime terapêutico decorre, essencialmente, da quantidade de componentes e da necessidade de modificar comportamentos ou doses de acordo com efeitos monitorizáveis.

Quanto à quantidade, o exemplo mais evidente é a polimedicação. Sabe-se que tem uma elevada prevalência em adultos e idosos, sendo mais acentuada nos idosos e nas mulheres, com uma prevalência de polimedicação menor de 30,8% (tratamento simultâneo 2-4 fármacos) (13) e maior de 17,2% (5 ou mais fármacos) (14) (13). É, no entanto, na necessidade de autogestão de quantidades ou doses de fármacos face à avaliação do status das respostas corporais que surgem as maiores dificuldades. É exemplo disso a variabilidade da dose de diurético em função do edema.

A terceira categoria “flexibilidade” é a propriedade do regime terapêutico menos evidente e que, na nossa interpretação, é discriminatória do estilo que cada um adota para a gestão do seu regime terapêutico. Esta propriedade parece-nos pouco valorizada pelos profissionais de saúde, que, no geral, preferem valorizar a adesão, entendendo-se esta como a concordância com o recomendado, sem desvios. Esta propriedade é influenciada pelo conhecimento e pelas crenças pessoais ou culturais .

Contextos de vulnerabilidade

Face à vivência da transição saúde/doença em que existe a necessidade de gerir um regime terapêutico complexo emergiram dois padrões de vulnerabilidade: a vulnerabilidade pessoal e social.

O tema vulnerabilidade social foi associado ao suporte social, e “status social”, emergindo a “pobreza” e o “isolamento” como fatores que dificultam a integração eficaz de um regime terapêutico no dia-a-dia da pessoa, enquanto a família surge como a principal fonte de suporte e fator facilitador.

Nenhuma destas situações (pobreza e isolamento social) são exclusivas da população idosa, sabe-se contudo que é nesta fase da vida que estes fenómenos apresentam maior prevalência.

O isolamento social surge como um dos fatores que condicionam de forma mais acentuada a vivência de uma transição saudável, não apenas pela insuficiência do suporte familiar, como também pelas emoções mais frequentes entre quem vive nesta situação, designadamente a solidão, a tristeza e a depressão. De acordo com o Censos 2011 (15) cerca de 12% da população residente e de 60% da população idosa vive só ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas, tendo esta dimensão aumentado em cerca de 28%, ao longo da última década. Como é óbvio, o isolamento social está muito associado ao tipo de família (unipessoal) e, neste estudo, surge com ligação à situação de indigência, uso de substâncias (álcool), sexo feminino e estado civil. Assim, os participantes adultos solteiros, viúvos ou divorciados demonstraram maior probabilidade de isolamento social e apresentam menor motivação para a autogestão.

Em Portugal, há 797 851 alojamentos familiares habitados exclusivamente por pessoas idosas (20% do total de alojamentos ocupados), sendo cerca de metade habitados exclusivamente por uma só pessoa idosa, representando cerca de 10% do total de alojamentos do País (Censos 2011) (15).

A pobreza é o fator mais evidente entre os participantes do estudo, emergindo associada à doença, reinternamentos e ineficácia da gestão do regime terapêutico. Não sendo um critério de seleção, a quase totalidade dos participantes vive em situação de pobreza ou baixos rendimentos económicos. Referenciada por alguns, é demonstrada pelas condições habitacionais e pelo agrupamento em “ilhas” e em bairros sociais. Além de situações de pobreza extrema, verificamos a existência de macro contextos condicionantes de oportunidades e desfavoráveis ao desenvolvimento da autonomia e do empowerment social e pessoal.

Além do rendimento familiar insuficiente e que é condicionador da gestão do regime terapêutico, duas outras condições se lhe associam enquanto condições dificultadoras: as condições de habitabilidade da casa e a acessibilidade.

Tal como se verifica em termos médios nos países da OCDE, a taxa de pobreza dos idosos em Portugal assume uma grandeza percentual mais elevada no caso dos idosos que vivem sós: 35,0%, enquanto a média na OCDE é de 25,0%. Em Portugal, a percentagem da população com mais de 65 anos cujo rendimento é inferior a 50% do rendimento mediano dos agregados domésticos situa-se nos 16,6%, e a taxa de pobreza no grupo 66-75 anos era, em meados da primeira década de 2000, de 14,4% enquanto no caso dos idosos com mais de 75 anos esse valor atingia os 19,9% (16). A pobreza atinge a população portuguesa, não exclusivamente os idosos, mas estes com maior prevalência.

Os factores sociais são condicionantes do processo de transição, contudo, não são imperativos da vivência de uma transição não saudável. Verificamos, neste estudo, a existência de diferentes padrões de resposta, apesar de contextos similares, mais ou menos adaptativos que diferem face a atributos pessoais.

A família parece ser o factor protector para a ineficácia da gestão do regime terapêutico e menor resiliência individual.

A resiliência ou vulnerabilidade foram associadas ao estilo de gestão e a outros factores como o optimismo, a esperança, o conhecimento, locus de controlo e capacidade para a gestão do regime terapêutico.

Vulnerabilidade e resiliência individual

Os atributos pessoais determinam a capacidade para gerir o regime terapêutico e o "estilo de gestão" predominante, sendo possível a sua identificação por indicadores como a autodeterminação, a responsabilidade, o otimismo e a esperança, o locus de controlo e o conhecimento e variando entre o "negligente" e o "responsável".

Os dados do estudo são consistentes com o modelo de Backman e Hentinen (1) relativos ao autocuidado, permitindo-nos identificar quatro perfis, que denominamos de "estilo" de gestão do regime terapêutico. Optamos por uma classificação semelhante ao dessas autoras, denominando o estilo de gestão do regime terapêutico de "negligente", "formalmente guiado", "independente" e "responsável". Este estudo permitiu considerar um conjunto de variáveis que contribuem para a indicação do estilo predominante de cada pessoa, nomeadamente: o locus de controlo, a autodeterminação, a responsabilidade, estratégias de coping, conhecimento e crenças. Os indicadores de resultado do processo de transição diferem face ao estilo predominante, designadamente face à eficácia da gestão do regime terapêutico e reformulação da identidade (pessoa doente/pessoa com doença). Verificamos que pessoas com um estilo predominantemente negligente ou independente apresentam um risco superior de gerir de forma ineficaz o seu regime terapêutico, contrariamente aos que apresentam um estilo responsável ou formalmente guiado; contudo, os responsáveis apresentam um maior nível de empowerment que os restantes.

Optamos pela denominação "negligente" em substituição de abandonado, porque nos nossos participantes esta é a palavra que melhor traduz a forma como tratam se si próprios, da sua segurança e da sua saúde. A frequente recusa do tratamento recomendado é, muitas vezes, associada com comportamento autodestrutivo, que se manifesta através do uso de substâncias, tais como o abuso de álcool, de medicamentos, ou abstenção de alimentos. Não demonstram envolvimento, não procuram informação nem conhecimento sobre o tratamento, recusam compromissos e desconhecem dados de parâmetros de auto monitorização como peso, pressão arterial ou glicemia. Tendem a apresentar controlo externo, falta de responsabilidade, utilizam estratégias de coping centradas nas emoções e têm um mínimo de motivação. O apoio profissional intenso promove a adesão à terapia, mas recusam-no frequentemente.

Os participantes que têm um estilo predominantemente independente de autogestão consideram a flexibilidade com elevados níveis de auto permissividade, atribuindo uma importância relativa à gestão da doença e do regime de tratamento. A característica pela qual eles se destacam de outros casos é, acima de tudo, pela forma autodeterminada e simples com que gerem o seu regime de tratamento. Vivenciam frequentemente situações de não-conformidade com as recomendações profissionais e cumprimento (adesão) não faz parte dos seus objetivos. No entanto, tomam os medicamentos cujo efeito percecionam como positivo no controlo de sintomas. As crenças podem ser obstáculos importantes, e nestes participantes em particular, difíceis de modificar. Tendem a manter a sua vida tal como era antes da doença, e são resistentes à mudança. Automedicam-se quando consideram necessário e o conhecimento pode ser insuficiente para tomar a melhor decisão, podendo, por isso, usar medicamentos de forma inadequada, não tendo em conta a complexidade do seu estado de saúde geral. Valorizam a sua dignidade e esta representa um valor, às vezes superior ao da própria vida.

Os casos identificados como pertencentes ao grupo que gere o regime terapêutico de uma forma orientada pelos profissionais de saúde - "Formalmente Guiados," são caracterizados por "cumprir" as indicações dos profissionais, elaborarem registos sistemáticos da vigilância/monitorização, aprenderem a realizar os procedimentos instrumentais necessários, apesar de não os saberem interpretar. Conhecem os medicamentos, e, por vezes, a sua ação principal, e reconhecem os seus efeitos sobre a intensidade das respostas corporais à doença. São considerados pelos profissionais como pessoas que aderem ao tratamento e mantêm um bom relacionamento com eles. Não são detentores de muito conhecimento, apenas desejando saber o que é necessário fazer, sem exigir que esses comportamentos lhes façam sentido. Apresentam predominância de lócus de controlo externo e são frequentemente dependentes emocionalmente quer da família, quer dos profissionais de saúde, sofrendo muito com a doença e com a solidão.

Dos vinte e dois participantes que fazem parte deste estudo, apenas um participante tem um estilo de gestão responsável do regime terapêutico. No entanto, em outros casos, encontramos algumas características que se encaixam dentro deste estilo e que contribuíram para a sua definição. Este estilo está associado a uma combinação de condições que vão desde os atributos pessoais e de apoio social com foco na estruturação da família, até outros fatores facilitadores, como nível educacional e de profissionais de saúde, tecnicamente competentes e acessíveis, promotores de suporte e de capacitação. Estes participantes têm como atributos pessoais uma atitude de procura de autonomia, aceitação das adversidades e capacidade de procurarem ajuda quando precisam. Aceitam o "sacrifício" que precisam fazer, para atingir um objetivo maior, e têm força de vontade para se envolver, e manter comportamentos, de acordo com as recomendações da situação de saúde. Mantêm permanente atualização do conhecimento sobre a sua condição de saúde, aceitam a doença, estão cientes das limitações e riscos, vivem com um padrão de normalidade, tendo identificado e estando conscientes de seus limites. Integram cuidados preventivos e de manutenção conscientes do alto risco de recorrência de crises e da fragilidade do equilíbrio, o que implica uma forte necessidade de controlo. Para tomar decisões de saúde requerem o conhecimento necessário, incluindo opções de tratamento, riscos e efeitos, procurando informações e questionando os profissionais de saúde. Pretendem manter a normalidade no "menos normal" e a exceção é um "prémio" de bom controlo. Apresentam ainda outras características como o otimismo, responsabilidade, locus de controlo interno, esperança e fé.

As terapêuticas de enfermagem devem variar quanto à forma, conteúdo, intensidade e intencionalidade de acordo com o estilo de gestão.

Conclusões e impacto para a prática clínica

Com o aumento da prevalência de doenças crónicas e uma maior exigência de uma população cada vez com maior nível de literacia, a promoção da autonomia e do empowerment são exigências a incorporar na prática de enfermagem. No entanto, o desenvolvimento pessoal de algumas pessoas não é suficiente para exercer plenamente autonomia, e precisam de uma orientação mais intensa, sobre o risco de serem negligenciadas pelos serviços de saúde. Apesar da individualidade do comportamento humano e dos contextos de desenvolvimento, é possível identificar padrões de vulnerabilidade acrescida, permitindo que os enfermeiros sinalizem estas situações.

Neste estudo, pudemos perceber que pessoas com diferentes estilos de autogestão têm diferentes necessidades de cuidados de enfermagem tanto na forma como na intensidade. Conhecer o perfil de gestão permite organizar os serviços de saúde de acordo com as necessidades da população, o planeamento de intervenções que promovam a gestão do desenvolvimento de capacidades ou, até, de um gestor de caso, de acordo com as necessidades individuais.

Acreditamos que os enfermeiros podem ter uma boa contribuição no desenvolvimento individual de resiliência, com antecipação de informação, educação e desenvolvimento de habilidades, e de serem suporte na vivência de uma transição saudável, ajudando à incorporação da doença na identidade como "sendo uma pessoa com doença", no controlo da doença e facilitadores de uma boa gestão do regime terapêutico.

Este estudo permite-nos concluir que a atitude e o comportamento face à gestão do regime terapêutico estão relacionados com atributos pessoais que nos possibilitam identificar padrões que denominamos como estilos de gestão do regime terapêutico.

Pessoas com diferentes estilos têm pontos fortes e fracos e necessitam de terapêuticas de enfermagem adequadas que potenciem as suas capacidades e minimizem as dificuldades.

Bibliografia

1. **Backman, Kaisa e Hentinen, Maija.** Model for the self-care of home-dwelling. *Journal of Advanced Nursing*. 30, 1999, Vol. 3, Issues and innovations in nursing practice, pp. 564-572.
2. **Meleis, A, et al., et al.** Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sc*. 23, 2000, Vol. 1, 12-28.
3. **Orem, D.** Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona : Masson, 1991.
4. **OMS** . Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital. s.l. : Ed. Português: Formatos, 2005.
5. **Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS).** Desafios em tempos de Crise. . Portugal : OPSS; Fundação Calouste Gulbenkian, 2010. Relatório de Primavera 2010.
6. **Silva, Abel Paiva.** "Enfermagem Avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 01-02, Janeiro-abril de 2007, Vol. 55, pp. 11-20.
7. **Pereira, Filipe.** Informação e Qualidade. Do exercício Profissional dos enfermeiros. Coimbra : Formasau, 2009. ISBN: 978-989-8269-06-5.
8. **Cavanagh, S.** Modelo de Orem. Aplicação prática. Barcelona : Masson – Savat enfermeris, 1993.
9. **Yin, R.** Estudo de caso- Planejamento e métodos. [trad.] Daniel Grassi. 3ª Edição. Porto Alegre : Bookman, 2005. ISBN 85-363-0462-6.
10. **Strauss, A e Corbin, J.** Basics of Qualitative Research. Techniques and procedures for developing grounded theory. 2ª Edition. California : SAGE Publications, 1998.
11. **trauss, Anselm e Corbin, Juliet.** Pesquisa Qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. [trad.] Luciane de Oliveira da Rocha. 2ª. Porto Alegre : Artmed, 2008. 978-85-363-1043-5.
12. **Correia, MC.** A Observação Participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*. 2009, Vol. 13 (2), pp. 30-36.
13. **Bjerrum, L, et al., et al.** Polypharmacy: correlations with sex, age and drug regimen. A prescription database study. *Eur J Clin Pharmacy*. May de 1998, pp. 197-202. Abstract.
14. **Silva, Paula, Luís, Sónia e Biscaia, André.** Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. *Rev Port Clin Geral*. 2004, Vol. 20, Estudos Originais, pp. 323-336.
15. **Instituto Nacional de Estatística.** Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos. Destaque - informação à comunicação social. 2012. Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos.
16. **Observatório das desigualdades.** Idosos sós em Portugal estão fortemente expostos à pobreza. *Observatório das desigualdades*. [Online] Notícias e entrevistas , 16 de 05 de 2011. [Citação: 25 de 08 de 2012.] <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=news&id=163>.

A ENFERMAGEM NA CAPACITAÇÃO PARA O AUTO-CUIDADO - GESTÃO DOS REGIMES TERAPÊUTICOS EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR

MESTRE MÁRIO SILVA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE, INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

RESUMO | ABSTRACT

As pessoas no seu dia a dia que integram um conjunto de atividades relacionadas com a gestão de diferentes regimes terapêuticos, farmacológicos e não farmacológicos e necessitam de suporte desenvolvimental, psicológico, familiar, sociocultural e socioeconómico. Alguns estudos têm sido desenvolvidos (Ben-Arye et al, 2007; Nieuwenhuijsen et al, 2006; Pascucci et al, 2010; Washburn e Hornberger, 2008; Blanski e Lenardt, 2005; Desimone e Crowe, 2009).

A nível nacional também tem sido estudado. (Machado, 2009; Sousa, 2003) Centrado nas pessoas, desenvolvemos um estudo qualitativo, o ser humano e as dimensões que promovem a adesão aos diferentes regimes terapêuticos. Consideramos que só quando compreendermos as razões que levam as pessoas a desenvolver determinado cuidado em relação à sua saúde, é que podemos desenvolver com estas, intervenções que promovam esta dimensão do autocuidado. (Silva, 2010)

Este artigo emerge de três dimensões integradas, numa perspetiva de continuidade. Os resultados do estudo de mestrado, publicado em livro nesta área; a revisão sistemática de literatura realizada, numa perspetiva de enquadramento do tema e por último o desenvolvimento de um projeto de Doutoramento na mesma temática, já com registo definitivo.

A nossa perspetiva será tendo como centralidade a pessoa com doença cardiovascular, de que forma os enfermeiros promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos.

Palavras chave: Compliance; adesão; concordância; autocuidado; gestão dos regimes terapêuticos; doença cardiovascular; prática baseada na evidência.

ARTIGO | PAPER

NOTA INTRODUTÓRIA

As pessoas que têm no seu dia a dia que integrar um conjunto de atividades relacionadas com a gestão de diferentes regimes terapêuticos, farmacológicos e não farmacológicos, necessitam de suporte desenvolvimental, psicológico, familiar, sociocultural e socioeconómico. Alguns estudos têm sido desenvolvidos, no âmbito da adesão aos diferentes regimes terapêuticos, na sua maioria relacionados com a adesão à terapêutica farmacológica, centrados essencialmente na perspetiva dos profissionais de saúde, dos custos e benefícios e no sistema de saúde (Ben-Arye et al, 2007; Nieuwenhuijsen et al, 2006; Pascucci et al, 2010; Washburn e Hornberger, 2008; Blanski e Lenardt, 2005; Desimone e Crowe, 2009)

Este artigo emerge de três dimensões integradas, num processo que se prevê ser de continuidade. Os resultados de um estudo de mestrado, publicado em livro nesta área; a revisão sistemática de literatura já realizada, numa perspetiva de enquadramento do tema e por último o desenvolvimento de um projeto de Doutoramento na mesma temática, já com registo definitivo.

A nível nacional estas dimensões também têm sido estudadas, assim como, centrado nas pessoas, desenvolvemos um estudo qualitativo, cuja questão de investigação integra o ser humano e as dimensões que promovem a adesão aos diferentes regimes terapêuticos. Os resultados traduzem essencialmente as razões das pessoas em aderir ou não aderir aos diferentes regimes terapêuticos. Consideramos que só quando compreendermos as razões que levam as pessoas a desenvolver determinado cuidado em relação à sua saúde, é que podemos desenvolver com estas, intervenções que promovam esta dimensão do autocuidado. (Silva, 2010; Machado, 2009; Sousa, 2003)

A nossa perspetiva será tendo como centralidade a pessoa com doença cardiovascular, de que forma os enfermeiros promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos.

CONCEÇÃO INTEGRADA DO FENÓMENO NA TEMÁTICA ENFERMAGEM GERIÁTRICA

Qualquer disciplina no seu construto, integra três dimensões que estruturam o seu conhecimento: os conceitos, o método e a prática. Estas dimensões emergem das teorias filosóficas, de permissas e pressupostos que lhe dão suporte, caracterizando-a como disciplina capaz de reinventar a realidade e produzir conhecimento.

A enfermagem tem como objeto de estudo, as respostas humanas aos processos de saúde doença, o que desde logo focaliza toda a conceção na centralidade da pessoa enquanto sujeito de cuidados na sua área do conhecimento e intervenção específica.

Perante uma sociedade global em constante mudança, por fatores socioeconómicos, demográficos, culturais e tecnológicos, cujas características sociodemográficas se pautam por um aumento significativo de pessoas com mais de 65 anos de idade, onde o papel da mulher é cada vez mais ativo no mundo do trabalho, onde as famílias têm apresentado alterações estruturais e dimensionais significativas. Passamos de famílias numerosas com comunhão de várias gerações, para famílias nucleares e afastadas dos seus patriarcas, as crianças que passam cada vez mais tempo nas instituições escolares e outras do que em comunhão familiar.

Neste contexto, uma outra dimensão importante é o aumento exponencial das doenças crónicas, que segundo o ICN (2010), deve-se a um conjunto de fatores ao nível global, nacional e local, integrando as questões relacionadas com alterações cruciais em termos globais e nas sociedades, que passam por uma globalização económica, mediadas políticas e sociais e questões de injustiça social, assim como o envelhecimento populacional.

Ao falarmos de pessoas com doença crónica, muitos são os conceitos que por vezes surgem na literatura: doença crónica, quadros crónicos, doenças de longo prazo, doenças do estilo de vida e doenças não transmissíveis. Importa aqui realçar a assunção de dois conceitos da OMS, que descreve a doença crónica como "doenças de duração prolongada e progressão lenta" e os quadros crónicos como "problemas de saúde que exigem tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas", o que face à problemática do estudo que nos encontramos a desenvolver, integra as doenças cardiovasculares, uma vez que a pessoa com doença cardiovascular, face ao que tem sido produzido cientificamente, tem instituído um tratamento continuado que se mantém pela vida fora, evidentemente com possíveis alterações, face a alguma adequação que ocorra quer em termos involutivos ou evolutivos do seu problema de saúde.

Dos fatores de risco associados a estas mudanças, os modificáveis como o tabagismo, má alimentação, inatividade física, uso excessivo de álcool, entre outros, constituem-se como um dos desafios que nós profissionais de saúde temos para trabalhar com esta sociedade globalizante, da qual também fazemos parte.

Pois é nesta dimensão, que os enfermeiros terão uma grande influência, naquilo que são as estratégias de educação em saúde para capacitar as pessoas, as famílias, os grupos e a comunidade, face aos fatores que estão presentes no dia a dia de cada cidadão e que por circunstâncias quer fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, não lhes permitem responder de forma assertiva a estes desafios, com os quais convivem diariamente e que por vezes conduzem as pessoas a tomar decisões e encontrar estratégias que consideram as mais adequadas mas que têm repercussões na sua vida, não expectáveis.

O conhecimento e a proximidade que os enfermeiros cultivam diariamente com as pessoas, é sem dúvida uma janela de oportunidade para o desenvolvimento de um trabalho em parceria quer com as próprias, quer com outras disciplinas no âmbito da saúde, social, económico e cultural, numa perspetiva transdisciplinar, cujo objetivo comum será a capacitação das pessoas para o desenvolvimento dos seus projectos de vida e de saúde individuais e coletivos.

Alguns estudos científicos relevam que as pessoas quando são envolvidas nos processos, tornam-se co-responsáveis naquilo que são os seus projetos para o futuro. (Ben-Arye et al, 2007; Nieuwenhuijsen et al, 2006; Pascucci et al, 2010; Washburn e Hornberger, 2008; Blanski e Lenardt, 2005; Baird e Pierce, 2001; Thompson et al, 2011)

Esta cultura de proximidade, por parte dos enfermeiros, promove no cidadão uma confiança cujos laços só terão vinculo se os resultados esperados integrarem objetivos congruentes de ambas as partes, promovendo nas pessoas autoconfiança, capacidades para a autogestão dos seus problemas de saúde e tomadas de decisão partilhadas e responsáveis, que são integradas no seu dia a dia, o que leva a alterações dos estilos de vida, não temporários mas definitivos.

Sabemos que a pessoa idosa tem um background de conhecimentos que não foi aprendida apenas nos ensinamentos dos livros, aliás uma parte da população idosa atual, os livros foram instrumentos para os instruir a ler, a escrever e essencialmente a fazer contas, pois era muito importante para a sua capacidade de gerir a vida, controlar o seu dinheiro que era escasso. Ora, não querendo generalizar, mas culturalmente e face às pessoas idosas que atualmente cuidamos, cujas necessidades de cuidados de saúde são cada vez mais emergentes e por conseguinte, cuidados de

enfermagem, têm hoje uma experiência vivenciada da sua saúde e da conceção que têm dela que é completamente diferente de um jovem da actualidade. (Costa, 2002)

- Será que nós enfermeiros, mobilizamos na nossa prática clínica estas dimensões sociais, culturais e até espirituais, para podermos prestar cuidados individualizados a estas pessoas?
- Será que refletimos sobre a forma como olhamos estas pessoas e as consideramos como alguém capaz de decidir e fazer as suas escolhas?
- Como poderemos capacitar as pessoas para os seus projetos individuais de vida e de saúde e até coletivos?
- Será que a centralidade apenas na organização dos cuidados a prestar, integrados em sistemas hermeticamente fechados e naquilo que tem sido o desenvolvimento profissional, centrado numa dimensão normativa da profissão, tem traduzido em termos globais ganhos em saúde para as pessoas?

O desenvolvimento de estratégias de intervenção centradas nas pessoas e para as pessoas cujo objetivo é a promoção para o autocuidado na gestão dos seus processos de saúde doença, é na nossa perspetiva um dos pilares essencial para que as pessoas idosas possam experienciar e vivenciar um processo de envelhecimento ativo, cujos resultados evidenciem cidadãos capazes de fazer opções e adotar hábitos de vida de acordo com a sua realidade que se traduzem em estilos de vida saudáveis, quer individualmente ou em comunidade. (Costa, 2002, Thompson et al, 2011)

Segundo o ICN (2010), as pessoas quando decidem participar em atividades no âmbito da promoção da saúde, em várias fases da vida, têm vários objetivos, desde a dimensão estética à promoção do seu bem estar ou manutenção da sua saúde, no entanto, nem sempre a sua intenção se pauta pela prevenção de futuros problemas de saúde. Entre a oportunidade, os recursos e a motivação para reduzir esses riscos, considera que a manutenção destas atividades até estarem integradas de forma plena na vida quotidiana pode constituir-se num desafio.

Os enfermeiros têm um papel importante na liderança da promoção destas atividades, envolvendo as pessoas, as famílias e os amigos a adotarem estes estilos de vida saudáveis, pela sua proximidade. (ICN, 2010)

A proximidade com as pessoas permite aos enfermeiros liderar campanhas de educação e informação, numa linguagem acessível que garante clareza e consistência nas mensagens de saúde, capazes de influenciar políticas relacionadas com a adoção de estilos de vida saudáveis no âmbito da alimentação, prática de atividade física, etc..., desde as escolas, aos locais de trabalho e até na própria casa das pessoas.

Quantos de nós, na interação com as pessoas que cuidamos, percebemos que têm conhecimentos bem estruturados sobre os cuidados a ter com a sua saúde, as opções que devem tomar, enfim, no entanto ter o conhecimento é uma coisa, optar por ele é outra coisa muito diferente.

Segundo o ICN (2010), facultar informação, melhorar a consciencialização das pessoas, são metas a estabelecer, mas não são suficientes, para alterar comportamentos, necessitamos transmitir e reforçar frequentemente e com várias estratégias, as mensagens relacionadas com a saúde cujo objetivo passa por informar e educar a totalidade da população.

Por outro lado, face à temática da pessoa com doença cardiovascular, alguns dados foram mobilizados tendo por base a World Health Organization (OMS), a nível internacional e a Direção Geral de Saúde (DGS) e o Observatório nacional da Saúde (ONSA).

Em relação à OMS, os dados evidenciam que as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte. A doença cardiovascular é causada por distúrbios do coração e vasos sanguíneos, e inclui a doença coronária (Enfarte do miocárdio), doença cerebrovascular (Acidente Vascular Cerebral), pressão arterial elevada (hipertensão arterial), doença arterial periférica, cardiopatia reumática, cardiopatia congénita e insuficiência cardíaca. As principais causas de doença cardiovascular são o consumo de tabaco, inatividade física e uma dieta pouco saudável¹.

Em 2004, estimava-se que 17,1 milhões de pessoas morreram devido a estas doenças, que corresponde a 29% da mortalidade a nível mundial. 82% ocorrem em países de baixo e médio nível económico e numa proporção idêntica face ao género.

Prevê-se que em 2030, quase 23,6 milhões de pessoas terão como causa de morte as doenças cardiovasculares. O maior aumento percentual irá ocorrer na região do Mediterrâneo Oriental. O maior aumento no número de mortes irá ocorrer na região do Sudeste Asiático.

¹ http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/index.html

Na Europa, esta problemática tem merecido a atenção dos organismos responsáveis, existindo programas de intervenção que visam reduzir os factores de risco modificáveis, como tabagismo e hipertensão arterial, integrando a promoção da saúde e prevenção de doenças. Actualmente, 27 países participam neste programa "The Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI)"

Dois outros programas, também com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças cardiovasculares:

- A Declaração de Helsingborg na gestão da doença aguda em 1995 na reunião - Pan-European de consenso sobre esta gestão. O encontro foi organizado em colaboração com o Conselho Europeu das doenças súbitas, a Confederação Mundial de Fisioterapia - Europa, a Federação Mundial de Terapia Ocupacional, a Federação Europeia das Sociedades de Neurologistas e da Sociedade Internacional das Doenças Súbitas. Estando atualmente a ser produzido um documento em unidades de AVC.
- O segundo programa é um projeto-piloto que visa melhorar a qualificação dos profissionais da educação em geral. O programa mostra aos formandos como educar pessoas com doença cardiovascular na manutenção e implementação de uma melhor qualidade de vida, mesmo ao nível da reabilitação e prevenção secundária².

Por outro lado, relevamos também as questões dos indicadores revelados pela Direção Geral de Saúde (2002), referindo que as doenças cardiovasculares, cancro e outras são a principal causa de morbilidade e mortalidade, assim como as responsáveis por situações de incapacidade e perda de qualidade de vida, citando (DALYs1, European Health Report, OMS, 2002) "...com expressão muito significativa no consumo de serviços de saúde (...) medicamentos e dias de internamento, representando, em 2000, a nível europeu, cerca de 75% da carga da doença (burden of disease)".

Da mesma fonte, mas relativo a dados mais recentes (2004), onde evidencia as questões das doenças cardiovasculares em termos do ranking mundial, numa perspetiva futura, onde as primeiras mantém a posição e até com uma subida percentual e uma delas subiu da 14^a para a 8^a posição, o que revela a tendência evolutiva no âmbito das doenças cardiovasculares no mundo³.

2004	(%)	Rank	2030	(%)	Rank
Ischaemic heart disease	12.2	1º	Ischaemic heart disease	14.2	1º
Cerebrovascular disease	9.7	2º	Cerebrovascular disease	12.1	2º
Hypertensive heart disease	1.7	14º	Hypertensive heart disease	2.1	8º

Quadro 1 - Causas de mortalidade/ Rank/%

Fonte: World Health Statistics 2008, p. 30

Neste âmbito, enquanto disciplina e segundo os Enunciados Descritivos da Ordem dos Enfermeiros (2001, p.4) "...a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional (...) nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde...", o que integra o contributo das intervenções de enfermagem no âmbito desta procura da excelência nos processos de cuidados com a pessoa, família e/ou comunidade.

No que diz respeito aos estudos desenvolvidos no âmbito da gestão dos regimes terapêuticos, duas dimensões desta temática têm sido mobilizadas, a gestão ao nível do regime terapêutico quer farmacológico, quer não farmacológico, cuja centralidade tem sido essencialmente ao nível da pessoa em processo de saúde doença como a Diabetes, a Insuficiência Renal Crónica e a Hipertensão, no entanto existe uma outra dimensão que se encontra integrada na anterior, ou seja a adesão, onde também se têm desenvolvido alguns estudos centrados na pessoa e nos processos de avaliação deste fenómeno, quer em termos quantitativos, quer em termos qualitativos. (Desimone e Crowe, 2009; Blanski e Lenardt, 2005; Silva, 2010; Machado, 2009; Sousa, 2003)

O percurso como investigadores que temos vindo a desenvolver caracteriza-se pela compreensão das respostas humanas ao fenómeno da adesão aos diferentes regimes terapêuticos. Temos procurado compreender quais as dimensões que levam as pessoas a aderir aos diferentes regimes terapêuticos, ou seja, partilhando aquilo que refletimos anteriormente, na importância da centralidade da pessoa no processo de cuidados.

² http://www.who.int/cardiovascular_diseases/region/en/

³ http://static.publico.pt/docs/pesoemedida/DGS_Programa_Nacional_intervencao_integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf

Sistematizamos o conhecimento face às questões mais específicas da adesão aos diferentes regimes terapêuticos sob a forma de quadro, apenas para evidenciar algumas das dimensões que nos fizeram refletir e decidir realizar este estudo no âmbito do auto-cuidado – gestão dos regimes terapêuticos.

Autor / Data	Título	Evidência Científica	Implicações para a prática
Machado (2009)	Adesão ao regime terapêutico – representações das pessoas com IRC o contributo dos enfermeiros	Fenómeno ainda não assumido pelos enfermeiros como uma prática profissionalizada; Intervenções de enfermagem pouco sistematizadas; Limite apenas ao esclarecimento de dúvidas quando solicitados;	Intervenção terapêutica dos enfermeiros na educação para a saúde será um dos recursos, tendo como foco a promoção de comportamentos de adesão como processo intencional da acção profissional; A entrevista de acolhimento de forma sistemática a todas as pessoas ou família; O reforço da informação escrita;
Silvana Leite e Maria Penha Vasconcelos (2003)	Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adoptados na literatura	Os estudos no campo dos medicamentos predominam com a não priorização do papel da pessoa no processo de saúde/doença e tratamento; Poucos são os estudos que avaliam as dimensões sociais e culturais, como a adesão resultado de um processo de decisão racional;	Comprometimento da capacidade dos estudos de obter uma compreensão mais ampla e profunda sobre o tema; As questões da adesão devem ser vistas como um todo, pelo que devemos ter em consideração o meio social e cultural em que ocorrem;
Maria Henriques, (2006) RSL 2004/2006	A adesão ao regime terapêutico em idosos	Níveis de adesão em média de 50% nos idosos; Implicações profundas a nível pessoal, social e económico, com responsabilidades no âmbito dos acidentes; Aumento de hospitalizações, rehospitalizações, institucionalizações em lares, diminuição da qualidade de vida e morte, atribuíveis directamente aos baixos níveis de adesão;	Necessidade de acções múltiplas e multidisciplinares, sendo constatado intervenções de médicos, farmacêuticos e enfermeiros, integrando estratégias educacionais e comportamentais; A enfermagem tem um papel crucial pela proximidade e conhecimento do contexto na implementação de intervenções promotoras de uma gestão adequada do seu regime terapêutico; A enfermagem poder-se-á constituir como o elo de ligação entre a equipa de saúde; Necessidade de estudar a eficácia das intervenções de diferentes tipos, com comparação entre si; Centralidade nos idosos e suas necessidades efectivas, avaliação do que os idosos querem e precisam de aprender; Deve haver pelo menos um acompanhamento dos idosos de seis meses;

Quadro 2 - Síntese de estudos sobre a adesão ao regime terapêutico

Estas reflexões permitem uma contextualização face ao estudo que estamos a desenvolver, relacionado com as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular.

Poderemos desenvolver muitas teorias, modelos, integrá-los na nossa prática clínica, mas se não compreendermos de que forma é que as pessoas respondem aos seus processos de saúde doença, nunca poderemos corresponder de forma eficaz e eficiente às necessidades de cuidados de saúde que as pessoas apresentam. (Costa, 2002)

Assim e numa população restrita, estudamos o fenómeno da adesão aos diferentes regimes terapêuticos centrados nas pessoas e compreendemos que existem muitas dimensões que influenciam este processo. Os resultados que emergem do estudo evidenciam quatro dimensões nas pessoas como promotoras da adesão aos diferentes regimes terapêuticos:

Desenvolvimentista⁴, com referência para os processos relativos ao desenvolvimento durante o ciclo de vida, na responsabilidade que promove o desenvolvimento de estratégias para a integração de novos hábitos, assim como a mobilização dos stressores e das experiências positivas.

Psicológica⁵, com referência para os processos mentais e de relacionamento, as emoções, os sentimentos, as percepções, as crenças pessoais e a motivação.

Sociocultural⁶, com referência às funções do sistema relativas às expectativas e às atividades sociais e culturais, a dimensão relacional com os profissionais de saúde e a sua representação social pelas orientações na promoção da saúde, a valorização da família como suporte, organizadora e integradora na supervisão da adaptação ao regime terapêutico.

Espiritual⁷, referente à influência das crenças espirituais, mobilizando aqui também o que Neuman designa de ambi-

4, 5, 6, 7 Modelo de Sistemas de Betty Neuman; Variáveis do sistema: fisiológicas, desenvolvimentistas, psicológicas, socioculturais e espirituais.

ente interno, ou seja, o que se prende com a pessoa enquanto sistema, relevamos aquilo em que acredita e no que integra como benéfico.

Evidenciam três dimensões nas pessoas como promotoras da não adesão aos diferentes regimes terapêuticos:

Psicológica, incapacidades cognitivas; ideias erróneas do seu problema de saúde; percepção do regime como restritivo; falta de motivação; percepção do tempo e do desaparecimento dos sintomas.

Sociocultural traduz os aspetos essencialmente relacionados com a cultura, focalização apenas no presente, as questões económicas, hábitos socialmente integrados e a forma como mobiliza as suas crenças quer pessoais quer da comunidade.

Espiritual, as crenças em detrimento do regime instituído.

Perante estes resultados, também constatamos que muitos são os estudos que se referem aos fatores que influenciam a adesão das pessoas aos diferentes regimes terapêuticos e que corroboram os mesmos, ou seja, fatores relacionados com a pessoa, com o ambiente, o sistema de saúde, o tratamento e o problema de saúde. (Baird e Pierce, 2001; Blanski e Lenardt, 2005; Poirier et al, 2006; Ingersoll e Cohen, 2008; Silva, 2010)

Também consideramos de crucial importância perspetivar evolutivamente os conceitos relacionados com esta área do conhecimento em enfermagem e de outras disciplinas. De forma esquemática procuramos ilustrar esta evolução:

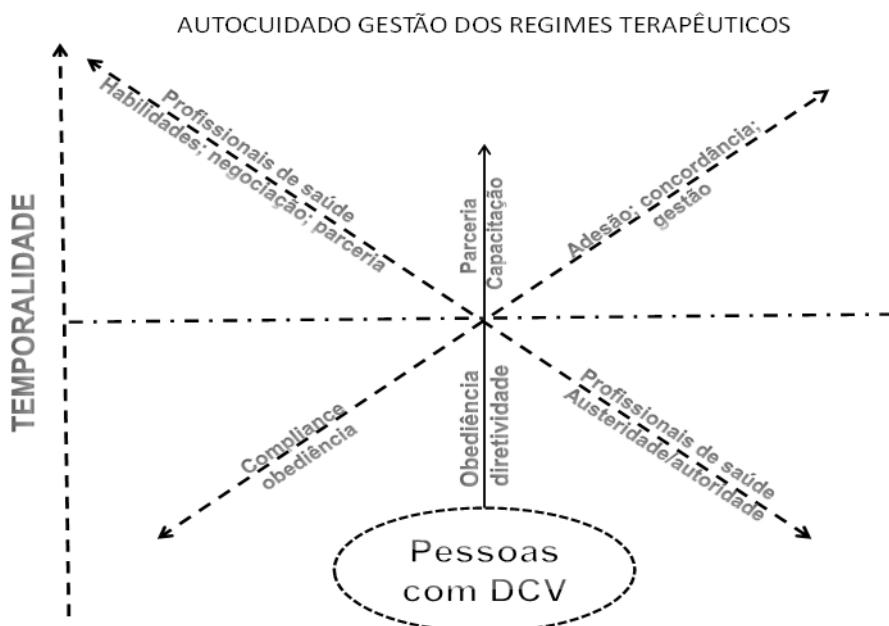


Figura 1 - Evolução dos conceitos de adesão numa perspetiva temporal de acordo com alguns estudos científicos (Nieuwenhuijsen et al, 2005; Ben-Arye et al, 2007; Pascucci et al, 2010; Washburn e Hornberger, 2008; Williams, Manias, Walker, 2008 citando Haynes, 2005; Stephen, 2011; Shaw-Nin et al, 2005; Lee et al, 2009; Ownby et al, 2006; Silva, 2010; DeSimone e Crowe, 2009, Poirier et al, 2006)

Relevamos face à revisão de literatura que temos realizado, uma evolução dos conceitos, tendo por base a perspetiva da centralidade das pessoas nos cuidados de saúde. Em 2008 (Ingersoll e Cohen), numa revisão sistemática de literatura sobre a influência dos factores na adesão ao regime terapêutico em tratamentos prolongados, referem que "Lastly, while studies of adherence were in vogue 30 years ago, there has been a resurgence of interest in adherence during the last decade...". Não é nosso objetivo, criar um início desta problemática, mas percebemos que a partir da década de 80, literatura científica tem vindo a ser produzida, no entanto, muitos dos achados, revelam essencialmente dimensões relacionadas com os benefícios das pessoas cumprirem um regime instituído, centrados nos profissionais de saúde, nos sistemas de saúde e nos custos do não cumprimento destas prescrições por parte das pessoas, que nos dá suporte para perspetivarmos estas dimensões, de forma transversal, ou seja, perceber que este fenómeno tem que integrar ambos os intervenientes no processo, ou seja, os profissionais de saúde e as pessoas/família/grupo ou comunidade. (Blanski e Lenardt, 2005)

Neste âmbito, por exemplo Rogers (1951), já produzia teoria sobre motivação, e alguns modelos que emergem de-

pois, como HBC (Health behavior change), HBM (Health Belief Model), SCT (Social-Cognitive Theory), TMBC (Transtheoretical Model of Behavior Change) (Nieuwenhuijsen et al, 2005). Consideramos que todos estes modelos, nos permitem compreender que para podermos capacitar as pessoas para gerirem os seus regimes terapêuticos, o conhecimento da forma como as pessoas respondem aos seus processos de saúde doença, é crucial, daí esquematicamente a dimensão da temporalidade estar presente. (Thompson et al, 2011)

Contextualizando para a enfermagem, existem muitas teorias e modelos que nos ajudam a centrar os cuidados nas pessoas. Nesta dimensão da capacitação das pessoas, Orem (1995), teorizou o autocuidado como um conceito a trabalhar com as pessoas, independentemente dos problemas de saúde que apresentem.

PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia num processo de investigação, é uma das dimensões cruciais para que a finalidade, os objetivos e os resultados sejam atingidos de uma forma congruente, produzindo evidência científica que responda à questão de investigação.

Pretendemos estudar as intervenções de enfermagem que traduzem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem na promoção do auto-cuidado - gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular.

A reflexão esquemática anteriormente apresentada, emerge da metodologia utilizada com recurso à revisão sistemática de literatura que desenvolvemos, tendo por base esta preocupação de conhecer o desenvolvimento de evidência científica nesta área específica do conhecimento, ou seja, como podemos identificar as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular. Muitos estudos têm sido realizados, numa perspetiva quantitativa e qualitativa, pelo que formulamos a seguinte questão PICO (População, Intervenção, Comparação, Outcomes) **Quais as intervenções de enfermagem (I) promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos (O) em pessoas com doença cardiovascular (P)?**

Realizamos as pesquisas a 10 fevereiro 2011, na plataforma EBSCO, nas bases de dados: CINHAL Plus Full Text; Medline with full text; British Nursing Index; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; com as seguintes palavras-chave: "nurs*", intervention; self care; management; therapeutic; person; cardiovascular disease. Artigos científicos publicados em texto completo (PDF); Filtro cronológico 2005-2011; Validação dos descritores.

Pesquisamos inicialmente cada palavra-chave individualmente e posteriormente com a conjugação de todas as palavras-chave, da qual emergiram os estudos/artigos relacionados.

Apresentamos sob a forma de esquema, os resultados desta RSL:



Palavras-chave	Nº de artigos
1 – Nursing	154112
2 – Intervention	169352
3 – Selfcare	108
4 – Management	281431
5 – Therapeutic	222830
6 – Person	133954
7 – Cardiovascular disease	95621

Conjugação das palavras-chave	Nº de artigos
1+2+3	26
1+2+3+4	21
1+2+3+4+5	11
1+2+3+4+5+6	9
1+2+3+4+5+6+7	5

Figura 2 - Resultados da pesquisa por palavras-chave e da sua conjugação

Após esta etapa, passamos à leitura dos resumos dos artigos e integrando os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, chegamos a um artigo que respondia a algumas dimensões da questão formulada, conforme figura nº3

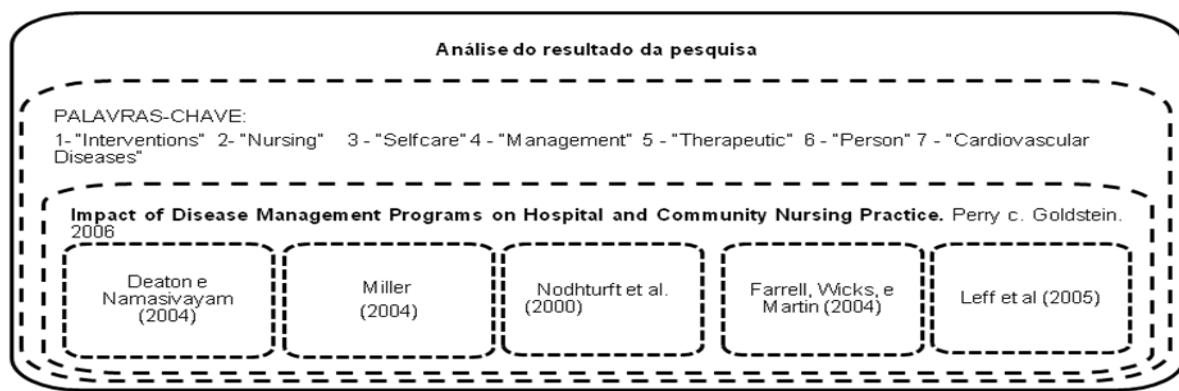


Figura 3 - Artigo selecionado após leitura dos resumos e integração dos critérios de inclusão e exclusão

Os resultados desta pesquisa, contribuíram para conhecer algumas das intervenções que promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular. Este artigo integra vários estudos que visam esta temática, que passamos a apresentar de forma sintética.

Deaton e Namasivayam (2004), avaliaram os resultados dos pacientes cardíacos.

- 50% dos reinternamentos hospitalares, durante um ano na sequência de um enfarte agudo do miocárdio foram relacionados com fatores psicossociais, que influenciam o processo de adesão aos diferentes tipos de regime terapêutico.
- As intervenções de enfermagem reduzem as complicações e os reinternamentos entre esta população.
- Mais pesquisa em enfermagem clínica baseada em evidência, deve ser empreendida para alcançar e destacar a importância das intervenções de enfermagem entre este grupo de doenças crónicas.
- Importância da participação da enfermagem na gestão dos processos de doença.

Miller (2004)

- O ensino de medicação como um aspeto crítico do auto-cuidado e da gestão de doenças crónicas nos idosos.
- A gestão da medicação e o auto-atendimento geriátrico deve incluir decisões sobre o custo e a eficácia terapêutica, bem como as questões de segurança.
- “Os enfermeiros têm responsabilidades importantes no ensino dos idosos sobre os seus direitos de questionarem, para que eles possam obter respostas para as (suas) perguntas complexas.
- O ensino da medicação está a tornar-se de crucial importância nos programas dos cuidados domiciliários para evitar complicações devido aos complexos regimes terapêuticos e aos efeitos adversos e interações medicamentosas.

Nodhturft et al. (2000) Programa "Vencer os Sintomas "

- A gestão da diabetes, doenças cardiovasculares e hipertensão.
- Workshop 2,5 horas realizadas semanalmente, durante 6 semanas.
- As sessões foco sobre "Técnicas para lidar com problemas como frustração, fadiga, dor e isolamento; exercícios para manter e melhorar a força, flexibilidade e resistência; uso adequado de medicamentos; comunicação eficaz com a família, amigos e profissionais de saúde, nutrição e avaliação de novos tratamentos.
- Um livro com informação, que ajuda a desenvolver competências de gestão de saúde e de responsabilidade pessoal nos cuidados de saúde.

Farrell, Wicks, e Martin (2004)

- Dimensões psicológicas como as teorias de auto eficácia para melhorar a adesão ao tratamento e auto-gestão.
- Avaliou pessoas com doença crónica num contexto rural. Incluiu a gestão cognitiva dos sintomas, as habilidades de comunicação.

- Melhorias significativas nos comportamentos de auto-gestão.
- Importância crescente da transdisciplinaridade onde as teorias de enfermagem e outras confluem no resultado comum, uma abordagem com a pessoa na gestão da doença crónica.

Este artigo numa perspetiva da prática baseada na evidência, releva essencialmente a necessidade de trabalharmos com as pessoas, integrando a metodologia científica do processo de enfermagem, que permite aos enfermeiros desenvolver com a pessoa a avaliação das suas necessidades e após análise e validação das mesmas, poderem planejar cuidados personalizados e contribuir para a resolução, reabilitação ou manutenção da sua saúde.

No entanto, após esta reflexão, percebemos que nas nossas pesquisas não tínhamos nenhum instrumento que pudesse medir de forma criteriosa os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem. Decidimos então, enveredar por realizar nova pesquisa, incluindo mais uma palavra chave: "measure".

Desta forma, na mesma plataforma, a 25 de novembro de 2011, fizemos todo o processo de pesquisa com as seguintes palavras chave: "nurs*", *intervention; measure; self care; management; therapeutic; person; cardiovascular disease*. Artigos científicos publicados em texto completo (PDF); Filtro cronológico 2005-2011; Validação dos descritores.

Da pesquisa com a conjugação de todas as palavras chave emergiram 56 artigos. Após a leitura dos resumos e dos critérios de inclusão e exclusão, analisamos 6 artigos, onde emergem várias dimensões importantes que nos fazem partir para o estudo de investigação com um background de conhecimento mais abrangente e com um espírito aberto para a descoberta, tendo como principal preocupação contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem no âmbito da promoção e capacitação das pessoas com doença cardiovascular para tomadas de decisão e gestão dos seus processos de saúde doença.

Um dos artigos, com recurso à RSL identificou 248 estudos, que após os critérios de seleção, analisou 97. O que emerge desta RSL, face à questão identificar intervenções de enfermagem que implementem a adesão à terapêutica, em pessoas com várias doenças crónicas, são os três conceitos inerentes a esta temática: **Compliance, Adherence e Concordance**. Segundo estes autores (Williams, Manias, Walker, 2008 citando Haynes, 2005; Stephen, 2011) **adherence**, é definida como a medida em que as pessoas seguem as instruções que são prescritas pelos profissionais de saúde, que envolve a escolha da pessoa com ausência de juízos ou julgamentos. Em oposição, **compliance**, centrando apenas nos profissionais de saúde a responsabilidade da prescrição e o seu cumprimento nas pessoas, o que releva a conformidade, reforça a sua passividade no processo e promove a auto-culpabilização, caso não cumpra. Por último o conceito de **concordance**, emerge numa parceria/relação consultiva e concensual entre a pessoa e o seu médico. Redimensiona o conceito de adesão, incluindo o conceito de decisão partilhada ou acordo consensual sobre o tratamento, no qual as crenças e preferências da pessoa são consideradas. Consideramos extensível a qualquer outro profissional de saúde que prescreva intervenções, como é o caso dos enfermeiros. Segundo estes autores é um conceito em construção face à adesão cujo processo evolutivo conceitualiza esta preocupação emergente da capacitação das pessoas nos seus processos de saúde doença.

Todos os estudos evidenciam a importância da gestão das condições crônicas coexistentes em pessoas de todas as idades como sendo crucial para retardar a progressão, prevenir doenças e ainda reduzir o risco de duplicação nos tratamentos e incompatibilidades que afetam negativamente os resultados em saúde. Concomitantemente, os fatores relevados na promoção da adesão e consequente capacidade para gerir mais eficazmente os seus regimes terapêuticos passam pela simplificação dos regimes terapêuticos, suporte social adequado, capacidades económicas, potenciar a educação e a literacia em saúde, parceria pessoa/profissionais de saúde, no planeamento dos cuidados a implementar, promover estratégias de comunicação para os profissionais de saúde na interação com as pessoas, respeito pelas dimensões culturais. (Williams et al, 2008; Stephen, 2011; Shaw-Nin et al, 2005; Lee et al, 2009; Ben-arye et al, 2007; Ownby et al, 2006).

A maioria dos estudos demonstram a importância da proximidade e do desenvolvimento de estratégias com as pessoas, para a sua capacitação na gestão dos regimes terapêuticos. Passam por:

- Educação sobre as possíveis consequências das doenças e as razões para o tratamento; informação clara e completa;
- Auscultar a pessoa sobre a adesão; treino da entrevista (a forma como se pergunta influencia as respostas)
- Monitorizar as dificuldades das pessoas no envolvimento terapêutico; envolvimento da pessoa na decisão; estabelecer objetivos;
- Recorrer a autoavaliações frequentes e de ambas as partes;
- Promover tempo real de feedback;
- Promover comunicação empática, sem juízos, aumenta a probabilidade de respostas honestas; comunicação aberta e colaborativa;
- Escuta ativa; suporte emocional;

- Apoio na adoção de comportamentos que promovam a adesão ao tratamento e os resultados objetivos e benefícios percecionados para a sua saúde; cuidados de manutenção e acompanhamento, lembretes; suporte social (família) (Williams et al, 2008; Stephen, 2011; Shaw-Nin et al, 2005; Lee et al, 2009; Ben-arye et al, 2007; Ownby et al, 2006).

Em relação aos instrumentos de avaliação, constatamos que três artigos integram algumas escalas centradas essencialmente em três dimensões: pessoa, processo e resultados:

1. Avaliação exclusiva da adesão à medicação em pessoas com doença crónica (MMAS-8- Morisky Medication Adherence Scale: baixa adesão<6; média adesão 6<8; alta/plena adesão =8); AE – Adherence Estimator: com três questões, avalia a propensão para a adesão: 0 – baixo risco de não adesão; 1-7 – médio risco de não adesão; >8 – alto risco de não adesão) – **resultado**;
2. instrumento de avaliação das necessidades em saúde – HNI (Health Needs Instrument) – **processo**;
3. Avaliação da pessoa e da sua predisposição para a adesão – RAR (0-10 scale) – (Readiness Assessment Ruler – define três níveis sobre a percepção das pessoas: 0-3 – not ready; 4-6 – not sure; 7-10 – take action/ready) – **pessoa**; (Williams et al, 2008; Stephen, 2011; Shaw-Nin et al, 2005; Lee et al, 2009; Ben-arye et al, 2007; Ownby et al, 2006).

Perante estes instrumentos de avaliação, que segundo contatos com um dos autores de um deles – MMAS-8, disponibilizou desde logo toda a informação no sentido da sua validação para Portugal, o que na nossa perspetiva é uma mais valia para o estudo que estamos a realizar, no entanto, como pretendemos identificar e caracterizar as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular, este instrumento apenas nos permite encontrar evidência de resultados relacionados com a adesão à terapêutica farmacológica, excluindo assim, as dimensões relacionadas com a pessoa e as respostas às intervenções de enfermagem numa perspetiva da promoção do autocuidado. (Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. 2008; Silva, 2010)

Contudo, face ao papel dos enfermeiros no contexto geriátrico, e de acordo com os resultados que todos estes instrumentos produziram nos artigos analisados, contribuem amplamente para que as intervenções de enfermagem a implementar com as pessoas, se traduzam em resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem num paradigma cuja centralidade dos mesmos é sem dúvida a pessoa. Na nossa perspetiva, um dos caminhos a desenvolver será a validação destes instrumentos para Portugal, no sentido de podermos em parceria com outros profissionais de saúde e com as pessoas/família/cuidadores/grupos ou comunidade, contribuir para ajudar e estruturar as mudanças necessárias para tomadas de decisão partilhadas e responsáveis, que constroem nas pessoas capacidades para a gestão dos seus regimes terapêuticos quer sejam farmacológicos ou não farmacológicos.

Ao analisarmos os objetivos de cada um dos instrumentos, compreendemos que cada um per si, avalia determinadas dimensões da adesão, consideramos no entanto que numa dimensão mais abrangente, o ideal seria construirmos um só instrumento com todas as dimensões integradas. Isto porquê? Centrando a nossa atenção no objeto de estudo da disciplina de enfermagem, ou seja, as respostas humanas aos processos de saúde doença, não nos faz sentido mobilizarmos apenas os instrumentos relacionados com os resultados, até porque de alguma forma, os resultados traduzem nomeadamente aquilo que as pessoas fazem ou não fazem. Mas o porquê não é evidenciado, daí a importância de como enfermeiros e face à metodologia científica da disciplina – o processo de enfermagem, a avaliação das necessidades das pessoas está implícito nos processos de cuidados que os enfermeiros desenvolvem, ou seja, este instrumento de avaliação das necessidades de cuidados de saúde, faz parte daquilo que são as intervenções autónomas dos enfermeiros, numa prática baseada na evidência. Por último, mas não menos importante, a perspetiva da pessoa e das suas capacidades de gestão, decisão e manutenção do seu projeto de vida e de saúde, ou seja, só através do envolvimento e do acompanhamento próximo e reforço periódico, segundo alguns estudos revelam que as pessoas gerem melhor e mantêm os regimes terapêuticos. (Williams et al, 2008; Stephen, 2011; Shaw-Nin et al, 2005; Lee et al, 2009; Ben-arye et al, 2007; Ownby et al, 2006).

Algumas questões emergem, face à temática da conferência Internacional Enfermagem Geriátrica:

- Como podem os enfermeiros desenvolver com as pessoas processos de cuidados que promovam o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos?
- Como podemos avaliar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, se nos centrarmos apenas no desenvolvimento do saber tecnológico e nas necessidades das organizações de cuidados de saúde?
- A prática baseada na evidência é integrada pelos enfermeiros? Se não é, que caminho temos que desenvolver?
- A predominância de um paradigma de categorização face à conceitualização dos cuidados de enfermagem, tem contribuído para a padronização e rotinização dos mesmos, onde a pessoa é um alvo e não um sujeito ativo?

- Os poderes relacionados com os conhecimentos disciplinares, têm influência na interação com as pessoas e no que devemos promover em termos de capacitação das mesmas?

Um dos grandes desafios para os enfermeiros, é a promoção e a educação em saúde, numa perspetiva, não de transferir os conhecimentos que nos são próprios, mas de fazer sentir à sociedade e às pessoas que cuidamos de que somos um recurso especializado, cujas intervenções poderão passar por orientação, supervisão e acompanhamento próximo, no sentido da prevenção, manutenção e recuperação da sua saúde. Esta dimensão e responsabilidade social que temos como disciplina e profissão, contrariará aquilo que até à data, tem sido o grande problema da enfermagem, ou seja, numa dimensão político-económica ser considerada como uma despesa, quando na nossa perspetiva e segundo alguns autores que têm refletido e produzido conhecimento sobre estas questões, produzimos cuidados e resultados que contribuem para o bem estar e saúde da sociedade. (Amendoira, 2006; Costa, 2002)

Somos um grupo profissional que tem desenvolvido conhecimento em todos os contextos de cuidados, desde da área hospitalar, aos cuidados de saúde na comunidade, visitação domiciliária, na saúde escolar, saúde no trabalho, nas instituições de solidariedade social, unidades cuidados continuados, nas quatro tipologias (Curta duração e reabilitação, média e longa duração e cuidados paliativos), procurando em cada uma das áreas a especialização do conhecimento em enfermagem, através de formação pós graduada.

Conscientes que podemos fazer mais e melhor, também partilhamos que é nos contextos da prática clínica, ou seja na ação, que podemos desenvolver um julgamento clínico, que nos permita reflexividade na interação com as pessoas que cuidamos. Consideramos esta reflexividade como um mecanismo de retroalimentação para a teorização das práticas, numa procura constante de uma prática baseada na evidência que nos permita compreender não só a ação, mas também a razão para a ação, sendo este processo cílico e dinâmico. Esta complexidade, face aos desafios da atualidade e à emergência de novos contextos de cuidados, exige dos enfermeiros formação ao longo da vida, que nem sempre é compatível com as suas vidas individual, familiar e social.

Os artigos que analisamos, evidenciam além dos aspetos enunciados anteriormente, intervenções com as pessoas, quer de enfermagem, quer de outros profissionais de saúde, como promotoras quer de adesão, quer de autogestão, centradas essencialmente a quatro níveis: avaliação das necessidades de saúde das pessoas; integração da evidência científica nos processos de cuidados; desenvolvimento de habilidades comunicacionais e de relação/aliança terapêutica com as pessoas e promoção e educação em saúde.

A avaliação das necessidade de saúde das pessoas, é uma dimensão a desenvolver cada vez mais, numa perspetiva de centrar os cuidados nas pessoas e naquilo que é o objetivo comum dos profissionais de saúde, prevenir e promover a saúde das populações, tendo por base ambas as conceções de saúde. Segundo Williams et al (2008), uma abordagem multidisciplinar será promotora de habilidades, confiança, motivação, conhecimento e suporte necessários à capacitação e segurança das pessoas. Os cuidados de enfermagem a pessoas com múltiplas doenças crónicas necessitam de um conhecimento profundo, sobre a forma de as ajudar e proteger, cujo contributo de uma prática baseada na evidência é crucial. Esta avaliação, permite um investimento em intervenções psicossociais, envolvendo as pessoas no auto cuidado gestão dos regimes terapêuticos, promovendo estratégias e tomadas de decisão com o objetivo de as capacitar para os complexos processos de saúde doença que possam emergir.

Também Stephen (2011), contribuiu para a nossa reflexão a este nível, ou seja, a importância da avaliação das necessidades de saúde das pessoas, como forma de podermos responder de forma mais personalizada às mesmas, permite-nos conhecer por exemplo, que existem fatores que influenciam a capacidade das pessoas gerirem de forma consistente e contínua os seus regimes terapêuticos, estes fatores podem variar de pessoa para pessoa. Mesmo em termos individuais, por exemplo, as crenças que uma pessoa apresenta podem variar de um medicamento para outro, de uma doença para outra ao longo do tempo, o que implica que as intervenções devem ser multifacetadas e adaptadas individualmente para cada pessoa. É neste sentido, que anteriormente questionamos sobre o paradigma da categorização e na standartização dos cuidados. Só conseguimos fazer rutura com esta conceção de cuidados, quando implementarmos uma prática baseada na evidência tendo por base uma construção validada com as pessoas das intervenções de enfermagem que elas próprias necessitam, o que promove em etapas subsequentes, a procura por parte das pessoas dos cuidados especializados dos enfermeiros.

No que diz respeito à integração de uma prática baseada na evidência e ao desenvolvimento de habilidades comunicacionais e de relação/aliança terapêutica, segundo Stephen (2011), uma abordagem centrada na interação e na colaboração com a pessoa, no sentido de encontrar os seus objetivos, a sua motivação para mudanças de estilo de vida e de gestão dos seus regimes terapêuticos, é crucial para a construção de uma relação/aliança terapêutica. Preconiza três tipos de entrevista para esta aliança, focada na solução, motivacional e modelo de interesse na medicação, tendo as duas últimas resultados importantes na melhoria da adesão à medicação e até em muitas outras áreas, que segundo a nossa conceção integram o regime terapêutico não farmacológico: exercício, dieta, programas de bem estar. As respostas das pessoas, permitem aos profissionais de saúde orientar áreas a serem abordadas e permitir soluções colaborativas.

Ao nível da promoção e educação em saúde, os artigos analisados relevam essencialmente cinco grandes dimensões:

1. Conhecimento sobre as necessidades de saúde de cada pessoa e das suas capacidades, tendo em conta os fatores físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais, político-económicos;
2. Metodologias de formação: estratégias, recursos, objetivos, resultados esperados, avaliação;
3. Estratégias de educação personalizadas: informação adequada e adaptada aos grupos/pessoas/família
4. Promoção de uma relação colaborativa, orientada para a proximidade, acompanhamento e feedback contínuo;
5. Capacitação das pessoas para gerirem de forma mais eficaz e de acordo com os seus objetivos os seus processos de saúde doença;

São sem dúvida dimensões que contribuem nesta questão da enfermagem geriátrica, para que os enfermeiros possam implementar uma prática baseada na evidência com intervenções de enfermagem de qualidade que produzam resultados sensíveis e ganhos em saúde para esta população.

O que pretendemos investigar, não passa por identificar se os enfermeiros estão a desenvolver bem ou mal as intervenções autónomas de enfermagem, mas sim identificar e caracterizar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular, assim como numa fase posterior, identificar a percepção das pessoas em relação aos resultados dessas intervenções. A finalidade deste estudo será desenvolver uma teoria prescritiva de intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular.

Estamos convictos que este estudo, será um contributo para o conhecimento em enfermagem, cujo resultado constituir-se-á num modelo de intervenção para os enfermeiros, especificamente para a finalidade que delineamos, com as pessoas numa fase de vida velhice, em que a geriatria emerge como um conceito mais amplo para as caracterizar num processo de envelhecimento, que pretendemos que seja ativo.

Pretendemos assim, dar continuidade à metodologia utilizada cujo paradigma de investigação qualitativa abrange e o permite, segundo Bogdan e Biklen (1994) a investigação qualitativa, apresenta cinco características, que relevamos aqui no sentido de fundamentar a nossa decisão, o contexto natural é a fonte primordial de colheita de dados, assim como o investigador se constituir o principal instrumento do processo, uma vez que a compreensão dos fenómenos se torna mais integradora quando observados no contexto habitual em que ocorrem "...para o investigador qualitativo divorciar o acto, a palavra ou o gesto do seu contexto é perder de vista o significado." (1994, p.48); é descriptiva, ou seja os dados são em forma de palavras ou imagens, a análise é com base em todos os dados e no seu conteúdo, respeitando a forma como foram registados ou transcritos; o interesse maior pelo processo do que pelos resultados; a análise desenvolve-se de forma indutiva, os significados assumem extrema importância, ou seja a preocupação com as perspetivas dos participantes, no sentido de dar sentido à dinâmica interna dos fenómenos.

Enquanto metodologia a desenvolver, também numa perspetiva de continuidade, optamos pelo método etnográfico, pois estamos convictos que é na proximidade com a população que podemos identificar estas dimensões e assim conseguir compreender a pessoa no desenvolvimento das suas atividades de vida, onde as questões do cumprimento de diferentes regimes terapêuticos se encontram implícitas. Segundo (Flick, 2005) A função dos contextos em que ocorrem as interações e a evidência empírica da sua importância para os participantes é essencial para a compreensão da etnografia enquanto método. O mesmo autor, Citando Garfinkel (2005) refere que o objetivo da etnometodologia é captar os pormenores do "como", numa realidade social, que conceptualiza como um processo, uma vez que a mesma é produzida nos contextos, interna ou externamente face às situações. Flick (2005), refere que a etnometodologia investiga a forma como as pessoas constroem a realidade social, tendo por base os processos de interação.

Constatamos que a pessoa no seu dia-a-dia depara-se com situações inesperadas, ou outras que não sendo, são fatores predisponentes para a promoção ou não do auto-cuidado nos processos de gestão dos diferentes regimes terapêuticos. Sabemos que os enfermeiros, pela sua proximidade com as pessoas/família/grupos e comunidade, são os profissionais mais habilitados para promoverem a gestão dos diferentes regimes terapêuticos. A etnografia é um processo sistemático de observação, descrição, documentação e análise dos modos de vida ou das tendências singulares de uma cultura ou subcultura. As observações das experiências e comportamentos ocorrem em contextos culturais e ambientes definidos. (Leininger citado por Fortin, 2009) Consideramos esta proximidade aos contextos de extrema importância, no sentido de apreendermos o fenómeno de forma natural, sem interferências exteriores.

Constatamos que a pessoa ainda assim não consegue gerir de forma eficaz os seus regimes, uma vez que pelas conclusões do estudo desenvolvido (Silva, 2009), demonstramos que existem dimensões como os processos cognitivos alterados, expectativas face aos resultados esperados da terapêutica, o tempo do tratamento, situação económica e a responsabilidade centrada nos outros, promovem a não adesão dos diferentes regimes terapêuticos. O que traduz a necessidade de haver um maior acompanhamento da pessoa no sentido de apoiar e encontrar estratégias de coping.

Simultaneamente percebemos que muitos dos participantes do estudo referiram que as informações que os enfermeiros lhes proporcionam por vezes são insuficientes ou não entendem a linguagem, o que os leva a procurar informa-

ção colateral (bulas dos medicamentos ou outras pessoas que façam o mesmo), o que faz com que por vezes abandonem os regimes terapêuticos. (Silva, 2009) Também (Paiva e Silva, 2007) refere que quantas pessoas com doença crónica não conseguem integrar no seu auto cuidado as orientações provenientes dos profissionais de saúde, quer por informação insuficiente, por pouco cuidado por parte dos enfermeiros, por incapacidades cognitivas que dificultam o processo de aprendizagem, por tomadas de decisão esclarecidas mantendo comportamentos inadequados face aos cuidados necessários para manter a saúde.

Provavelmente os enfermeiros procuram com a pessoa, promover e gerir os diferentes regimes terapêuticos, mas as intervenções específicas neste âmbito não estarão devidamente sistematizadas, ou seja, são orientações de carácter individual e isoladas que não promovem na pessoa processos de transição face à necessidade de cumprir determinado tipo de regime terapêutico, o que se torna impreterivelmente necessário nesta relação terapêutica cujos resultados esperados, serão a pessoa com respostas promotoras aos processos de gestão do regime terapêutico. Os métodos de investigação qualitativa têm por base as crenças, numa abordagem holística das pessoas que orientam o processo de investigação, é utilizado para dar resposta a questões relacionadas com situações que ocorrem espontaneamente e que não necessitam de nenhuma forma de controlo, assim como, encaminham habitualmente os investigadores no trabalho de campo, uma vez que este é experimentado de maneiras muito particulares e únicas, ou seja, numa perspetiva de espaço vivido. (Latimer 2003)

REFLEXÕES FINAIS

As reflexões que constituem este artigo, integram um vasto leque de conhecimentos numa perspetiva transdisciplinar. No entanto, mobilizamos essencialmente os contributos da disciplina de enfermagem, no âmbito da área específica do conhecimento em geriatria, desenvolvendo a importância das intervenções de enfermagem na temática do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular.

Como forma de sistematizarmos o que partilhamos neste artigo, mobilizamos um autor que trabalhou estas questões das competências dos enfermeiros em cuidados geriátricos (Costa, 2002), "O trabalho geriátrico dos enfermeiros, é portador de um conjunto de desafios epistemológicos que atravessam a construção da competência, pela imprevisibilidade, percurso individual de cada enfermeiro, na dimensão do sujeito, no recurso ao sentido do outro, experiência vivenciada singular e irrepetível, pela dimensão ética". Podemos contemplar que a visibilidade destes cuidados, segundo o mesmo autor, (Costa, 2002) prende-se "no modo de cada profissional ser enfermeiro; de construir a profissão; na qualidade intrínseca de devolver ao utente idoso a validação do ato de enfermagem."

A importância de refletirmos sobre as nossas intervenções face aos processos de cuidados desenvolvidos na prática clínica com os idosos, promove uma prática reflexiva onde a realidade poderá ser reinventada a todo o momento face à pessoa com que interagimos. Esta complexidade na construção da competência, deve estar presente ao longo da nossa vida enquanto enfermeiros. É com os processos de cuidados que desenvolvemos que podemos produzir e teorizar o conhecimento, tendo por base a singularidade e unicidade de cada pessoa.

No estudo de Costa (2002), encontramos um relato de uma enfermeira, que pensamos espelhar aquilo que os enfermeiros devem valorizar na construção da competência e que segundo o autor integra na "área implicativa/intrínseca ao enfermeiro, ou seja, área cuja visibilidade é intrínseca ao ator dos cuidados e se centra no seu compromisso social" (Costa, 2002). O relato elucida os medos de uma enfermeira com pouca experiência, que fica responsável por um grupo de doentes idosos e no sentido de cumprir tudo o que tinha determinado para o turno da tarde, utilizou uma estratégia de registo em suporte de papel com três colunas, que passamos a ilustrar:

O que devo fazer para que os doentes não morram	O que devo fazer para cumprir as prescrições médicas	O que devo fazer para ser enfermeira
Registo de tudo o que dependia dos tratamentos: medicação, soros, sangues, drenagens, débito de O ₂ ...	Registo de sinais vitais, dietas, registos...	Registo do suporte das NHB, cuidados de conforto antes de dormir, falar com os doentes, falar com as famílias...

Quadro 3 - Ilustração de um plano de trabalho de um turno da tarde de enfermagem

Segundo este relato, a enfermeira refere que não chegou ao 3º ponto, refletindo sobre o que é ser enfermeira, sabe que o que fez é enfermagem, mas segundo a mesma faltou-lhe uma parte, ou seja, as intervenções que ela própria deve prescrever. (Costa, 2002). Integrando nesta dimensão o conceito de profissionalidade, pela autonomia, criatividade e perspetiva colaborativa, mas com responsabilidade e liberdade que os enfermeiros devem implementar, sendo que para isso, uma prática baseada na evidência, lhes permite integrar conhecimento na área específica dos saberes em enfermagem, desenvolvendo competências profissionais que promovem a qualidade nos processos de cuidados. (Amendoeira, 2008)

Neste âmbito, a reflexividade que os enfermeiros devem desenvolver nos processos de cuidados com as pessoas, promove a capacidade para mobilizar essas competências em situações que são sempre singulares, mas que lhes

permite pela transferibilidade desses saberes, serem profissionais mais competentes em novas situações. Segundo Amendoeira (2008, p.225), “o que promove cada vez mais a importância de as respostas às necessidades de saúde das pessoas serem dadas, em princípio, pelo profissional melhor qualificado para o fazer.” Também este autor, reflete ainda que estas competências, só serão integradas pelos profissionais de saúde, inclusive os enfermeiros, quando existir entre os saberes abstratos (mais teóricos) e os saberes contextuais mobilizados, uma simbiose, pela necessidade constante de ambos se complementarem e refletirem sobre os mesmos e por conseguinte, novos estudos de investigação que produzam mais resultados para uma prática baseada na evidência, que contribuirá para uma visibilidade das funções diagnóstica e de prescrição de intervenções de enfermagem, pelos próprios, pelos outros profissionais de saúde e até pela pessoa. (Amendoeira, 2008)

Terminamos com uma reflexão que traduz aquilo que são os processos vividos por cada um de nós: “a maior parte de nós é apenas uma personagem, embora haja razões de peso a favor dessa singularidade. A tendência para o controlo unificado prevalece ao longo da história do nosso desenvolvimento, talvez porque um organismo singular exija que haja um si singular para que a missão de conservação da vida seja realizada com êxito.” (Damásio, 2000, p. 260)

BIBLIOGRAFIA

Amendoeira et al. 2003. Os Instrumentos Básicos na Construção da Disciplina de Enfermagem. Expressões e Significados. Santarém. 241pp.

Amendoeira, José. 2006. Enfermagem, disciplina do conhecimento, Revista Sinais Vitais. Julho.

Amendoeira, José. 2006. Uma Biografia Partilhada da Enfermagem. A Segunda Metade do Século XX. Formasau - Formação e Saúde, Lda. Coimbra. 485pp.

Amendoeira, José. 2008. Profissões e Estado: o conhecimento profissional em enfermagem. 209-240pp. In: Lima, Jorge Ávila. Pereira, Hélder Rocha. Políticas Públicas e Conhecimento Profissional a Educação e a Enfermagem em reestruturação. Edição Livpsc/Legis Editora. Porto.

Amendoeira, José. Da Necessidade de Protecção à Confiança nos Profissionais de Saúde. In Confiança e Laço Social (org.). Edições Colibri/CEOS. Lisboa. 2006. p. 229-237.

Baird, Kristy Keaton. Pierce, Linda L. 2001. Adherence to cardiac therapy for men with Coronary Artery Disease. Practice Management. Rehabilitation Nursing. Vol.26. nº6. Nov/Dec. 233-243pp.

Ben-Arye, Eran et al. 2007. Promoting Lifestyle Self-Awareness Among the Medical Team by the Use of an Integrated Teaching Approach: A Primary Care Experience. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. Mary Ann Liebert, Inc. Vol.13. Nº 4. Israel. 461-469pp.

Benner, Patricia. De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Quarteto Editora. Coimbra. 2001. ISBN: 972-8535-97-X. 295p.

Bevis, Olívia. Watson, Jean. 2005. Rumo a um Curriculum: Uma Nova Pedagogia para a Enfermagem. Lusociência. Loures. 443pp.

Blanski, Clóris Regina Klas. Lenhardt, Maria Helena. 2005. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. Ver. Gaúcha Enfermagem. 26(2), Agosto. Porto Alegre. 180-188pp.

Bogdan, Robert. Biklen, Sari. 1994. Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos. Porto Editora, Lda. Porto. 335.

Bogdan, Roberto C. Biklen, Sari Knopp. 1994. Investigação Qualitativa Em Educação: Uma Introdução À Teoria E Aos Métodos. Porto Editora, Lda. Porto. 335pp.

Boterf, Guy. Avaliar a competência de um profissional. Três dimensões a explorar. In Pessoal Reflexão RH. Junho 2006. p. 60-63.

Brunton, Stephan A. 2011. Improving Medication Adherence in Chronic Disease Management. Supplement to The Journal of Family Practice. Vol. 60. Nº4. S1-S8pp.

Caria, Telmo, H. 2002. Experiência Etnográfica em Ciências Sociais. Edições Afrontamento. Porto. 183pp.

Caria, Telmo, H. 2002. Experiência Etnográfica em Ciências Sociais. Edições Afrontamento. Porto. 183pp.

Carper, B. A. 1997. Fundamental Partners of Knowing. 247-256pp. In: Nicoll, Leslie H. Perspectives on Nursing Theory. Third edition. Philadelphia: Lippincott. Library of Congress.

Castro-Caldas, Alexandre. Mendonça, Alexandre. 2005. A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal. LIDEL, Edições Técnicas, Lda. Lisboa. 250pp.

Costa, Maria Arminda Mendes. Cuidar de Idosos. Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros. Formasau, Formação e Saúde, Lda e Educa. Lisboa. 2002. ISBN: 972-8485-24-7. 327p.

Craig, Jean V. Smyth, Rosalind L. 2004. Prática Baseada na Evidência, Manual para Enfermeiros. Lusociência. Loures. 309pp.

Damásio, António. 2000. O Sentimento De Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência. 4ª ed. Publicações Europa-América, Lda. Portugal. 426pp.

DeSimone, M. Elayne. Crowe, Amanda. 2009. Nonpharmacological approaches in management of hypertension. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. Blackwell Publishing Ltd. 21. 189-196pp.

Flick, Uwe. 2005. Métodos Qualitativos na Investigação Científica. 1ªedição. Monitor, Lda. Lisboa. 305pp.

Fortin, Marie-Fabienne. Côté, José. Filion, Françoise. 2009. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta. Loures. 595pp.

George, Julia B. 1995. Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional. 4ª ed. Editora Artes Médicas Sul LTDA. Brasil. 225-240pp.

Goldstein, Perry C. 2006. Impact of Disease Management Programs on Hospital and Community Nursing Practice. Nursing Economic. Vol. 24. Nº 6. Nov/Dez. 308/314.

Henriques, Maria Adriana Pereira. 2006. Adesão ao regime terapêutico em idosos. Revisão sistemática (2004-2006). Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. 50p.

Ingersoll, Karen S. Cohen, Jessye. 2008. The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. J. Behavior Medicine. Springer Science+Business Média, LLC. 31. 213-224pp.

Latimer, Joanna. 2005. Investigação Qualitativa Avançada Para Enfermagem. 1ª ed. Instituto Piaget. Lisboa. 261pp.

Le Boterf, Guy. De La Compétence; Essai sur un attracteur étrange. Les Éditions D`Organization. Paris. 1995. ISBN: 2-7081-1753-X. 175p.

Lee, Angel Chu Kee et al. 2009. Predictors of poststroke quality of life in older Chinese adults. Journal of Advanced

Nursing. Journal compilation. Backwell Publishing Ltd. 554-564pp.

Leite, Silvana Nair. Vasconcellos, Maria da Penha Costa. 2003. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciências & Saúde Coletiva. Brasil. Vol. 8. 775-782pp.

Lopes, Manuel José. 1999. Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns Dados e Implicações. Gráfica 2000. 216pp.

Meleis, A.I., and P.A. Trangenstein. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook* 42. 1994. 255-259pp.

Neuman, Betty. 1995. The Neuman Systems Model. Third Edition. Library of Congress. USA. 732pp.

Nieuwenhuijsen, Els R. et al. 2006. Health behavior change models and theories: Contributions to rehabilitation. Disability and Rehabilitation. Taylor & Francis. 28(5). March. 245-256pp.

Ordem dos Enfermeiros. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Edição Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2003. 24p.

Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Edição Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2001. 16p.

Organização Mundial de Saúde. 2003. "Adherence to long-term therapies evidence for action." Available: http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf [Data da visita: 05/31/06].

Ownby, R. L. et al. 2006. Factors related to medication adherence in memory disorder clinic patients. *Aging & Mental Health*. Routledge. 378-385pp.

Pascucci, Ann Mary et al. 2010. Situational Challenges That Impact Health Adherence In Vulnerable Populations. *Journal of Cultural Diversity*. Vol. 17. Nº1. 4-12pp.

Poirier, Paul et al. 2006. Predictors of compliance with medical recommendation regarding pharmacological and non-pharmacological approaches in patient with cardiovascular disease. *Clinical and Investigative Medicine*. Vol. 29. Nº2. 91-103pp.

Saragoila, Maria de Fátima Lemos Branco. Ser Enfermeiro com as Pessoas Perspectivas de Enfermagem em Enfermeiros Recém-Licenciados. Porto: Universidade do Porto. Instituto De Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2007. 138p. Dissertação de Mestrado.

Shih, Shaw-Nin et al. 2005. Health Needs Instrument for hospitalized single-living Taiwanese elders with heart disease: triangulation research design. *Care of Older People, Journal of Clinical Nursing*. 14. Blackwell Publishing Ltd. 1210-1222pp.

Silva, Augusto Santos. Pinto, José Madureira. 2005. Metodologia Das Ciências Sociais. 13ª ed. Edições Afrontamento. Porto. 323pp.

Silva, Mário João Ribeiro. 2010. O ser humano e a adesão ao regime terapêutico. Um olhar sistémico sobre o fenômeno. Formasau. Coimbra. 161pp.

Streubert, Helen J. Carpenter, Dona R. 2002. *Investigaçāo Qualitativa Em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed. Lusociência. Loures. 381pp.

Thompson, David R. et al. 2011. Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? *Journal of Clinical Nursing*. Blackwell Publishing Ltd. 20. 1236-1244pp.

Tomey, Ann Marriner. Alligood, Martha Raile. 2004. Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5^a ed. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures. ISBN: 972-8383-74-6. p. 750.

Williams, Allison. Manias, Elizabeth. Walker, Rowan. 2008. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. *Journal Advanced Nursing*. Journal compilation. Blackwell Publishing Ltd. 132-143pp.

Washburn, Susan C. Hornberger, Cynthia A. 2008. Nurse Educator Guidelines for the Management of Heart Failure. The Journal of Continuing Education in Nursing. Junho. Vol. 39. Nº 6. Kansas. 263-267pp.

http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/index.html

http://www.who.int/cardiovascular_diseases/region/en/

<http://static.publico.pt/docs/pesoemedida>

DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf

PLATAFORMA DE INDICADORES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS HOSPITALARES

PROF. DOUTOR PEDRO PARREIRA,

PARREIRA, PEDRO; SALGUEIRO, ANABELA; CASTILHO, AMÉLIA; & FREITAS, MARIA JOÃO¹

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM COIMBRA

1 DOUTORANDA EM ENFERMAGEM NO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

RESUMO | ABSTRACT

A evolução dos sistemas de saúde nos últimos anos tem sido notável. O último relatório da OCDE "Health at a Glance 2011: OECD Indicators" assinala um aumento na esperança de vida desde 1960, aumentando em média, nos países da OCDE em mais de 11 anos, atingindo quase 80 anos em 2009. Esta evolução positiva também associada a mudanças nos estilo de vida, tem conduzido a uma melhoria notável na qualidade de vida dos cidadãos. No entanto este notável desenvolvimento tem sido acompanhado nos últimos 50 anos de um crescimento dos gastos em saúde, tendo inclusive ultrapassado o crescimento do PIB. Esta situação insustentável que coloca em causa o financiamento levanta-nos questões importantes e pertinentes - em que medida o modelo de financiamento espelha os ganhos em saúde e qual o impacto do papel dos diferentes profissionais nesses ganhos? Estarão a ser alocados os recursos adequados tendo em conta as necessidades de cuidados? Porque não são integrados para efeitos de financiamento os indicadores inscritos nos sistemas de informação da saúde produzidos pelos enfermeiros, quando a evidência empírica é inequívoca em evidenciar a sua contribuição para os ganhos em saúde?

Assim, será efetuada uma breve descrição dos ganhos em saúde obtidos nos últimos anos, aliada à evolução no crescimento da despesa na saúde. Depois apresentaremos alguns argumentos que evidenciam a necessidade de cooperação interprofissional para a construção de indicadores integrados e partilhados inscritos em sistemas de informação e resumo mínimo de dados que deverão integrar standards linguísticos. Seguidamente faremos referência a classificações várias quer sejam diagnósticas ou de intervenção. Classificações para registo dos Fenómenos, Intervenções e Resultados de Enfermagem sendo abordadas algumas considerações sobre a construção de indicadores e recomendações da Ordem dos Enfermeiros para a sua organização. O enfoque nos modelos baseados na estrutura, nos resultados ou em ambos será apresentado, discutindo-se a adequação dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos para responderem à avaliação das necessidades de cuidados. Serão depois apresentados alguns pontos, julgados essenciais, a que deverão obedecer os indicadores de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem.

ARTIGO | PAPER

Introdução

A evolução dos sistemas de saúde nos últimos anos tem sido notável. O último relatório da OCDE "Health at a Glance 2011: OECD Indicators" assinala um aumento na esperança de vida desde 1960, aumentando em média, nos países da OCDE em mais de 11 anos, atingindo quase 80 anos em 2009. O aumento foi particularmente visível em países da OCDE que apresentavam em 1960, níveis relativamente baixos, como a Coréia, onde a expectativa de vida aumentou 28 anos, entre 1960 e 2009, sendo presentemente liderado pelo Japão com uma expectativa de vida de 83 anos. Em Portugal obtivemos um aumento de 15,6 anos, superior em 4,4 anos ao valor médio dos países da OCDE. Este resultado deve-se não só aos grandes declínios nas taxas de mortalidade em todas as idades mas também através das mudanças da natureza dos fatores de risco para a saúde, com redução de mortes por doenças cardiovasculares que, apesar de continuarem a principal causa de morte nos países da OCDE, foram reduzidas em mais da metade desde 1960.

Embora alguns dos ganhos em termos de longevidade possam ser explicados por uma redução importante nos fatores de risco para a saúde, grande parte da mortalidade e morbidade nos países da OCDE relacionam-se com fatores de estilo de vida, como o tabagismo, consumo de álcool, obesidade, dieta não saudável e falta de atividade física tendo-se obtido uma redução das taxas de tabagismo entre os adultos de 40 para menos de 20% desde 1960, sendo que em Portugal essa redução foi de 28,3% para 18,6% só entre 1999 e 2009 (OCDE, 2011).

No entanto, este notável desenvolvimento tem sido acompanhado nos últimos 50 anos de um crescimento constante dos gastos em saúde, tendo inclusive superado o crescimento do PIB. Em 1960, os gastos com saúde representavam menos de 4% do PIB em média nos países da OCDE. Até 2009, esse índice aumentou para mais de 10% do PIB numa dezena de países tendo crescido especialmente nos Estados Unidos, passando de cerca de 5% em 1960, para mais de 17% em 2009. Em Portugal o valor das despesas de saúde em 2009 foram de 10,1% (OCDE, 2011), apresentando um valor de 9,8% em 2011 (PORDATA).

Esta situação insustentável coloca-nos as seguintes questões- em que medida o modelo de financiamento espelha os ganhos em saúde? Será que estamos a alocar os recursos adequados tendo em conta as necessidades de cuidados e respetivos ganhos em saúde? Qual o impacto do papel dos diferentes profissionais nesses ganhos? Em que medida os modelos adotados espelham a alocação de recursos tendo em conta as verdadeiras necessidades dos cidadãos, sabendo que os modelos de financiamento não integram indicadores da atividade dos enfermeiros que representam a maior fatia dos ativos na saúde? Não estaremos a valorizar modelos que privilegiam o consumo de recursos ao invés de valorizar o valor dos cuidados?

Este será o mote para se analisar a importância de agregação de indicadores como resultado da ação empenhada e significativa das equipas de enfermagem, garante da qualidade dos cuidados prestados e resultados em saúde.

A necessidade de cooperação como estratégia para fazer face à complexidade hospitalar e integração clínica

Temos assistido nos últimos anos a uma evolução do conhecimento científico que tem conduzido a mudanças importantes na saúde, sabendo-se hoje que os resultados em saúde são ditados por múltiplos fatores no qual o fator humano desempenha um papel determinante sendo necessária a coordenação das diferentes competências para se obter resultados de qualidade.

A necessidade de prestação de cuidados que ocorrem num continuum de produção nos cuidados de enfermagem, nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, nos cuidados auxiliares e de apoio logístico e administrativo, associado à participação de vários e diferentes prestadores dos diferentes setores da saúde aos vários níveis assistenciais com níveis crescentes de especialização tem exigido maiores níveis de coordenação multidisciplinar (Stille et al., 2005). Daí que as equipas tenham de ser formadas por diferentes profissionais envolvidos no processo de continuum de saúde/doença com o propósito comum de produzirem um conjunto compreensivo de serviços clínicos (Santana & Costa, 2008) e resultados. No entanto Brown & McCool, (1986) consideram que as organizações de saúde dificilmente atingirão plenos graus de integração dada a sua complexidade, também devido à diversidade de configurações de equipas com grande diferenciação técnica científica dos seus profissionais e diferentes níveis de poder, pelo que as arenas da saúde são caracterizadas de organizações imperfeitamente conectados (Orton & Weick, 1990; Nunes, 1994; Monteiro, 1999; Parreira, 2005). Assim, para gerarem valor ao longo da cadeia será fundamental a coordenação das competências e técnicas praticadas por cada elemento, exigindo o envolvimento dos profissionais de saúde, uma vez que os seus contributos individuais não geram valor se não funcionarem numa lógica conjunta e harmonizada (Ackerman, 1992; Galvin, 1995). Nesse sentido os indicadores produzidos pelos vários profissionais devem ser definidos de forma integrada, refletindo a intervenção conjunta dos diferentes elementos e/ou grupos profissionais, sob pena de fragmentarem a prestação de cuidados, perdendo sentido o efeito sinérgico do todo. Para conectar esta rede imperfeitamente conectada Orton e Weick (1990) assinalam a necessidade de liderança, focalização e a partilha, evidenciando que a qualidade do resultado final da atuação destas "tribos" seja determinada pela capacidade em alinharem comportamentos fazendo um esforço para conectar os nós da rede através da cooperação. Assim os resultados a atingir terão de se centrar na atividade e arquiteturas das equipas constituídas por diferentes profissionais, valorizando-se os resultados da atividade grupal. No entanto, e de forma paradoxal, os indicadores no qual se inscrevem os modelos de financiamento continuam a não valorizar a obtenção de indicadores contratualizados e partilhados pelas diferentes equipas, onde a meritocracia, advinda da partilha e cooperação de todos no todo, parece continuar a não ser evidenciada. Esta evidência, que também tem contribuído para aumentar o desperdício em saúde por perda de eficiência, sendo estimada em 25% por António Arnault, pelo que podemos considerar que tem havido um desalinhamento conceptual entre os princípios de funcionamento das equipas de sucesso e os modelos de financiamento.

Sistemas e modelos de informação de Registo de Saúde

Antes de falarmos de indicadores de qualidade de cuidados teremos de falar dos sistemas de informação em saúde, instrumentos de importância crítica para o desenvolvimento de estratégias informacionais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere-se aos Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de recolha, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se recolher, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. A transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e recomendações para a ação. Ora, segundo Shortell et al. (2000) a ausência de sistemas de informação funciona como barreira à integração e a falta de informação relativa aos serviços prestados ao utente causando serviços fragmentados (Grone & Garcia-Barbero, 2001) com perdas de maiores níveis de integração nos fluxos de trabalho.

No entanto a existência de sistemas de informação não é por si só garante da transmissão da informação. Para se

medir a qualidade dos cuidados hospitalares será necessário selecionar indicadores que apresentem determinadas características que terão de se alinharem com um princípio inscrito nos sistemas de informação

Os sistemas de informação em saúde são assim, um instrumento de importância crítica, para o desenvolvimento de estratégias promotoras da informação na área da saúde, devendo alimentar os modelos de financiamento em saúde pois a tomada de decisão clínica, quer seja a decisão médica, quer a de enfermagem, terá de se sustentar na informação de suporte à tomada de decisão.

Sistemas de informação e resumo mínimo de dados

Em enfermagem o resumo mínimo de dados refere-se ao conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que do ponto de vista clínico correspondem a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Esta estrutura vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde (Werley et al., 1991 citado por Ordem dos Enfermeiros , 2007).

Para American Nurses Association (1995) a agregação de dados para a prática de enfermagem só é possível se forem reunidas as seguintes condições:

- Uso de linguagem comum classificada,
- Sistemas de informação consistentes,
- Sistemas de informação integrados nos sistemas de informação da saúde.

A partir deste resumo mínimo de dados é possível gerar um conjunto de indicadores considerados “marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população” (Ordem dos Enfermeiros, 2007:2)

Este resumo mínimo de dados inscreve-se na política de desenvolvimento dos sistemas de informação no geral e em particular da enfermagem em termos de diagnósticos, intervenções e resultados orientados para os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela OE, dada a importância e relevância que a informação de saúde tem para a promoção e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e pela influencia que o exercício profissional dos enfermeiros tem na saúde das populações.

Torna-se presentemente incompreensível e anómalo, por parte dos atores que atuam na cadeia de valor da prestação de cuidados de saúde, quer se trate dos profissionais, quer se trate dos cidadãos enquanto utentes, não se disponibilizar informação relevante, fidedigna, atualizada, atempada, de forma simples, uniforme e segura por parte dos sistemas de informação (ACSS, 2009). Acresce ainda que segundo a Ordem dos Enfermeiros é consensual que a Informação de Enfermagem tem para a governação em Saúde repercussões na decisão clínica, continuidade e qualidade de cuidados, gestão, formação, investigação e processos de tomada de decisão.

Paradoxalmente, assinala-se que os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) portugueses, ocupam um lugar de destaque na União Europeia com maior utilização de sistemas de registos eletrónicos baseados numa Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). No entanto continua a verificar-se a não integração destes sistemas para efeito de financiamento na saúde, apesar da Ordem dos Enfermeiros (OE) ter vindo a desenvolver orientações no sentido de promover uma correta e normalizada implementação de um SIE com recurso a um registo de atividades de enfermagem uniformizado, através da utilização obrigatória da CIPE, onde são documentados os cuidados de enfermagem em todos os contextos da sua prática, com base no definido na CIPE. Se porventura se poderia falar da necessidade em definir os princípios básicos da arquitetura e requisitos técnicos para a correta integração, os mesmos já foram devidamente regulados desde 2007 (Cf. documentos: Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico -funcionais (OE, Abril de 2007) e Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde (OE, Out. de 2007). Realçamos também que uma característica decisiva para o sucesso da integração destes suportes de informação - a sua Interoperabilidade que se refere “à capacidade de os sistemas de informação na Saúde trabalharem em conjunto, quer no interior das organizações quer atravessando fronteiras organizacionais, no suporte de uma eficaz prestação de cuidados de saúde a indivíduos e à comunidade” (Healthcare Information Management Systems Society citado por ACSS, 2009: 29) está assegurado, permitindo a coexistência de sistemas informáticos diferentes, sem forçar a conversão para um único formato. O próprio ACSS (2009) recomenda ainda considerar as recomendações dos principais padrões internacionais Open EHR; CEN / TC251 – EN13606; HL7, não esquecendo IHE (como iniciativa da indústria de relevância na validação e certificação de sistemas) e DICOM (incontornável pelo menos no domínio da imagem médica) são aspetos a ter em conta (ACSS, 2009).

Standards linguísticos

Tal como anteriormente referimos, a disponibilização de informação de qualidade terá de se alicerçar em modelos de informação assentes nas necessidades dos profissionais responsáveis pela sua prestação. É bem conhecida a proliferação de sistemas que apresentam modelos de informação de distintas naturezas e que se encontram desvirtuados dos reais propósitos por desconhecimento das necessidades que deveriam satisfazer, não evidenciando os indicadores de atividade desenvolvidos pelos diferentes profissionais. É por isso necessário definir modelos, otimizá-los de modo a responderem de uma forma adequada às reais necessidades. Esses modelos deverão inscrever standards servindo os interesses dos atores intervenientes no processo de cuidados para evidenciarem resultados de qualidade, comparáveis, contribuindo para a diminuição dos riscos e custos de comunicações pelo que é determinante a utilização de nomenclaturas e classificações padronizadas referidas por ACSS (2009) sejam diagnósticas ou de intervenções, sejam de classificação para registo dos Fenómenos, Intervenções e Resultados de Enfermagem ou reações adversas.

- ICD 9 – CM; ICD 10 – CM (International Classification of Diseases)
- SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine)
- ICPC-2 (International Classification of Primary Care)
- CIPS (Classificação Internacional de Problemas de Saúde)
- ICNP/CIPE (International Classification for Nursing Practice)
- ICD-9CM (1,2&3); ICD-10 CPS; Cod OM
- ICNP/CIPE (International Classification for Nursing Practice)
- WHO-ART; MedRA

Serão apresentados de forma sumária quatro das classificações enumeradas.

ICD – International Classification of Diseases

A International Classification of Diseases (ICD) é uma classificação da OMS - que fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças, para além de ter uma classificação suplementar. Esta classificação é desenvolvida e revista de 10 em 10 anos pelas estruturas da OMS, apesar de anualmente serem produzidas atualizações às versões em uso (ACSS, 2009).

A 9ª Revisão, publicada em 1975 e presentemente na sua 10ª revisão, a ICD-10, têm sido largamente utilizados em todo o mundo para as estatísticas de mortalidade e morbidade. Em Portugal a ICD-10 é já hoje utilizada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). A ICD-10-CM considera mais de 68.000 códigos de diagnóstico, contra os 13.000 existentes no ICD-9- CM, e a ICD-10-PCS inclui já 87.000 códigos de procedimentos (permitindo a sua estrutura chegar aos 170.000).

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

A CIPE foi criada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) com o propósito de criar uma linguagem científica, comum e unificada à Enfermagem mundial. É uma terminologia que sustenta a padronização da documentação de Enfermagem relativa à prestação de cuidados. Foi concebida para ser uma parte integral da infraestrutura global de informação, que informa a prática e as políticas de cuidados de saúde para melhorar os cuidados prestados aos doentes em todo o mundo, facilitando a comunicação entre enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política acerca da sua prática (CIPE, OE). A ferramenta desenvolvida tem como objetivos fundamentais: 1) descrever e documentar as práticas de enfermagem; 2) usar esta ferramenta como base para a tomada de decisão clínica; 3) prover a enfermagem com um vocabulário e um sistema de classificação que possam ser usados para incluir dados de enfermagem nos sistemas de informação computorizados (ICN, 2005).

A informação gerada pode e deve ser utilizada para o planeamento e gestão dos cuidados de Enfermagem, previsões financeiras, análise dos ganhos em saúde dos doentes e desenvolvimento de políticas, sendo de utilização obrigatória em todos os SIE que se venham a desenvolver e implementar (OE, 2007).

Tal como definido no documento publicado pela OE em 2007- Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico –funcionais, é necessário garantir que os SI da saúde integrem dados relativos à prestação de cuidados de enfermagem, de modo a que os registos integrem informação necessária ao acompanhamento do cidadão ao longo do ciclo vital, da mobilidade geográfica e local, ou até mesmo do contexto da prestação de cuidados, incluindo diversos sectores, como o caso do social.

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi desenvolvida pela OMS e permite registar perfis de funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em vários domínios.

A CIF reflete a capacidade do indivíduo em realizar a atividade de vida diária e participar em várias situações de vida e da sociedade sendo por isso um instrumento importante e viável para a recolha de informação de saúde, indicador do estado de saúde para além de ser um ótimo instrumento da previsão dos custos dos cuidados de saúde (Fried et al., 2001).

Esta classificação apresenta uma estrutura e uma linguagem unificada e padronizada para a descrever a saúde e os estados relacionados com a saúde, definindo componentes de saúde e bem-estar.

A CIF tem vindo a ser implementada a nível internacional com a supervisão da OMS, através das suas comissões especializadas e dos seus centros colaboradores espalhados por diversos países. Em Portugal a utilização da CIF foi aprovada para fins estatísticos em 2003 pelo Conselho Superior de Estatística (Deliberação nº10/2003, Diário da República, II Série, nº5, de 7 de Janeiro de 2003).

A sua implementação tem vindo a ser acompanhada pelo grupo de trabalho "Estatísticas da deficiência e reabilitação", coordenado pelo então SNRIPD, atualmente INR, I.P.. A CIF tem uma relação com os agrupamentos dos Grupos Homogéneos de Diagnóstico (GDH), uma vez que são estes a base do sistema de financiamento e de apoios, verificando-se existir uma relação direta entre os graus de incapacidade associados a uma pessoa através da CIF com os agrupamentos de GDH.

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos

Os GDH são um sistema de classificação de internamentos hospitalares cuja principal finalidade é agrupar episódios de internamento em categorias homogéneas no que respeita ao consumo de recursos, considerando-se para esse efeito a duração de internamento (Costa, Lopes & Santana, 2008). São baseadas em classes clinicamente coerentes e homogéneas, do ponto de vista do consumo de recursos.

Segundo Bentes (1992) este sistema, que classifica os doentes agudos internados em agrupamentos de doentes ou episódios de doença, torna compreensíveis as suas semelhanças e diferenças ao permitir que os pertencentes à mesma classe sejam tratados de modo semelhante. As classes são definidas a partir de um conjunto de variáveis que caracterizam clinicamente os Cidadãos e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital – diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros atos médicos considerados relevantes. A codificação clínica instalou-se sistematicamente nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) tendo em vista um Sistema de Pagamento Prospectivo (ACSS, 2009)

No desenvolvimento do modelo foram depois integradas outras variáveis como complicações, situação após a alta com o objectivo de tornar os grupos mais homogéneos.

Em termos históricos, os GDH foram desenvolvidos pela Universidade de Yale e pretendiam servir de base a sistemas de revisão de utilização a partir da identificação de casos excepcionais relativamente a tempos médios de internamento. Colocou-se como hipótese de análise que, se o tempo de internamento fosse considerado variável dependente, seria possível identificar os fatores preditores tendo por base um conjunto de variáveis independentes dos doentes, criando-se categorias diagnósticas médicas homogéneas, o que se confirmou. Mais tarde, tendo por base esta metodologia, a aplicação de sistemas de classificação de doentes através dos GDHs foram usados para determinar o financiamento hospitalar.

Indicadores em Saúde: algumas considerações sobre a sua construção, proposta e recomendações pela Ordem dos Enfermeiros para a sua organização

Os indicadores podem classificar-se em indicadores **demográficos** os que medem a distribuição dos fatores que determinam a situação de saúde segundo a distribuição populacional na área geográfica; **Indicadores socioeconómicos** os que medem a distribuição dos fatores determinantes da situação da saúde relacionados com o perfil económico e social da população residente na área geográfica; **Indicadores de mortalidade** os que reportam a ocorrência e distribuição das causas de óbito no perfil da mortalidade da população residente na área geográfica referida; **Indicadores de morbidade e fatores de risco** os que reportam a ocorrência de agravamento da saúde na população num determinado período e área geográfica; **Indicadores de Recursos** os que avaliam a oferta e procura dos recursos humanos, físicos e financeiros para prestar cuidados à população numa determinada área geográfica; **Indicadores de Cobertura** os que avaliam o grau de utilização dos meios públicos privados para responder às necessidades de saúde da população na área geográfica referida.

McGlynn (2003) e Costa (2008) propõem alguns princípios para a seleção de indicadores: no sentido da importância,

o indicador deve ter um propósito como o de estimular o processo de melhoria; deverá ser relevante em termos de pertinência do indicador para monitorizar as variações significativas do desempenho, deverá detetar situações caracterizadas por alta ou baixa variabilidade; deverá ser parcimonioso, não impondo esforço desequilibrado a quem recolhe a informação; naturalmente deverá apresentar utilidade para a tomada de decisão; deverá ser viável, exequível e cientificamente aceitável apresentando especificações precisas, ser fiável, válido, e como capacidade para a adequações a ajustamento de risco, apresentar condição para uso explicitada; apresentar adaptabilidade a variados contextos; ser passível de testes estatísticos e apresentar significado prático permitindo a disseminação dos resultados de forma transparente e compreensível.

A OE apresentou um conjunto de indicadores que se inscrevem nos indicadores de avaliação da qualidade propostos por Donabedian (2003) – estrutura, processo e resultado, propondo também a inclusão de dados do tipo epidemiológico já disponibilizados pelos sistemas de informação, e que permitem caracterizar o perfil dos doentes.

Modelo de Donabedian

Os aspetos relacionados com a estrutura reportam-se às condições em que os cuidados são prestados isto é, características da oferta. Fazem parte desta abordagem os recursos materiais (instalações e equipamentos), recursos humanos (número, variedade e qualificação dos profissionais e pessoal de apoio) e características organizacionais, relacionando a organização com as equipas médicas e equipas de enfermagem, presença de funções de ensino e investigação, tipologias de supervisão e de avaliação de desempenho, métodos de financiamento dos cuidados, etc.

Os aspetos relacionados com os **processos** relacionam-se com aquilo que é feito ao doente, as atividades desenvolvidas pelos profissionais que constituem os serviços de saúde (diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação do doente).

Os aspetos relacionados com os **resultados**, avaliam a forma como o doente responde aos cuidados que lhe são prestados, reportando-se assim às mudanças ocorridas nos indivíduos e na população atribuíveis aos cuidados de saúde.

Considerando que os cuidados de enfermagem se caracterizam por serem complexos, específicos, diversificados, de intensidade e de grande frequência (Ordem dos Enfermeiros, 2004) e por vezes intangíveis, sendo bastantes dependentes dos contextos e influenciados pela estrutura, processo e resultados, conduz a que o conjunto de indicadores e unidades de medida dos cuidados de enfermagem a selecionar, terão de ser sensíveis aos mesmos e influenciar os ganhos em saúde. Assim, a Ordem dos Enfermeiros assinala que a construção de indicadores para a avaliação da qualidade e produtividade siga padrões de qualidade das boas práticas, devendo reportar-se ao desempenho do grupo, pelo que requer medidas agregadas. Assinala ainda que estes devem subordinar-se às categorias dos enunciados descriptivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a saber: promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto-cuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem. Devem também contemplar a estrutura, considerando os seguintes domínios (organização, infraestrutura física, profissionais e utentes) o processo e os resultados. Neste caso, os indicadores de resultado devem avaliar "ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem" referindo-se "às evoluções positivas ou modificações operadas no estado dos diagnósticos de enfermagem após a intervenção" (Ordem dos Enfermeiros, 2004: 6).

Apresenta-se de seguida as medidas propostas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2004)

1. Promoção da Saúde

- a. Taxa de incidência/prevalência de úlceras de pressão
- b. Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão
- c. Ganhos em aprendizagem das capacidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão
- d. Taxa de incidência de stress do prestador de cuidados
- e. Taxa de incidência/prevalência do auto controlo ineficaz da dor
- f. Taxa de incidência/prevalência da dependência no autocuidados (higiene)
- g. Taxa de incidência/prevalência do gestão do regime terapêutico ineficaz
- h. Ganhos em conhecimento sobre gestão do regime terapêutico
- i. Taxa de incidência/prevalência do papel parental inadequado
- j. Ganhos em conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil
- k. Ganhos em conhecimento dos pais sobre tratamento da criança
- l. Ganhos em conhecimento dos pais sobre recursos da comunidade
- m. Ganhos em conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes

2. Prevenção de complicações

- a. Percentagem de casos de risco de úlceras de pressão
- b. Taxa de eficácia diagnóstica do risco de úlcera de pressão
- c. Taxa de eficácia na prevenção e úlceras de pressão
- d. Taxa de eficácia diagnóstica do risco de stress do prestador de cuidados

- e. Taxa de eficácia na prevenção do stress do prestador de cuidados
 - f. Ganhos em aprendizagem de capacidade para prevenir complicações
 - g. Ganhos em conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes na criança
3. Bem-estar e autocuidado
- a. Taxa de resolução do stress do prestador de cuidados
 - b. Ganhos expressos em desejo de reassumir o papel de prestador de cuidados pelo prestador de cuidados informal
 - c. Ganhos expressos em bem-estar, percecionados pelo prestador de cuidados informal
 - d. Taxa de resolução da dependência no autocuidado (higiene)
 - e. Ganhos em independência no autocuidado (higiene)
 - f. Ganhos em aprendizagem de capacidades para o autocuidado (higiene)
 - g. Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre autocuidado (higiene)
 - h. Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado (higiene)
4. Readaptação funcional
- a. Ganhos em conhecimento sobre a gestão dos analgésicos
 - b. Ganhos em conhecimentos sobre a avaliação da dor
 - c. Ganhos em aprendizagem de capacidades para gerir a analgesia
 - d. Ganhos em aprendizagem de capacidades para utilizar estratégias não farmacológicas de alívio da dor
 - e. Ganhos em conhecimento sobre estratégias de adaptação para o autocuidado (higiene)
 - f. Ganhos em aprendizagem de capacidades para o autocuidado (higiene)
 - g. Ganhos em conhecimento sobre hábitos de exercício
 - h. Ganhos em conhecimento sobre hábitos alimentares
 - i. Ganhos em conhecimento sobre autoadministração de medicamentos
 - j. Ganhos em conhecimento sobre regime de medicamentos
 - k. Ganhos em aprendizagem de capacidades para autoadministrar medicamentos
 - l. Ganhos em conhecimento dos pais sobre recursos da comunidade
5. Outros
- a. Ser Humano
 - i. Indivíduo (função e pessoa)
 - ii. Grupo (família e comunidade)
 - b. Ambiente (natural e artificial)

Acerca das medidas agregadas, assinala:

1. Indicadores não específicos da intervenção de enfermagem
 - a. Demora média de internamento
 - b. Taxa de infecção nosocomial
 - c. Taxa de reinternamento
 - d. Taxa de complicações
 - e. Taxa de acidentes
 - f. Taxa de recurso injustificado ao serviço de Urgências
2. Indicadores do Sistema de Classificação de Doentes (SCD)
 - a. Nº de doentes classificados
 - b. Horas de Cuidados Necessários (HCN)/Dia de Internamento (DI)
 - c. Horas de Cuidados Disponíveis (HCD)/ DI
 - d. Horas de Cuidados Prestados (HCP)/ DI
 - e. Percentagem de Utilização (HCN/HCP)
 - f. Equivalente a Tempo Completo (ETI)
 - g. Percentagens de classificações corretas
3. Satisfação do Utente face aos cuidados de enfermagem prestados
 - a. Instrumentos aferidos
 - b. Agradecimentos/reclamações/sugestões
 - c. Entrevistas ao utente
4. Satisfação do Utente face aos cuidados de saúde (equipa) do exercício profissional (e de outros profissionais de que deles dependem)
 - a. Inquéritos padronizados
 - b. Entrevistas/avaliação de desempenho
5. Outros indicadores
 - a. Clínicos agregados
 - b. Custo por hora dos cuidados de enfermagem prestados
 - c. Indicadores de atividade (ex. consultas de enfermagem e outros contatos, intervenções específicas, etc.)

Modelos baseados na Estrutura, nos resultados ou em ambos? Que Indicadores selecionar para avaliar a qualidade?

Bentes et al. (1996) referem-se à avaliação da qualidade de cuidados, no grau em que o processo através do qual são afetos recursos a um doente, são consistente com o resultado que seria razoável esperar, salientando as dimensões processo e resultado.

Assinalam também que apesar de se reconhecer que a qualidade é melhor definida pelos processos, os resultados têm ganho uma importância crescente, nomeadamente por se inscreverem numa lógica de pagador e consumidor sendo mais objetivos e significativos, para além de considerarem que a avaliação do processo de prestação de cuidados pode ser morosa e muito consumidora de recursos. Presentemente não consideramos a morosidade e o consumo de recursos como uma limitação importante.

Costa & Lopes (2011) fundamentados nos estudos acerca da produtividade hospitalar medida com base nos GDH, fazem uma breve revisão dos modelos adotados por vários autores que seguem modelos avaliativos diferenciados para medir desempenho nas organizações de saúde. Costa (2005) e Costa e Reis (1993) referem que na grande maioria dos estudos o desempenho das organizações é avaliado pelos resultados, apesar de ter sido posto em causa este enfoque para as organizações não lucrativas e para as organizações de saúde (McGuire, Henderson e Money, 1988 citado por Costa & Lopes (2011).

Nos EUA na metodologia *Best Hospitals*, Hill, Winfrey e Rudolph (1997), O'Muircheartaigh, Murphy e Moore (2002) (citados por Costa, 2005) destacam a dimensão qualidade no qual incluem indicadores de estrutura, do processo e dos resultados para caracterizarem os "Best Hospitals". No entanto, Costa & Lopes (2011) referem que o modelo preconizado por DesHarnais e colegas (1997, 2000) apesar de destacarem a dimensão qualidade, focam-se essencialmente nos resultados. O mesmo autor cita ainda o modelo desenvolvido pela HCIA (HCIA, 1999; Griffith, Alexander e Jelinek, 2002), que apesar de integrar as perspetivas da qualidade, eficiência e rentabilidade dos capitais na avaliação dos hospitais, considera somente a dimensão resultados. Já Thomas e Hofer (1999) defendem que indicadores de processo são mais adequados para se medir a efetividade dos cuidados prestados.

Quando olhamos para as metodologias no qual se inscrevem os modelos de avaliação do Reino Unido, independentemente da existência de duas abordagens distintas, ambas englobam indicadores de estrutura, de processo e de resultados Costa & Lopes (2011). Na Austrália os modelos apesar de integrarem indicadores de qualidade e indicadores sobre financiamento, acesso, eficiência e qualidade, privilegiam o processo (Costa, 2005, 2010) e o mesmo autor termina referindo "Independentemente da necessidade de se considerarem todas as dimensões para avaliar a actividade dos hospitais (Brook et al., 1987; Murphy e Cluff, 1990; Kanouse, Kallich e Kahan, 1995; Almeida e Carlson, 1996; Iezzoni, 1997b e Weingart et al, 2001), a consideração da dimensão resultados parece assumir cada vez mais importância, tanto pela aproximação que permite aos modelos utilizados na grande maioria das organizações do mercado em geral, como pela proliferação e utilização cada vez mais intensa nas organizações de saúde, em termos internacionais." Costa & Lopes (2011:6)

Costa & Lopes (2011) advertem no entanto para a necessidade em se ter em conta o ajustamento pelo risco, i.e., ajustar pela gravidade, na medida em que as características dos doentes influenciam os resultados em saúde, pelo que o ajustamento pelo risco permite controlar os fatores que interferem nos resultados.

Costa & Lopes (2011) referem-se também a abordagens que consideram as complicações e readmissões como resultados intermédios sendo – a mortalidade um indicador de resultados final, assinalando uma diversidade de estudos que se relacionam com a efetividade dos cuidados prestados (Thomas, Holloway e Guire, 1993; DesHarnais et al, 1997; Hill, Winfrey e Rudolph, 1997; HCIA, 1999; Chang, Lin e Northcott, 2002; NHS, 2002; Griffith, Alexander e Jelinek, 2002; O'Muircheartaigh, Murphy e Moore, 2002 e Selim et al, 2002).

No entanto Costa e Lopes (2011) referem que as **readmissões, taxas de mortalidade e ocorrência de complicações** só terão valor explicativo desde que comparados com os valores padrão de referência para aquela população, i.e., desde que estejam ajustados aos fatores de risco. Para o caso da **taxa de complicações** acima de valores médios ou de níveis pré-estabelecidos, constituem importantes pistas para a avaliação da qualidade dos cuidados, assinalando -se a importância da análise dos desvios para identificar problemas, sendo necessário definir padrões de normalidade e avaliar as variações observadas.

Para o caso das **taxas de mortalidade** só apresentam verdadeiro significado se comparados com situações clínicas comparáveis. Por fim, a agregação de indicadores permite que a informação possa gerar conhecimento, pois a análise de casos individuais apesar de poder evidenciar um desvio em relação a boas práticas, não permite evidenciar o aumento de uma complicações, só possível pela agregação dos indicadores.

A revisão efetuada por Costa & Lopes (2011) aos estudos realizados por Iezzoni et al. (1992, 1997a, 1997b); DesHarnais et al. (1997 e 2000); HCIA (1999) e Arozullah et al. (2003) assinalam uma relação entre os indicadores de resultados intermédios – complicações e readmissões e a qualidade dos cuidados prestados.

Os mesmos autores assinalam também uma relação entre mortalidade e qualidade dos cuidados prestados ao analisarem os estudos de Chang, Lin e Northcott (2002); Griffith, Alexander e Jelinek (2002) e O'Muircheartaigh, Murphy e Moore (2002)

Será que os Grupos de Diagnósticos Homogéneos respondem na íntegra às necessidades de cuidados e avaliam os

resultados em saúde?

Como medir a produtividade hospitalar ancorada à qualidade de cuidados de saúde é um tema que tem tido grandes desenvolvimentos apesar de ser reconhecida a grande dificuldade da adaptação ou adoção de métodos usados noutros sistemas produtivos, nomeadamente pela dificuldade em integrar medidas clínicas em sistemas relevantes para a gestão. A dificuldade em parametrizar dados relativos aos diagnósticos clínicos médicos e de enfermagem, intervenções clínicas de tratamento e de enfermagem, complexidade das situações de saúde dos doentes em termos de gravidade e grau de deficit no autocuidado, complexidade nas decisões relativas à alta que condicionam a permanência dos doentes nos hospitais, a complexidade da inter-relação da tomada de decisão dos diferentes grupos profissionais com repercussões importantes nas variações no consumo de recursos e resultados nos doentes em termos de ganhos em saúde, evidenciam a necessidade de haver uma otimização combinada, específica do serviço, com alocação de recursos em função das suas necessidades. Um dos problemas que se coloca ao sistema hospitalar, ao invés de outros sistemas produtivos, é que o produto do processo produtivo é em parte consumido pelo consumidor, sendo diferente do produto final (Urbano e Bentes, 1990, 1992). Daí que esta produção intermédia geradora de resultados da atividade dos diferentes subsistemas inscritos em atividades diagnósticas médicas, atividades diagnósticas de enfermagem, atividades de tratamento médico, intervenções de cuidados de enfermagem, exames auxiliares de diagnóstico, serviços hoteleiros, não sendo propriamente o produto produtivo final do hospital estão intimamente relacionado com ele, pelo que consideramos que estes outcomes devam ser sistematicamente avaliados como resultados parcelares dos processos da atividade hospitalar, mediando e modelando os resultados da atividade hospitalar.

No entanto os desenvolvimentos que têm ocorrido mediante a faturação por GDH, apesar de terem sido um marco importante para definir o consumo homogéneo de recursos gastos operacionalizando o financiamento na saúde, não tem conseguido espelhar os produtos intermédios da atividade hospitalar, nomeadamente as atividades de enfermagem, quer diagnósticas, de intervenções ou de resultados. Para elucidar o leitor apresentamos-lhe um pequeno exemplo simplificado da avaliação efetuada por GDH.

Caso 1

Doente 50 anos, sexo masculino com diabetes mellitus, insulino dependente, com perturbações vasculares admitido por gangrena do pé. Portador dum a cardiopatia hipertensiva com insuficiência cardíaca congestiva. Foi efetuada amputação supracondiliana do membro inferior esteve internado 40 dias.

Agrupamento em GDH

Grande Categoria Diagnóstica: 10- doenças e perturbações endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Grupo Diagnóstico Homogéneo: 285- amputação membro inferior por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas.

Através deste exemplo poderemos colocar uma série de questões:

Qual o deficit em auto-cuidados neste doente? Qual o nível de conhecimento que o doente tem acerca da sua doença, qual o grau de dependência em cuidados de enfermagem? Apresenta consciência alterada em grau reduzido ou em grau muito elevado? O autocuidado -Alimentar-se, está comprometido? Em que grau?

E em termos do Autocuidado Higiene está comprometido? Em que grau?

Decerto o conhecimento dos diagnósticos de enfermagem das intervenções de enfermagem e dos resultados obtidos em termos do gap (saída/ entrada) daria informação pertinente sobre os ganhos em saúde obtidos, valorizando-se o valor dos cuidados, sendo por isso possível avaliar o impacto dos cuidados de enfermagem nos ganhos em saúde.

A estratégia que defendemos de integrar grupos classificativos gerados por atividade de enfermagem em termos diagnósticos, de intervenção e de resultados obtidos nos GDH's traria benefícios em termos da homogeneidade no consumo de recursos, aproximando o consumo de recursos às reais necessidades, além de incluir a componente "valor dos cuidados". Ao não ser integrado neste processo de agregação de grupos de doentes ou episódios de doença, indicadores da atividade de enfermagem estamos a contribuir para a heterogeneidade dos grupos que se querem homogêneos no que respeita ao seu efetivo consumo de recursos. A maior capacidade discriminatória das diferenças intra e intergrupos de episódio de doença contribuiria para este desiderato.

Também se assinala as mudanças que têm ocorrido nos padrões de saúde/ doença da população conduzindo a

alterações no perfil dos doentes nomeadamente pela crescente globalização com maior diversidade de origens étnicas que têm alterado as necessidades de cada grupo específico (Shortell e Kaluzny, 2006).

Mais acresce a importância do número de profissionais altamente diferenciados que participam no processo de cuidados, (no caso dos enfermeiros este número duplica em relação ao número de médicos). Parece-nos que continuar a financiar a saúde tendo por base principal o diagnóstico clínico, conduz a um financiamento enviesado que não espelha o efetivo consumo de recursos e o valor dos cuidados até porque, segundo Aburdene & Naibitt (1993) e Freitas & Parreira (2012), os enfermeiros através dos serviços prestados aos clientes, são responsáveis por 40 a 50% da faturação das organizações de saúde .

A este propósito distinguimos as investigações conduzidas por Aiken e outros investigadores que denotam a importância deste grupo profissional para os resultados em saúde.

Uma meta análise assente em 90 investigações efetuada por Kane et al. (2007) mostra uma associação entre o rácio de enfermeiro/cliente e taxa de mortalidade, taxa de pneumonias contraída durante o internamento, entubações não planeadas e reanimações mal sucedidas. Também Aiken et al. (2002) evidenciaram que o aumento do número de doentes atribuídos a cada enfermeiro para além do padrão (4 doentes), aumentava a probabilidade de morte em 7% nos 30 dias subsequentes à sua admissão aumentando também em 7% a taxa de insucesso nos procedimentos de reanimação.

Também assinalaram uma quase duplicação da taxa de mortalidade nos hospitais com menos de 10% dos enfermeiros diplomados registados (RN) comparativamente a hospitais com mais de 70% dos enfermeiros detentores de diploma de enfermeiro registrado (RN). Needleman, et al. (2002) evidenciaram a importância da enfermagem nos resultados hospitalares ao demonstrarem uma associação entre o aumento das horas de cuidados de enfermagem na redução dos tempos de internamentos, taxas de infecções baixas (pneumonias, infecções urinárias, sepsis), taxas de paragens cardíacas e menor taxa de insucesso na reanimação mediante a análise de 6 milhões e cem mil doentes corroborando os resultados das investigações de Lang, et al., (2004) que evidenciaram a importância das dotações na redução da mortalidade e redução nos dias de internamento. Também recentemente Costa & Lopes (2011) referem a importância dos cuidados de enfermagem quando se reportam às complicações em saúde e , quantificam o seu custo: as infecções pós cirúrgicas, as infecções urinárias ou as úlceras de decúbito, implicam um aumento dos custos hospitalares na ordem dos 10%; as readmissões no internamento num período até 30 dias pelo mesmo motivo, implicam um aumento dos custos hospitalares de 4,8%. Continuamos no entanto a verificar que, apesar de ser consensual e unanimemente aceite a importância dos cuidados de enfermagem, estes continuam a não integrar os sistemas de informação em saúde, não podendo ser verificado o seu contributo nos ganhos em saúde, para a sua efetiva integração nos modelos de financiamento. A este propósito a ordem dos enfermeiros refere "Não obstante tal reconhecimento, verifica-se que a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e relatórios oficiais de saúde, de algum modo, incipiente" (OE, 2007: 1)

Assim, os registo de enfermagem ao se inscreverem no registo mínimo de dados, devem otimizar a qualidade e continuidade de cuidados de enfermagem, produção de diversos indicadores, tomada de decisão, formação e a investigação dando corpo aos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) contemplando o diagnóstico, intervenção e avaliação dos resultados. A integração de Sistemas de Classificações de Doentes por Níveis de Dependência em Cuidados de Enfermagem Hospitalares, por carga de trabalho ou qualquer outro sistema para registo da intensidade de cuidados decerto ajudará a criar indicadores importantes para avaliar os cuidados de enfermagem.

Dado que a linguagem CIPE é considerada requisito essencial de referencial de linguagem dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE), consideramos que poderão depois ser criados grupos de enfermagem homogéneos em termos diagnósticos, de intervenções e de resultados assentes nos indicadores gerados de estrutura de processo e de resultado a serem posteriormente integrados nos modelos de financiamento.

Consideramos também que a incorporação indicadores provenientes de outras linguagens como a CIF, acrescentará valor aos modelos a criar. As conceptualizações subjacentes às linguagens classificadas referidas, facilitarão a sua integração em modelos mais amplos para financiamento em saúde.

Proposta para reflexão:

Os indicadores de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem a criar/selecionar/desenvolver deverão:

1. Ser sensíveis aos cuidados de enfermagem,
2. Permitir agregação e desagregação,
3. Apresentarem desenvolvimentos teóricos evidenciando robustez conceptual,
4. Apresentarem-se empiricamente testados,
5. Inscreverem-se em modelo(s) que terão de contemplar indicadores de estrutura, processo e resultados e dados epidemiológicos de caracterização do perfil na admissão dos doentes,

6. Integrarem dimensões do Mix de competências da equipa e da força de trabalho disponível por período de trabalho,
7. Poder gerar índices de desvio em relação ao padrão definido ou a determinar,
8. Contemplar avaliações diagnósticas de intervenção e de resultado de enfermagem,
9. Contemplar o grau de complexidade e severidade dos doentes e gerar índices de complexidade e gravidade,
10. Identificar ganhos em saúde,
11. Ser gerados a partir de linguagens classificadas,
12. Integrar indicadores clínicos do *International Quality Indicator Project (IQIP)*,
13. Integrar a dimensão eficiência (demora média, custos da atividade),
14. Integrar a dimensão Satisfação dos doentes,
15. Integrar a dimensão Satisfação dos profissionais,
16. Integrar a dimensão Satisfação dos familiares,
17. Integrar a dimensão imagem de qualidade pela Sociedade,
18. Integrar indicadores de segurança dos doentes,
19. Poderem ser integrados nos modelos de financiamento através do GDH,
20. Permitirem gerar agrupamentos classificativos em termos de consumo de recursos e ganhos em saúde,
21. Integrar índices de mortalidade, complicações e readmissões ajustados por risco,
22. Integrar dimensões relativas à inovação e desenvolvimento do capital intelectual,
23. Sugere-se integrar indicadores do *National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI)*, dado serem sensíveis aos cuidados de enfermagem e outros: úlcera de decúbito, infecções urinárias associadas a sondas vesicais, índices de infecção hospitalar, taxa de quedas, incidência e prevalência na contenção dos doentes, taxa de perda de sonda nasogástrica, flebites, obstrução/ desconexão do cateter venoso central,

Conclusões

Ao longo das últimas décadas temos assistido a uma evolução nos sistemas de saúde e mudança nos estilos de vida que nos têm permitido viver mais anos e com mais qualidade de vida. Não obstante os ganhos obtidos, os gastos com a saúde têm crescido a níveis incompatíveis. Quando analisamos os critérios inscritos nos modelos de financiamento hospitalar verificamos que os mesmos estão centrados numa lógica de consumo de recursos ao invés dos ganhos em saúde obtidos, além de não discriminarem a participação dos diferentes grupos profissionais, colocando em questão se os recursos alocados terão em conta as necessidades de cuidados da população. Esta situação da não integração dos indicadores da atividade dos enfermeiros nos modelos de financiamento, além de não valorizar a atividade desenvolvida pela maior fatia de profissionais que representam os efetivos na saúde, desvaloriza também as múltiplas investigações que evidenciam a importância dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde. Considera-se, por isso que os modelos de financiamento se encontram desajustados ao não contemplarem a participação das diferentes profissões para gerar um bem comum que são os ganhos em saúde, continuando a valorizar o consumo de recursos ao invés do valor do cuidado, gerando perdas por desperdício.

Sugere-se a criação de indicadores da atividade diagnósticas, de intervenção, e de resultado da enfermagem e criação de grupos classificativos a integrar nos GDH tornando mais justo o financiamento, aproximando os consumos às reais necessidades, além de poder discriminá-la componente “valor dos cuidados”.

Bibliografia

- Aburdene P, Naisbitt J. (1993) *Mega tendencias para as mulheres*. Rio de Janeiro : Rosa dos Tempos.
- Ackerman, K. III (1992) The movement toward vertically integrated regional systems. *Health Care Management Review*. 17 :3, p. 81-88.
- Almeida RT e Carlsson P, 1996. Severity of a Case for Outcome Assessment in Health Care – Definitions and Classifications of Instruments. *Health Policy*, 37 (1), 35-52.
- Almeida RT e Carlsson P, 1996. Severity of a Case for Outcome Assessment in Health Care – Definitions and Classifica-

tions of Instruments. *Health Policy*, 37 (1), 35-52.

ANA- American Nurses Association (1995) *Na Emerging Framework: Data System Advances for Clinical Nursing Practice*, Wasshinton, DC: ANA.

Arozullah AM, Henderson WG, Khuri SF e Daley J, 2003. Postoperative Mortality and Pulmonary Complication Rankings: How Well Do They Correlate at the Hospital Level? *Medical Care*, 41 (8), 979-991.

Bentes, M, Gonçalves, ML, Tranquada S, Urbano (1996) A utilização dos GDH como instrumento de financiamento hospitalar J. *Revista de Gestão Hospitalar*, nº 33, Dez./Jan. pp. 33- 42.

Bentes, Margarida; Gonçalves, Maria da Luz; Pina, Elaine;& Santos, Margarida (1996). A utilidade da informação de rotina na avaliação da qualidade: o contributo dos GDH'S.. *As Reformas dos Sistemas de Saúde*. APES, Lisboa.

Brook RH, Iezzoni LI, Jencks SF, Knaus WA, Krakauer H, Lohr KN e Moskowitz MA (1987) Symposium: Case-Mix Measurement and Assessing Quality of Hospital Care. *Health Care Financing Review*, December (Special Number), 39-48.

Brown, M.; McCool, B. (1986) Vertical integration : exploration of a popular strategic concept. *Health Care Management Review*, 11 : 7-19.

Chang LC, Lin SW e Northcott DN, 2002. The NHS Performance Assessment Framework – A "Balanced Scorecard" Approach? *Journal of Management in Medicine*, 16 (5), 345-358.

Contandriopoulos, A. et al. (2003) The integration of health care : dimensions and implementation. Montreal : Groupe de Recherché Interdisciplinaire en Santé. Université de Montreal (Working Paper).

Costa C e Reis V, 1993. O Sucesso nas Organizações de Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11 (3), 59-68.

Costa C, 2005. Produção e Desempenho hospitalar – Aplicação ao Internamento. Tese de Doutoramento na especialidade de Administração de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Costa, C.; Lopes, S.;& Santana, R. (2008) Diagnosis Related Groups e Disease Staging : importância para a administração hospitalar, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7-28.

Costa, Carlos & Lopes, Sílvia (2011) Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos (Internamento) em Portugal Continental (2010) - Resultados. Lisboa.

Costa, Carlos (2008) Desenvolvimento de indicadores em saúde - estado da arte. Conferência Estatística e Qualidade na Saúde 2008. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

DesHarnais SI, Forthman MT, Lowry JM e Wooster LD, 2000. Risk-Adjusted Clinical Quality Indicators: Indexes for Measuring and Monitoring Rates of Mortality, Complications, and Readmissions. *Quality Management in Health Care*, 9 (1), 14-22.

DesHarnais SI, Forthman MT, Lowry, JM e Wooster LD, 1997. Risk-Adjusted Quality Outcome Measures: Indexes for Benchmarking Rates of Mortality, Complications and Readmissions. *Quality Management in Health Care*, 5 (2), 80-87.

Donabedian A, 1985. The Epidemiology of Quality. *Inquiry*, 22 (3), 282-292.

Donabedian, A. (2003) – An Introduction to Quality assurance in Health Care. New York: Ed. by Bashshur, R., Oxford University Press.

Galvin, L. (1995) Achieving successful integration. *Healthcare Executive*. 10 : 1, p. 38-39.

Griffith JR, Alexander JA e Jelinek RC, 2002. Measuring Comparative Hospital Performance. *Journal of Healthcare Management*, 47 (1), 41-56.

Grone, o.; Garcia-Barbero, M. (2001) Integrated care : a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated Care*. 1 : 1, p.1-10.

HCIA, 1999. One Hundred Top Hospitals – Benchmarks for Success. HCIA, L.L.C., Evanston, Illinois, 1999.

Hill CA, Winfrey KL e Rudolph BA, 1997. "Best Hospitals": A Description of the Methodology for the Index of Hospital Quality. *Inquiry*, 34 (1), 80-90.

Hospitalized Patients. *Journal of General Internal Medicine*, 11 (5), 303-311.

- Hughes JS, Iezzoni LI, Daley J e Greenberg L, 1996. How Severity Measures Rate.
- Iezzoni LI, 1997a. Risks and Outcomes. In Iezzoni LI (editor), "Risk Adjustment for Measuring Healthcare Outcomes", 2nd Edition, Health Administration Press, Chicago, 1997, 1-40.
- Iezzoni LI, 1997b. The Risks of Risk Adjustment. *JAMA*, 278 (19), 1600-1607.
- Iezzoni LI, Daley J, Heeren T, Foley SM, Fisher ES, Duncan C, Hughes JS e Coffman GA, 1994b. Identifying Complications of Care Using Administrative Data. *Medical Care*, 32 (7), 700-715.
- Iezzoni LI, Daley J, Heeren T, Foley SM, Hughes JS, Fisher ES, Duncan CC e Coffman GA, 1994a. Using Administrative Data to Screen Hospitals for High Complications Rates. *Inquiry*, 31 (1), 40-55.
- Iezzoni LI, Foley SM, Daley J, Hughes J, Fisher ES e Heeren T, 1992. Comorbidities, Complications and Coding Bias – Does the Number of Diagnosis Codes Matter in Predicting In-Hospital Mortality? *JAMA*, 267 (16), 2197-2203.
- Jencks SF, Williams DK e Kay TL, 1988. Assessing Hospital-Associated Deaths from Discharge Data. The Role of Length of Stay and Comorbidities. *JAMA*, 260 (15), 2240-2246.
- Kane RL, Shamlivan TA, Muller C, Duval S, Wilt TJ. The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medical Care*. 2007, Vol. 45(12), pp. 1195-1204.
- Kanouse DE, Kallich JD e Kahan JP, 1995. Dissemination of Effectiveness and Outcomes Research. *Health Policy*, 34 (3), 167-192.
- Lang TA, Hodge M, Olson V, et al. A systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee and hospital outcomes. 2004, Vol. 34 (7/8), pp. 326-337.
- McGlynn, E. A. (2003) Selecting common measures of quality and system performance. *Medical Care*, 41(1) supplement: I-39-I-47.
- McGuire A, Henderson J e Mooney G, 1988. The Economics of Health Care – Na Introductory Text. Routledge, London, 1988.
- Monteiro, Ileana Pardal (1999) Hospital, uma organização de profissionais análise psicológica (1999), 2 (XVII): 317-325.
- Murphy DJ e Cluff LE (editors), 1990. SUPPORT: Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. Study Design. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43 (supplement).
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. 2002, Vol. 346(22), pp. 1715-1722.
- NHS, 2002. NHS Performance Indicators – Acute NHS Hospital Trusts: February, 2002. National Health Service, United Kingdom, 2002.
- O'Muircheartaigh C, Murphy J e Moore W, 2002. The 2002 Index of Hospital Quality. NORC, University of Chicago, Chicago, 2002.
- Ordem dos Enfermeiros (2007, Abril) Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico – funcionais.
- Ordem dos Enfermeiros (2007, Outubro) Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde.
- Santana, Rui, & Costa, Carlos (2008) A integração vertical de cuidados de saúde : aspectos conceptuais e organizacionais". *Revista Portuguesa de Saúde Pública Temático*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29-56.
- Selim AJ, Berlowitz DR, Fincke G, Rosen A, Ren XS, Christiansen CL, Cong Z, Lee A e Kazis L, 2002. Risk-Adjusted Mortality Rates as a Potential Outcome Indicator for Outpatient Quality Assessments. *Medical Care*, 40 (3), 237-245.
- SHORTELL, S. et al. (2000) Integrating health care delivery. *Healthcare Forum Journal*. 43 : 6, p. 35-39.
- Shortell, S.; Kaluzny, A. (2006) Health care management organization design and behaviour. 5th ed. Florence, KY : Thomson Delmar Learning.
- Stille, C. et al. (2005) Coordinating care across diseases, settings and clinicians : a key role for the generalist in practice. *Annals of Internal Medicine*. 142 : 8, p. 700-708.

Thomas JW, 1996. Does Risk-Adjusted Readmission Rate Provide Valid Information on Hospital Quality? *Inquiry*, 33(3), 258-270.

Thomas JW, Holloway JJ e Guire KE, 1993. Validating Risk-Adjusted Mortality as an Indicator for Quality of Care. *Inquiry*, 30 (1), 6-22.

Urbano, João; & Bentes, Margarida (1990). Definição da Produção do Hospital: Os grupos de Diagnósticos Homogéneos *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 8, nº 1, Pág. 49 – 60.

Urbano, João; & Bentes, Margarida (1990) *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 8, nº 1.

Urbano, João; & Bentes, Margarida (1992) Seminário de Gestão de Serviços de Saúde-Coimbra, 4e5 de Novembro de 1992.

Weingart, S. N; Mukamal, K; Davis, R. B., Davies, D.T.; Palmer, R. H.; Chalane, M.; Hamel M.B.; Philips, R.S. & Iezzoni, L.I. (2001) Physician-Reviewers' Perceptions and Judgements about Quality of Care. *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (5), 357-365.

Werley, H.; Devine, E.; Zorn, C.; Ryan, P.; Weatra, B. (1991) The Nursing Minimum Data Set Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data; *AJPH*. 81 (4), p. 421-426.

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

Pedro Parreira, doutor em Gestão pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa (ISCTE), é Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Unidade Científico-Pedagógica de Ciências Básicas e Fundamentos de Enfermagem).

CONTACTOS | CONTACTS

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Rua 5 de Outubro - Apartado 7001
3046-851 Coimbra
Tlf: 239 802 850
Fax: 239 442 648
E-mail: parreira@esenfc.pt

SESSÃO DE ENCERRAMENTO

PROF. DOUTORA HELENA JOSÉ,

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Envelhecer tem sido, de facto e como já se foi aqui dito hoje, visto quase como uma fatalidade. Eu sugiro que passemos a vê-lo como uma comédia. Comédia no sentido de ser uma alegria envelhecer, ser um privilégio poder envelhecer. E se virmos assim, temos todos e cada um de nós uma atitude muito mais positiva perante a vida, perante o envelhecimento e perante as pessoas maiores.

Hoje, ao longo do dia falámos nos determinantes sociais de saúde, na avaliação de funcionalidade, nos seus contributos e na relação com as outras classificações, nos cuidados de proximidade, nas transições de vida, na adesão ao regime terapêutico, nos indicadores de qualidade dos cuidados hospitalares. Partilhámos diferentes pontos de vista, dentro do que é a discussão actual, destas temáticas. Foi, decerto, um dia muito proveitoso para todos os que aqui estamos.

Cumpre-me agora agradecer a todos os oradores, moderadores e comentadores. Agradecer aos participantes que deram forma e substância a este encontro e sobretudo, aos que aqui permanecem nesta já muito longa tarde. Um agradecimento muito especial, enquanto convidada, à Professora Rosalina pelo esforço acrescido de fazer esta viagem até Portugal para estar aqui presente.

Agradeço à Fundação D. Pedro IV, nas pessoas do Engenheiro Vasco do Canto Moniz e Dr.^a Luísa Pereira, pelo empenho, pela perseverança, pela determinação, pelo cuidado e a preocupação que têm com estas temáticas e pela parceria que têm com o Instituto de Ciências da Saúde. Muito obrigada.

Agradeço a todos que tornaram possível este encontro, incluindo os funcionários da Fundação D. Pedro IV e os da Universidade Católica Portuguesa.

E termino convidando-vos para a conferência a decorrer em Outubro do próximo ano.

Muito obrigada a todos, um santo fim-de-semana.

POSTERS

AVALIADORES | CHAIRMAN

PROF. DOUTOR JOSÉ AMENDOEIRA E PROF. DOUTORA HELENA JOSÉ

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

EVENTO CRÍTICO NA TRANSIÇÃO PARA O PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS: CUIDADOS DE PROXIMIDADE

CATARINA PINTO, VANESSA MOREIRA, DIOGO CEIA, JÚNIA COSTA, MANUELA QUELHAS, TÂNIA COSTA, CLARA BRAGA, ARMANDO ALMEIDA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

RESUMO | ABSTRACT

Introdução

Atualmente a cidade do Porto apresenta índices de envelhecimento superiores à média nacional o que contribui para o aumento da incidência da dependência no autocuidado do idoso e consequentemente para a inaptidão do Serviço Nacional de Saúde para responder às suas necessidades. Destaca-se também, a alteração nas dinâmicas familiares e na conceção do envelhecimento, que associados às circunstâncias supracitadas contribuem para a crescente importância social e económica do papel do membro da família prestador de cuidados.

Neste contexto, o Centro de Enfermagem da Católica (CEC) - unidade de extensão do Instituto de Ciências da Saúde, Porto – que visa a prestação de serviços à comunidade, o ensino e a investigação, implementou em 2009 o projeto “Superar a Solidão” dirigido aos idosos e prestadores de cuidados de comunidades socialmente desfavorecida e que evidenciassem necessidades em saúde.

Objetivos

Face ao evento crítico (estado de saúde) da prestadora de cuidados, pretende-se facilitar o ajuste ao novo papel, potenciando as suas capacidades e adquirindo conhecimento sobre as condições facilitadoras neste processo de transição.

Material e Métodos

Estudo de caso, sobre uma idosa, prestadora de cuidados do marido acamado há 10 anos dependente no autocuidado, recebendo cuidados do serviço de apoio domiciliário (SAD) da cidade do Porto. Recorremos à observação participante. O enquadramento conceitual baseou-se na Teoria das Transições e nas etapas da transição para o exercício do papel de prestador de cuidados. Com base nos dados colhidos elaboramos o ecomapa, um plano de cuidados personalizado e notas de campo que constituíram o corpus de análise.

Resultados

A prestadora de cuidados refere sentir-se realizada por ajudar a cuidar do marido, partilhando afetos durante os cuidados (olhar do marido centrado nela e os afetos dela para com ele). Sente-se mais apoiada pela filha. Demonstra sentir-se envolvida na prestação de cuidados ao marido: construiu uma almofada adequada para os calcâneos, lava e seca a face, posiciona as mãos e pés, alimenta o marido e seleciona a roupa do mesmo. Mantém preocupação devido à incerteza do futuro próximo o que se constitui como foco de atenção da equipa, com a qual estreitou a relação de confiança, o que facilita a intervenção.

Conclusão

A enfermagem de proximidade ajuda o prestador de cuidados a vivenciar transições saudáveis nomeadamente pela aquisição de conhecimento para a tomada de decisão, consciencialização acerca dos recursos internos/externos

e melhoria das estratégias de coping que, por sua vez, atuam como fatores facilitadores. Assim, uma enfermagem centrada na aplicação prática dos seus conceitos disciplinares é capaz de obter um conjunto de resultados de saúde sensíveis aos seus cuidados.

Bibliografia

- AZEVEDO; BAPTISTA. 2010. *Porto solidário – Diagnóstico Social do Porto*. Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa.
- DELOITTE. 2011. *Saúde em Análise Uma visão para o Futuro*.
- CORREIA. 2007. *Psicologia.com.pt. O portal dos Psicólogos* . [Online] 20 de 04 de 2007.
- SHYU. 2000. *The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample*. *Journal of Advanced Nursing*. 32(3), 619-625.
- MELEIS, et al. 2010. *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- WRIGHT, L; LEAHEY, M. (2009). *Enfermeiras e famílias – um guia para avaliação e intervenção na família*. Editora Roca ISBN: 9788572417747

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

Catarina Pinto - Licenciada em Enfermagem, ICS UCP

Vanessa Moreira - Licenciada em Enfermagem, ICS UCP

Diogo Ceia - Licenciado em Enfermagem, ICS UCP

Júnia Costa - Licenciada em Enfermagem, ICS UCP

Manuela Quelhas - Licenciada em Enfermagem, ICS UCP

Tânia Costa - Enfermeira CEC – Estudante De Mestrado em Enfermagem Avançada ICS UCP

Clara Braga - Enfermeira Chefe Centro de Enfermagem da Católica ICS UCP

Armando Almeida - Assistente ICS UCP – Estudante de Doutoramento ICS UCP, CIIS

Evento Crítico na Transição para o Papel de Prestador de Cuidados

CUIDADOS DE PROXIMIDADE



CATÓLICA
PORTO

PINTO, Catarina;¹ MOREIRA, Vanessa;¹ CEIA, Diogo;¹ COSTA, Júnia;¹ QUELHAS, Manuela;¹ COSTA, Tânia;^{2,3} BRAGA, Clara;^{2,4} ALMEIDA, Armando^{2,5}

¹Licenciados em Enfermagem ICS UCP; ²Orientadores; ³Enfermeira CEC – Estudante De Mestrado em Enfermagem Avançada ICS UCP; ⁴Enfermeira Chefe Centro de Enfermagem da Católica ICS UCP; ⁵Assistente ICS UCP – Estudante de Doutoramento ICS UCP, CICS

INTRODUÇÃO

Atualmente a cidade do Porto apresenta índices de envelhecimento superiores à média nacional¹ o que contribui para o aumento da incidência da dependência no autocuidado do idoso e consequentemente para a inaptidão do Serviço Nacional de Saúde para responder às suas necessidades.² Destaca-se também, a alteração nas dinâmicas familiares e na conceção do envelhecimento³, que associados às circunstâncias supracitadas contribuem para a crescente importância social e económica do papel do membro da família prestador de cuidados⁴.

Neste contexto, o Centro de Enfermagem da Católica (CEC) - unidade de extensão do Instituto de Ciências da Saúde, Porto – que visa a prestação de serviços à comunidade, o ensino e a investigação, implementou em 2009 o projeto "Superar a Solidão" dirigido aos idosos e prestadores de cuidados de comunidades socialmente desfavorecida e que evidenciassem necessidades em saúde.

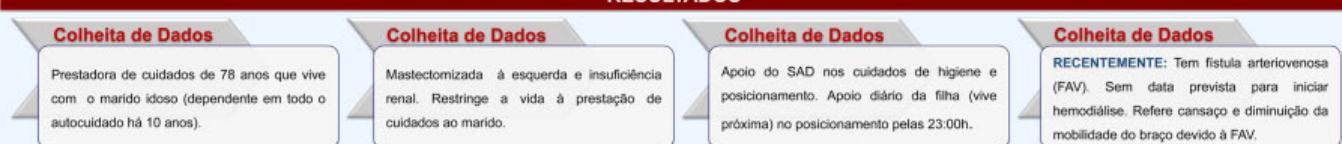
OBJETIVO

Face ao evento crítico (estado de saúde) da prestadora de cuidados, pretende-se facilitar o ajuste ao novo papel, potenciando as suas capacidades e adquirindo conhecimento sobre as condições facilitadoras neste processo de transição.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de caso, sobre uma idosa, prestadora de cuidados do marido acamado há 10 anos dependente no autocuidado, recebendo cuidados do serviço de apoio domiciliário (SAD) da cidade do Porto. Recorremos à observação participante. O enquadramento conceitual baseou-se na: Teoria das Transições⁵ e etapas da transição para o exercício do papel de prestador de cuidados (Fig. 1)⁴. Com base nos dados colhidos elaboramos o ecomapa (Fig.2), um plano de cuidados personalizado e notas de campo que constituíram o *corpus* de análise.

RESULTADOS



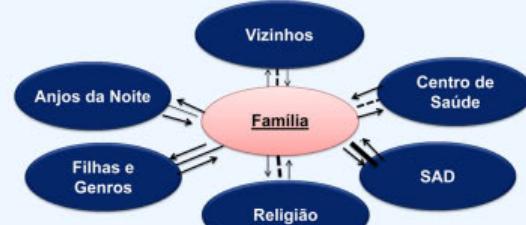
Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade para desempenhar o papel de prestadora de cuidados comprometida

Face à capacidade comprometida a prestadora de cuidados regressa à etapa "Papel de compromisso/ajuste" (Fig. 1) colocando questões como:
"Quem vai cuidar do meu marido?"; "Sempre cuido dele...e agora não posso...parece que já não sirvo para nada?" (Fig. 2)

Fig. 1. Diferentes fases na transição para o exercício de papel de prestador de cuidados⁴.



Fig. 2 – Ecomapa Familiar . Quem poderá substituir o papel?⁶



INTERVENÇÕES

Negociar com a prestadora de cuidados a sua participação na prestação de cuidados ao marido (atendendo ao seu estado de saúde);
Ensinar/Instruir /treinar/supervisionar a prestadora de cuidados a adaptar os cuidados;
Ensinar/ Incentivar as ajudantes de ação direta/ família a promoverem a participação da prestadora de cuidados (dentro das suas potencialidades);
Discutir com a prestadora de cuidados quem a poderá auxiliar no exercício do papel;
Promover o envolvimento das filhas/genros no cuidado aos pais;
Planejar a prestação de cuidados atendendo à rotina da filhas/genros/ajudantes de ação direta;
Dar reforços positivos à prestadora de cuidados;
Discutir com a prestadora de cuidados as estratégias de coping adotadas pela mesma.

SÍNTESSE DOS RESULTADOS

A prestadora de cuidados refere sentir-se realizada por ajudar a cuidar do marido, partilhando afetos durante os cuidados (olhar do marido centrado nela e os afetos dela para com ele). Sente-se mais apoiada pela filha. Demonstra sentir-se envolvida na prestação de cuidados ao marido: construiu uma almofada adequada para os calcâneos, lava e seca a face, posiciona as mãos e pés, alimenta o marido e seleciona a roupa do mesmo. Mantém preocupação devido à incerteza do futuro próximo o que se constitui como foco de atenção da equipa, com a qual estreitou a relação de confiança, o que facilita a intervenção.

CONCLUSÃO

A enfermagem de proximidade ajuda o prestador de cuidados a vivenciar transições saudáveis nomeadamente pela aquisição de conhecimento para a tomada de decisão, consciencialização acerca dos recursos internos/externos e melhoria das estratégias de coping que, por sua vez, atuam como fatores facilitadores. Assim, uma enfermagem centrada na aplicação prática dos seus conceitos disciplinares é capaz de obter um conjunto de resultados de saúde sensíveis aos seus cuidados.

Bibliografia

- ¹AZEVEDO, BAPTISTA. 2010. *Porto Solidão – Diagnóstico Social* do Porto. Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa.
²COHEN, L. 1985. The social ecology of health and illness. In: L. Cohen (Ed.), *Health and illness in the community*. London: Tavistock.
³CHYU, 2000. The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*. 32(3), 619-625.
⁴MELEIS, I. L. 2010. *Transitions theory: midlife-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
⁵WRIGHI, L.; LEAHY, M. 2009. *Enfermeiras e famílias – um guia para avaliação e intervenção na família*. Editora Roca. ISBN: 9788572417747

“GERONTOLIZAR” A ENFERMAGEM: UMA NECESSIDADE IMPERIOSA

JOÃO TAVARES, GORETE SANTOS, JÚLIA FERNANDES

UNIVERSIDADE DE AVEIRO | UNIVERSIDADE DO PORTO

RESUMO | ABSTRACT

Introdução: Nas últimas décadas, o desenvolvimento do cuidado de enfermagem às pessoas idosas nem sempre tem acompanhado a transição demográfica e epidemiológica desde grupo populacional. Notoriamente os profissionais de enfermagem desempenham um papel central no cuidado às pessoas idosas. Por este facto, Capezuti *et al.* (2008) referem que os(as) enfermeiros(as) dotados de conhecimento sobre a forma como os sinais e sintomas se apresentam no processo de saúde-doença da pessoa idosa podem realmente evitar o surgimento de complicações. Estes mesmos autores, reforçam a necessidade de munir os(as) enfermeiros(as) com competências e conhecimento no cuidado à pessoa idosa.

Metodologia: Realizamos uma revisão bibliográfico (utilizando o referencial de Whittemore) com o objectivo de identificar as principais áreas de intervenção da enfermagem gerontogeriátrica. Concomitante a esta pesquisa, os autores realizaram sessões de brainstorming no sentido de fazer emergir as temáticas centrais da “gerontolização” na(da) enfermagem.

Resultados: Dos temas emergentes na “gerontolização” na enfermagem evidenciou-se: conhecimento (desenvolvimento de competências no curso de licenciatura e pós-graduação no cuidado de enfermagem às pessoas idosas, e articulação dos diferentes campos do saber com o conhecimento gerontogeriátrico); promover o envolvimento da pessoa idosa, da família e do(a) enfermeiro(a) nas tomadas de decisões e no desenvolvimento do cuidado; trabalho interdisciplinar; o processo de transições (saúde-doença, acontecimento de vida); promoção do envelhecimento ativo; desenvolvimento de ambientes amigos e acessíveis para as pessoas idosas; cuidado gerontopaliativo; utilização de gerontotecnologia; desenvolvimento, adaptação e utilização das avaliações geriátricas amplas/instrumentos de avaliação); desenvolvimento de protocolos/guidelines na prática clínica; modelos de intervenção na gestão da doença crónica; adopção de modelos de cuidado geriátrico e gerontolização dos currículos de enfermagem e da investigação.

Conclusão: Parece consensual que as alterações demográficas e epidemiológicas da população constituem um enorme desafio para o setor da saúde. Esta tomada de consciência apela a uma mudança nas respostas atuais de saúde e torna indispensável a aquisição de competências específicas pelos enfermeiros(as) para o desenvolvimento de um cuidado voltado para as particularidades que caracterizam a pessoa idosa.

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

João Tavares - Doutorando em Geriatria, Mestre em Gerontologia, Enfermeiro dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Júlia Fernandes - Doutorando em Geriatria, Mestre em Gerontologia, Enfermeira no Hospital Infante D. Pedro - Aveiro

Gorete Pereira - Doutorando em Geriatria, Mestre em Gerontologia, Enfermeira no Hospital Infante D. Pedro - Aveiro

CONTACTOS | CONTACTS

João Tavares - enf.joaotavares@hotmail.com



“Gerontolizar” a Enfermagem: uma necessidade imperiosa

Fernandes, J ; Pereira, G & Tavares, J

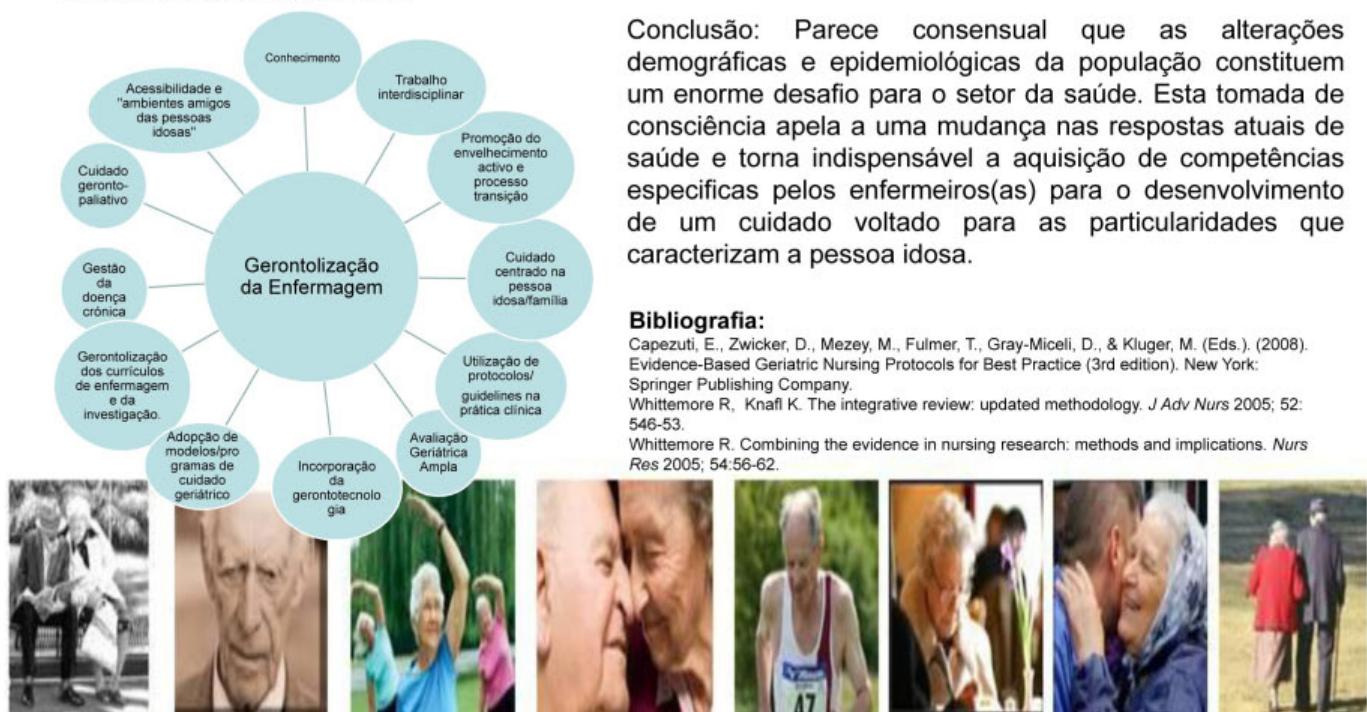
Doutorandos em Geriatria – Universidade de Aveiro/Universidade do Porto

Introdução: Nas últimas décadas, o desenvolvimento do cuidado de enfermagem às pessoas idosas nem sempre tem acompanhado a transição demográfica e epidemiológica desde grupo populacional. Notoriamente os profissionais de enfermagem desempenham um papel central no cuidado às pessoas idosas. Por este facto, Capezuti *et al.* (2008) referem que os(as) enfermeiros(as) dotados de conhecimento sobre a forma como os sinais e sintomas se apresentam no processo de saúde-doença da pessoa idosa podem realmente evitar o surgimento de complicações. Estes mesmos autores, reforçam a necessidade de munir os(as) enfermeiros(as) com competências e conhecimento no cuidado à pessoa idosa.

Metodologia: Realizamos uma revisão bibliográfico (utilizando o referencial de Whittemore (2005) com o objectivo de identificar as principais áreas de intervenção da enfermagem gerontogeriátrica. Concomitante a esta pesquisa, os autores realizaram sessões de *brainstorming* no sentido de fazer emergir as temáticas centrais da “gerontolização” na(enfermagem).

Resultados: Dos temas emergentes na “gerontolização” na enfermagem (Figura 1) evidenciou-se: conhecimento (desenvolvimento de competências no curso de licenciatura e pós-graduação no cuidado de enfermagem às pessoas idosas, e articulação dos diferentes campos do saber com o conhecimento gerontogeriátrico); promover o envolvimento da pessoa idosa, da família e do(a) enfermeiro(a) nas tomadas de decisões e no desenvolvimento do cuidado; trabalho interdisciplinar; o processo de transições (saúde-doença, acontecimento de vida); promoção do envelhecimento ativo; desenvolvimento de ambientes amigos e acessíveis para as pessoas idosas; cuidado geronto-paliativo; utilização de gerontotecnologia; desenvolvimento, adaptação e utilização das avaliações geriátricas amplas/instrumentos de avaliação); desenvolvimento de protocolos/guidelines na prática clínica; modelos de intervenção na gestão da doença crónica; adopção de modelos de cuidado geriátrico e gerontolização dos currículos de enfermagem e da investigação.

Figura 1. Gerontolização da Enfermagem: temáticas



PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O AMBIENTE DE CUIDADO GERIÁTRICO EM HOSPITAIS DA REGIÃO NORTE E CENTRO DE PORTUGAL

JOÃO TAVARES, ALCIONE LEITE DA SILVA, PEDRO SÁ-COUTO

UNIVERSIDADE DE AVEIRO E UNIVERSIDADE DO PORTO

RESUMO | ABSTRACT

Introdução: Os estudos sobre o ambiente de cuidado nos hospitais alertam para a necessidade de promover ambientes favoráveis ao desenvolvimento do cuidado de enfermagem geriátrico (Boltz et al., 2008a, 2008b, Kim, Capezuti, Boltz & Fairchild, 2009; Kim et al., 2007; McKenzie, Balndford, Menec, Boltz & Capezuti, 2011). As percepções dos enfermeiros sobre o ambiente de cuidado geriátrico revelam que o apoio organizacional deve avaliar: as competências específicas dos enfermeiros para cuidar de pessoas idosas, o ambiente de cuidado e os recursos necessários para atender às necessidades e complexidades dos utentes idosos e melhorar a qualidade do cuidado (Boltz et al., 2008a, 2008b; Kim et al., 2009). Com o processo de envelhecimento da população, o aumento do número de hospitalização de idosos e a importância do cuidado de enfermagem gerontogeriátrico para promover a qualidade dos cuidados e evitar resultados adversos em utentes internados, é determinante compreender ambiente em que se desenvolve o cuidado geriátrico de enfermagem em Portugal.

Objectivo: Avaliar a influência das variáveis sócio-demográficas, profissionais e percepção da percepção sobre: a conhecimento gerontogeriátrico, suporte hospitalar na formação contínua, dificuldade, gratificação e sobrecarga no cuidado à pessoa idosa e a percepção sobre o ambiente de cuidado geriátrico.

Metodologia: A análise de variância com dois factores (ANOVA) foi realizada para medir a significância estatística da escala e subescalas do ambiente de cuidado geriátrico e as variáveis: género; tipo de hospital e região; conhecimento gerontogeriátrico; suporte hospitalar na formação contínua; dificuldade; gratificação e sobrecarga no cuidado à pessoa idosa. Post-hoc multiple comparison tests (Turkey's HSD test) foi usado quando os resultados da ANOVA foram estatisticamente significativos. O Spearman's rank test foi utilizado na análise das correlações entre a escala e as variáveis quantitativas. A amostra foi constituída por 1068 enfermeiros da região norte e centro do país.

Resultados: No global, os enfermeiros estão *insatisfeitos* com o ambiente de cuidado geriátrico nos hospitais da região norte e centro (média = 1.83, intervalo = 0-4). As percepções mais positivas sobre o ambiente de cuidado geriátrico estão associada com o tipo de hospital ($F=4.425$, $p<.001$), região do país ($F=21.321$, $p<.001$), tipo de serviço ($F=38.395$, $p<.001$), suporte organizacional na educação contínua dos enfermeiros ($F=82.74$, $p<.001$), conhecimento sobre cuidado geriátrico ($F=26.247$, $p<.001$), dificuldade ($F=53.049$, $p<.001$), gratificação ($F=11.176$, $p=.001$) e sobrecarga ($F=6.331$, $p=.002$) no cuidado das pessoas idosas. A percepção dos enfermeiros sobre o ambiente de cuidado geriátrico pode ser influenciado por diferentes variáveis que podem promover ou dificultar o cuidado às pessoas idosas que devem ser consideradas na implementação de políticas institucionais que procurem melhorar a qualidade do cuidado. Os resultados demonstraram a necessidade de desenvolver mudanças sistemáticas no ambiente de cuidado geriátrico de enfermagem que irão beneficiar os idosos hospitalizados. Isto irá melhorar a prática de enfermagem para atender às necessidades complexas e especializadas dos utentes idosos.

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

João Tavares - Doutorando em Geriatria, Mestre em Gerontologia, Enfermeiro dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Alcione Leite da Silva - Doutora em Filosofia em Enfermagem. Professora Associada Visitante da Universidade de Aveiro.

João Tavares - enf.joaotavares@hotmail.com



Percepção dos enfermeiros sobre o ambiente de cuidado geriátrico em hospitais da região norte e centro de Portugal.

Tavares, João *; Silva, Alcione Leite* & Sá-Couto, Pedro **

*Doutorando em Geriatria - Universidade de Aveiro/Universidade do Porto

** Universidade de Aveiro –Departamento de Saúde

INTRODUÇÃO: As percepções dos enfermeiros sobre o ambiente de cuidado geriátrico (ACG) revelam que o apoio organizacional deve avaliar: as competências específicas dos enfermeiros para cuidar de pessoas idosas, o ambiente de cuidado e os recursos necessários para atender às necessidades e complexidades dos utentes idosos e melhorar a qualidade do cuidado (Boltz et al., 2008a, 2008b; Kim et al., 2009). Com o processo de envelhecimento da população, o aumento do número de hospitalização de idosos e a importância do cuidado de enfermagem gerontogeriátrico para promover a qualidade dos cuidados e evitar resultados adversos em utentes internados, é determinante compreender ambiente em que se desenvolve o cuidado geriátrico de enfermagem em Portugal.

OBJECTIVO: Avaliar a influência das variáveis sócio-demográficas, profissionais e percepção da percepção sobre: a conhecimento gerontogeriátrico, suporte hospitalar na formação contínua, dificuldade, gratificação e sobrecarga no cuidado à pessoa idosa e a percepção sobre o ACG.

MÉTODO: A análise de variância com dois factores (ANOVA) foi realizada para medir a significância estatística da escala e subescalas do ambiente de cuidado geriátrico e as variáveis. Post-hoc multiple comparison tests (Turkey's HSD test) foi usado quando os resultados da ANOVA foram estatisticamente significativos. O Spearman's rank test foi utilizado na análise das correlações entre a escala e as variáveis quantitativas. A amostra foi constituída por 1068 enfermeiros da região norte e centro do país.

RESULTADOS: No global, os enfermeiros estão insatisfeitos com o ambiente de cuidado geriátrico nos hospitais do norte e centro do país (média = 1.83, intervalo = 0-4). As percepções mais positivas sobre o ambiente de cuidado geriátrico estão associada com o tipo de hospital ($F=4.425$, $p<.001$), região do país ($F=21.321$, $p<.001$), tipo de serviço ($F=38.395$, $p<.001$), suporte organizacional na educação contínua dos enfermeiros ($F=82.74$, $p<.001$), conhecimento sobre cuidado geriátrico ($F=26.247$, $p<.001$), dificuldade ($F=53.049$, $p<.001$), gratificação ($F=11.176$, $p=.001$) e sobrecarga ($F=6.331$, $p=.002$) no cuidado das pessoas idosas. Os resultados demonstraram a necessidade de desenvolver mudanças sistemáticas no ACG que irão beneficiar os idosos hospitalizados. Isto irá melhorar a prática de enfermagem para atender às necessidades complexas e especializadas dos utentes idosos.

Bibliografia: Boltz, M., Capezuti, E., Bowar-Ferres, S., Norman, R., Secic, M., Kim, H., & Fulmer, T. (2008a). Changes in the Geriatric Care Environment Associated with NICHE (Nurses Improving Care for HealthSystem Elders). *Geriatric Nursing*, 29(3), 176-185.
 Boltz, M., Capezuti, E., Bowar-Ferres, S., Norman, R., Secic, M., Kim, H., & Fulmer, T. (2008b). Hospital nurses' perception of the geriatric nurse practice environment. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 282-289.
 Kim, H., Capezuti, E., Boltz, M., & Fairchild, S. (2009). The nursing practice environment and nurse-perceived quality of geriatric care in hospitals. *West Journal Nursing Research*, 31(4), 480-495.

VALIDAÇÃO DA ESCALA “AMBIENTE DE CUIDADO DE GERIÁTRICO”: ANÁLISE FACTORIAL EXPLORATÓRIA

JOÃO TAVARES, ALCIONE LEITE DA SILVA, PEDRO SÁ-COUTO

UNIVERSIDADE DE AVEIRO E UNIVERSIDADE DO PORTO

RESUMO | ABSTRACT

Introdução: As pessoas idosas representam aproximadamente 40% das pessoas idosas admitidas em hospitais portugueses. Deste modo, os enfermeiros cuidam e cuidarão de pessoas idosas no âmbito da sua prática clínica nos hospitais. Um passo fundamental no aperfeiçoamento do cuidado geriátrico é a avaliação da capacidade das organizações para criar mudanças sistémicas através da análise dos pontos fortes da organização e dos obstáculos à melhoria do cuidado à pessoa idosa hospitalizada (Mezey et al., 2004). Neste sentido, tendo sido amplamente utilizada a escala do “ambiente de cuidado geriátrico” (EACG) (Kim et al. 2007).

Objectivo: Traduzir, validar culturalmente e avaliar as propriedades psicométricas da EACG para uma amostra de enfermeiros portugueses.

Metodologia: O processo de tradução e adaptação foi orientado pelos princípios e boas práticas do Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation (Wild et al., 2005). Uma análise factorial exploratória foi realizada numa amostra de 1068 enfermeiros do norte e centro do país, utilizando extracção unweighted least squares extraction e Promax rotation (Costello & Osborne, 2005; Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2009; Kahn, 2009; Worthington & Whittaker, 2006).

Resultados: Quatro factores foram extraídos: disponibilidade de recursos; desenvolvimento de cuidado sensível à idade; valores institucionais relativos às pessoas idosas e staff e continuidade do cuidado. O alpha de Cronbach's total da EACG foi de .919 e nas quatro subescalas de .894, .885, .827 e .738, respectivamente. A variância total foi de 48,1%. Estes resultados têm índices aceitáveis de validade e fidelidade. Deste modo, este instrumento poderá ser utilizado pelos líderes hospitalares (administradores/gestores/enfermeiros chefes) para avaliar o ambiente de cuidado geriátrico, identificando áreas específicas que suportam ou impedem o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem geriátrico de qualidade.

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

João Paulo de Almeida Tavares - Doutorando em Geriatria, Mestre em Gerontologia, Enfermeiro dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Alcione Leite da Silva - Doutora em Filosofia em Enfermagem. Professora Associada Visitante da Universidade de Aveiro.

Pedro Sá-Couto - Mestre em engenharia biomédica. Professor assistente na Universidade de Aveiro

CONTACTOS | CONTACTS



Validação da escala “ambiente de cuidado de geriátrico”: Análise factorial exploratória

Tavares, João *; Silva, Alcione Leite* * & Sá-Couto, Pedro **

*Doutorando em Geriatria - Universidade de Aveiro/Universidade do Porto

** Universidade de Aveiro –Departamento de Saúde

INTRODUÇÃO: As pessoas idosas representam aproximadamente 40% das pessoas admitidas em hospitais portugueses. Deste modo, os enfermeiros cuidam e cuidarão de pessoas idosas no âmbito da sua prática clínica neste contexto de cuidado. Um passo fundamental no aperfeiçoamento do cuidado geriátrico é a avaliação da capacidade das instituições para criar mudanças sistémicas através da análise dos pontos fortes e dos obstáculos das organizações para promover uma melhoria do cuidado à pessoa idosa hospitalizada (Mezey et al., 2005). Neste sentido, tendo sido amplamente utilizada a escala do “ambiente de cuidado geriátrico” (EACG) (Kim et al. 2007).

OBJECTIVO: Traduzir, validar culturalmente e avaliar as propriedades psicométricas da EACG para uma amostra de enfermeiros portugueses.

MÉTODO: O processo de tradução e adaptação foi orientado pelos princípios e boas práticas do Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation (Wild et al., 2005). Uma análise factorial exploratória foi realizada numa amostra de 1068 enfermeiros do norte e centro do país, utilizando extracção unweighted least squares extraction e Promax rotation (Costello & Osborne, 2005; Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2009; Kahn, 2009; Worthington & Whittaker, 2006).

RESULTADOS: Quatro factores foram extraídos: disponibilidade de recursos; desenvolvimento de cuidado sensível à idade; valores institucionais relativos às pessoas idosas e staff e continuidade do cuidado. O alpha de Cronbach's total da EACG foi de .919 e nas quatro subescalas de .894, .885, .827 e .738, respectivamente. A variância total foi de 48,1%. Estes resultados têm índices aceitáveis de validade e fidelidade. Deste modo, este instrumento poderá ser utilizado pelos líderes hospitalares (administradores/gestores/enfermeiros chefes) para avaliar o ambiente de cuidado geriátrico, identificando áreas específicas que suportam ou impedem o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem geriátrico de qualidade.

Bibliografia: Kim, H., Capezuti, E., Boltz, M., Fairchild, S., Fulmer, T., & Mezey, M. (2007). Factor structure of the geriatric care environment scale. *Nursing Research*, 56(5), 339-347.

Mezey, M., Boltz, M., Esterson, J., & Mitty, E. (2005). Evolving models of geriatric nursing care. *Geriatric Nursing*, 26(1), 11-15.

Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 8 (2), 94-104.

Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 10(7), 1-9.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.). New Jersey: Pearson Educational, Inc.

Kahn, J. (2006). Factor analysis in counseling psychology - Research, training, and practice: Principles, advances and applications. *The Counseling Psychologist*, 34(5), 684-718.

Worthington, R., & Whittaker, T. (2006). Scale development research. A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist*, 34(6), R16-R39.

AVALIAÇÃO DA SAÚDE FÍSICA DE UMA POPULAÇÃO IDOSA RURAL: A METODOLOGIA QAFMI/OARS

TÂNIA DE FÁTIMA SIMÕES RODRIGUES, ROGÉRIO MANUEL CLEMENTE RODRIGUES, SILVIA TAVARES DA SILVA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

RESUMO | ABSTRACT

Objetivos: Levantamento da utilização de medicamentos prescritos, existência de doenças (principalmente as crónicas) e da forma como estas interferem nas AVD, para além da autoavaliação da saúde física e da classificação do modelo QAFMI/OARS.

Metodologia

Amostra aleatória e probabilística por grupo etário e género, constituída por 135 idosos, inscritos num Centro de Saúde da Região Centro de Portugal. O método de recolha de dados foi a entrevista, recorrendo ao Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos / Older Americans Resources and Services (QAFMI/OARS).

Resultados

A patologia mais referida foi a HTA (63,7%), seguida da artrite ou reumatismo (29,6%). Apenas 11,1% dos idosos referiram a HTA como interferindo muito com as suas AVD. A patologia que os idosos referiram interferir muito com a sua atividade foi a artrite ou reumatismo (24,4%). Todos os idosos que referiram a patologia HTA tomam medicamento associado. Apenas 11,9% dos idosos referiram tomar medicamentos para a artrite ou reumatismo. Na autoavaliação da saúde física nenhum idoso classificou de muito boa a sua saúde física. A maior parte dos idosos classificaram a sua saúde física como regular. Com classificação de má situaram-se 23,1% dos homens e 24,1% das mulheres. O QAFMI/OARS classificou todos os idosos com saúde física fortemente insatisfatória ou totalmente insatisfatória. No total da amostra, a maior parte dos idosos foram classificados como tendo saúde física fortemente insatisfatória. Foram classificados 11,5% dos homens e 10,8% de mulheres com saúde física totalmente insatisfatória. O grupo etário dos 65-74 anos aparece com 96,0% dos homens e 94,4% das mulheres a apresentarem saúde física fortemente insatisfatória. No grupo etário dos 85 e mais anos 36,0% dos idosos apresentaram saúde física totalmente insatisfatória.

Conclusão

O modelo de pontuação QAFMI/OARS revela, para o total da amostra, uma diferença significativa quanto ao grupo etário ($p < 0,01$), com pior classificação no grupo etário dos 85 e mais anos.

As variáveis de caracterização da autonomia funcional multidimensional de idosos tem como objetivo principal a identificação de perturbações funcionais contribuindo para um plano de intervenção com enfase na manutenção/recuperação da capacidade funcional individual.

Tânia de Fátima Simões Rodrigues, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Mestranda em Enfermagem Comunitária, a exercer funções no ACES Pinhal Interior Norte I – UCSP de Tábua, Assistente Convidada na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Rogério Manuel Clemente Rodrigues, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Doutor em Ciências de Enfermagem, ICBAS - Universidade do Porto; Mestre em Saúde Pública, Faculdade de Medicina; Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública; Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (ESENfC); Investigador Principal no Projeto de Investigação “PTDC/CS-SOC/114895/2009”

Silvia Tavares da Silva, Doutoranda em Investigação Aplicada em Medicina Preventiva, Saúde Pública e Cirurgia, departamento de Psiquiatria, Radiologia e Saúde Pública da Universidade de Santiago de Compostela; ACES EDV II- UCCOAz; Professor Adjunto convidado na Escola Superior de Saúde do Instituto Piaget de Viseu; Investigadora no Projeto “PTDC/CS-SOC/114895/2009”

CONTACTOS | CONTACTS

Tânia de Fátima Simões Rodrigues - taninha78@gmail.com

Rogério Manuel Clemente Rodrigues - rogerio@esenfc.pt

Silvia Tavares da Silva - sylviatavares@hotmail.com



Rodrigues, T.F.S.^(a); Rodrigues, R.M.C.^(b); Silva, S.M.D.T.^(c)

Avaliação da funcionalidade

Avaliação da saúde física de uma população idosa rural: A metodologia QAFMI/OARS

PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Em plena viragem do século, o envelhecimento da população portuguesa é uma realidade inevitável. Aliada a esta longevidade verificamos também o acréscimo de doenças crónicas que debilitam a saúde dos idosos, o que determinará nos próximos anos novas necessidades em saúde, lançando enormes desafios aos sistemas de saúde no que se refere à garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados e à sustentabilidade dos próprios sistemas exigindo que, ao aumento de esperança de vida, corresponda um aumento da esperança de vida "com saúde" e sem deficiência, com vista à autonomia do idoso.

OBJETIVOS

Levantamento da utilização de medicamentos prescritos, existência de doenças (principalmente as crónicas) e da forma como estas interferem nas AVD, para além da autoavaliação da saúde física e da classificação do modelo QAFMI/OARS para a saúde física.

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Amostra aleatória e probabilística por grupo etário (65-74 anos; 75-84 anos e ≥85 anos) e género, constituída por 135 idosos (população total de 3316 idosos), inscritos num Centro de Saúde da Região Centro de Portugal. O método de recolha de dados foi a entrevista, recorrendo ao Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos / Older Americans Resources and Services (QAFMI/OARS).

RESULTADOS

- A patologia mais referida foi a HTA (63,7%), seguida da artrite ou reumatismo (29,6%);
- Apenas 11,1% dos idosos referiu a HTA como interferindo muito com as suas AVD;
- A patologia que os idosos referiram interferir muito com a sua atividade foi a artrite ou reumatismo (24,4%);
- Todos os idosos que referiram a patologia HTA tomam medicamento associado;
- Pelo contrário, apenas 11,9% dos idosos referiram tomar medicamentos para a artrite ou reumatismo;
- Na autoavaliação da saúde física nenhum idoso classificou de muito boa a sua saúde física;
- A maior parte dos idosos (51,9% dos homens e 53,0% das mulheres), classificaram a sua saúde física como regular;
- Com a classificação de má situaram-se 23,1% dos homens e 24,1% das mulheres;
- O QAFMI/OARS classificou todos os idosos com saúde física fortemente insatisfatória ou totalmente insatisfatória;
- 88,5% dos homens e 89,2% das mulheres foram classificados como tendo saúde física fortemente insatisfatória;
- 11,5% dos homens e 10,8% de mulheres com saúde física totalmente insatisfatória;
- O grupo etário dos 65-74 anos aparece com 96,0% dos homens e 94,4% das mulheres a apresentarem saúde física fortemente insatisfatória;
- No grupo etário dos 85 e mais anos 36,0% dos idosos apresentaram saúde física totalmente insatisfatória.

Tabela 1:

Distribuição das classificações segundo o modelo QAFMI/ OARS, para o total da amostra, na área de saúde física

Classificações	Muito boa	Boa	Ligeiramente insatisfatória	Moderadamente insatisfatória	Fortemente insatisfatória	Totalmente insatisfatória
Modelo OARS	-	-	-	-	88,9	11,1

a) Mestranda em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária no ACES PTN 1 - UCSP de Tíbuas; Assistente Convidada na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra taninha78@gmail.com. b) Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Doutor em Ciências de Enfermagem, ICBAS - Universidade do Porto; Mestre em Saúde Pública, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública; Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (ESEntC); Investigador Principal no Projeto de Investigação "PTDC/CS-SOC/114895/2009" - rogerio@esenfc.pt. c) Doutoranda em Investigação Aplicada em Medicina Preventiva, Saúde Pública e Cirurgia, departamento de Psiquiatria, Radiologia e Saúde Pública da Universidade de Santiago de Compostela; ACeS EDV II- UCCOAZ; Professor Adjunto convidado na Escola Superior de Saúde do Instituto Piaget de Viseu; Investigadora no Projeto "PTDC/CS-SOC/114895/2009" - sylviatavares@hotmail.com

ACESSIBILIDADE A CUIDADOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA - ABORDAGEM EM ANÁLISE GEOESPECIAL PARA O DISTRITO DE BEJA

MARGARIDA GOES, HENRIQUE OLIVEIRA, JOÃO COSTA AMADO

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

RESUMO | ABSTRACT

O trabalho desenvolvido incidiu sobre todas as Freguesias do Distrito de Beja num total de 101. Os índices utilizados (que caracterizam a população idosa) foram:

- i. Índice de Dependência de Idosos (IDI) - relação entre o numero de idosos (população com 65 ou mais anos) e a população ativa (com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos);
- ii. Índice de Envelhecimento (IE) - relação entre o numero de idosos (população com 65 ou mais anos de idade) e o numero de jovens (população com idades compreendidas entre o 0 e os 14 anos);
- iii. Índice de Sustentabilidade Potencial (ISP) - relação entre a população em idade ativa (com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos) e a população idosa (com 65 ou mais anos de idade).

Os três índices indicados foram assim calculados com base nos censos do INE (1991, 2001 e 2011).

Os limites administrativos das Freguesias do Distrito de Beja, foram extraídos da Carta Administrativa Oficial de Portugal (CAOP).

O estudo recorre ao uso de metodologias baseadas em operadores de estatística espacial dos dados, tendo em conta a geografia da zona habitada pelos idosos, confrontando a distribuição geográfica da população idosa, com a distribuição geográfica das instituições de prestação de cuidados. Foram utilizadas funções disponibilizadas pelos sistemas de informação que utilizam técnicas de geoprocessamento, em particular, funções de proximidade (caso da determinação de áreas de influência) e funções de otimização em rede de acessos estruturada com base em modelo vetorial (especialmente orientada para a determinação de acessibilidades).

A distribuição geográfica dos valores dos índices utilizados foi obtida pelo cálculo do centro geográfico médio (cgm) utilizando a média aritmética ponderada pelos valores atribuídos aos índices em estudo.

A descrição quantitativa/qualitativa do padrão espacial observado, foi conseguida através da medição da autocorrelação espacial dos dados (IDI, IE e ISP), verificando a similaridade dos mesmos na sua vizinhança geográfica.

Existem algumas métricas para avaliar a autocorrelação estatística de dados agregados, entre os quais se destaca o Índice Global de Moran (IGM) que caracteriza a hipótese nula de não existir um padrão (aglomerado ou disperso) e apresenta aproximadamente uma distribuição Gaussiana. Para o cálculo do IGM, foi necessário ter em consideração o relacionamento espacial (vizinhança) entre as entidades geográficas que foram identificadas no estudo, ou seja, as Freguesias consideradas como uma entidade do tipo "polígono".

Para além da caracterização dos aglomerados proposta anteriormente, foi importante no âmbito da problemática da acessibilidade aos cuidados de saúde, conhecer a localização geográfica das principais Unidades de Saúde, nomeadamente, no caso do Distrito de Beja, a do HJJF que se encontra localizado no concelho de Beja, referenciando-o quanto ao percurso rodoviário percorrido pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aquando da sua deslocação do local onde habitam até à referida Unidade. Estuda-se, assim, a acessibilidade geográfica dos utentes do SNS, sob o ponto de vista de uma função de custo, em geral, ela mesma associada à minimização da função de custo adotada e que contém a variável em relação à qual se pretende obter um valor mínimo. Utiliza-se o processo de cálculo de otimização de percursos rodoviários, vulgarmente designados por análise de redes nos Sistemas de Informação Geográfica em que a variável a estudar é, em geral, a distância percorrida ou o tempo gasto no espaço

geográfico percorrido. Esta análise usa como dado base uma rede rodoviária que interliga o local de origem e o destino a alcançar, recorrendo a um algoritmo de otimização para determinar o caminho mais curto entre dois pontos (origem e destino).

No presente artigo, foram, assim, determinados os tempos de percurso (em minutos), cuja origem se localiza no centro geográfico de cada centro habitacional correspondente à sede das Freguesias pertencentes ao Distrito de Beja, e o destino sempre referido em relação ao HJJF. Foram obtidos valores que variam entre os cinco minutos e os 112 (quase as duas horas), devido à dimensão e característica geográficas do Distrito.

Toda a parte experimental do trabalho realizado neste artigo, foi efetuado em ambiente ArcGIS da ESRI, versão 9.3, recorrendo aos módulos Spatial Statistics e Network Analyst.

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

Margarida Goes é licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Beja, licenciada em Gestão de Empresas pela Universidade Moderna de Beja e mestre em Ecologia Humana pela Universidade de Évora. É Docente da Escola Superior de Saúde de Beja desde 2002, onde leciona Unidades Curriculares do Curso de licenciatura em Enfermagem bem como da Pós - Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária. É doutoranda em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Os seus interesses de investigação incluem: Enfermagem; Epidemiologia Espacial; Qualidade de vida dos Idosos.

Henrique Oliveira é licenciado em Engenharia Civil e mestre em Sistemas de Informação Geográfica, ambos os títulos obtidos no Instituto Superior Técnico. É Docente da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Beja desde 1995, onde leciona Unidades Curriculares nos cursos de Engenharia Civil e Saúde Ambiental. É Investigador do Instituto de Telecomunicações - Instituto Superior Técnico, onde desenvolve os seus estudos de Doutoramento, na área de processamento digital de imagem. Os seus interesses de investigação incluem: Processamento de Imagem; Reconhecimento de Padrões; Sistemas de Informação Geográfica; Deteção Remota; Epidemiologia Espacial.

João Costa Amado, licenciado em Medicina, é doutorado em Ciências Biomédicas, especialidade de Saúde Comunitária pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Professor Associado com Agregação desde 2001, está atualmente ligado ao Instituto de Ciências da Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa, fazendo parte do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde.

CONTACTOS | CONTACTS

Margarida Goes - margarida.goes@ipbeja.pt

Henrique Oliveira - henrique.oliveira@ipbeja.pt

João Costa Amado - jcamado@porto.ucp.pt



Acessibilidade a Cuidados de Saúde da População Idosa: Abordagem em Análise Geoespacial: Distrito de Beja

Margarida Goes^{1,2}, Henrique Oliveira¹ e João Amado²

margarida.goes@ipbeja.pt henrique.oliveira@ipbeja.pt jcamado@porto.ucp.pt



¹Instituto Politécnico de Beja
²Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa

Este trabalho é desenvolvido no âmbito dos estudos de Doutoramento em Enfermagem (área de especialização - 'Enfermagem Avançada') na Universidade Católica Portuguesa da Mestre Margarida Goes.

INTRODUÇÃO:

As projeções (até 2050) referentes à população residente em Portugal divulgadas pelo Instituto Nacional de Estatística em 2004 (INE, 2004), sugerem um fenômeno claro de evidente transformação demográfica que o País está (e continuará a) enfrentar. Dele se destacam os elevados índices de dependência com o aumento do número de idosos (indivíduos com 65 e mais anos). Este fenômeno do envelhecimento da população está inserido no fenômeno de transição demográfica. Apesar do fenômeno do envelhecimento populacional ser transversal a todas as regiões de Portugal, o Alentejo é aquela que se caracteriza como a mais envelhecida do País e com uma projeção (até 2050) de cerca de 584 idosos por cada 100 jovens (INE, 2004). Paralelamente, a mesma região é considerada como a que apresenta a maior redução de população, devido ao decréscimo dos níveis de fecundidade, com uma projeção da taxa de variação percentual de menos 46% (INE, 2004). Este fenômeno de transição demográfica exerce pressão acrescida sobre o Sistema Nacional de Saúde, prevendo-se dificuldades na sua capacidade de resposta.

OBJECTIVOS:

Prevê-se, com o uso tecnologias SIG:

- Descrever a evolução (em base geográfica) do fenômeno de transição demográfica, ou seja, do envelhecimento da população, com base nos índices de envelhecimento (IE), de dependência de idosos (IDI) e de sustentabilidade potencial (ISP) em relação ao Distrito de Beja, relativos a dados provenientes de Censos em 1991, 2001 e 2011;
- Identificar o tipo de padrão geográfico (disperso, aleatório ou agrupado) que os referidos índices possam revelar, caracterizando-o quantitativamente com o recurso a técnicas de estatística espacial.
- Refletir as decorrentes exigências para o futuro dos serviços, no Distrito de Beja, mapeando as distâncias ótimas dos agregados de população idosa às instituições de cuidados, identificando trajetos com o recurso à análise de redes.

METODOLOGIA:

A área de estudo referente ao trabalho desenvolvido compreende todas as Freguesias do Distrito de Beja num total de 101. Os limites administrativos das Freguesias, foram os da Carta Administrativa Oficial de Portugal (CAOP).

A distribuição geográfica dos valores dos índices foi obtida pelo cálculo do seu centro geográfico médio (cgm), utilizando a média aritmética ponderada pelos valores atribuídos aos índices em estudo e calculada a distância euclidiana entre o cgm para cada década e o Hospital José Joaquim Fernandes de Beja (HJJF).

A descrição quantitativa/qualitativa do padrão espacial observado para os índices IDI, IE e ISP, foi conseguida através da medição da autocorrelação espacial dos mesmos. Para avaliar a autocorrelação estatística de dados agregados, recorre-se ao Índice Global de Moran (IGM) que caracteriza a hipótese nula de não existir um padrão (aglomerado ou disperso) adoptando-se uma distribuição Gaussiana para os dados. Para o cálculo do IGM, foi necessário considerar o relacionamento espacial (vizinhança de 1ª ordem de polígono) entre as entidades geográficas utilizadas no estudo (Freguesias) que são do tipo "polígono". A distribuição local foi calculada pela estatística de Gi*.

Estuda-se, a acessibilidade geográfica dos utentes do SNS, sob o ponto de vista da minimização de uma função de custo, recorrendo a uma variável, à qual se pretende obter o valor que minimiza a referida função de custo. Utiliza-se o processo de cálculo de otimização de percursos rodoviários, vulgarmente designados por análise de redes nos Sistemas de Informação Geográfica, em que a variável a estudar é o tempo gasto no espaço geográfico percorrido. Esta análise usa como dado base uma rede rodoviária que interliga uma origem e um destino. A origem utilizada foi o centro geográfico de cada centro habitacional correspondente à sede das Freguesias pertencentes ao Distrito de Beja, e o destino foi a localização geográfica do HJJF, com referência ao transporte autónomo.

Toda a parte experimental do trabalho realizado neste trabalho, foi efetuado em ambiente ArcGIS da ESRI, versão 9.3.

RESULTADOS:

Os centros geográficos (cgm) calculados para os valores do IDI revelam um maior distanciamento (sentido sudeste) do HJJF, ao longo dos três censos, nomeadamente: **19,5 km** para 1991; **21,1 km** para 2001 e **24,1 km** para 2011.. A mesma tendência observa-se para o IE (**21,8 km** para 1991, **25,3 km** para 2001 e **29,1 km** para 2011) e tendência em sentido oposto para o ISP (**20,2 km** para 1991, **18,2 km** para 2001 e **16,0 km** para 2011).

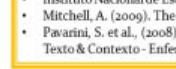
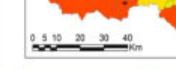
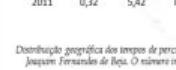
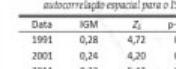
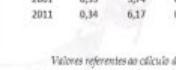
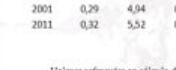
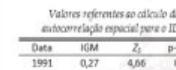
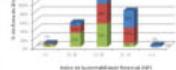
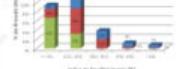
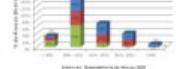
A análise dos resultados da autocorrelação espacial mostra um agravamento do cenário do envelhecimento generalizado da população. Em particular realça-se o aumento significativo de ocupação territorial de valores de baixo ISP, apresentando em 2011 uma **ocupação territorial superior ao dobro** da verificada em 1991.

Os tempos de percurso (em minutos), tiveram como origem a localização do centro geográfico do centro habitacional de cada Freguesia, e destino HJJF. Foram obtidos valores que variam entre os **cinco minutos** e os **112 (quase as duas horas)**, devido à dimensão e característica geográficas do Distrito.

A relação linear entre o ISP e a distância ao HJJF, aumentou significativamente ao longo das três décadas; nomeadamente: **44%** em 1991; **49%** em 2001 e **68%** em 2011.

DISCUSSÃO:

Fica assim evidente que o aumento do IDI está assim associado a um maior afastamento geográfico (distância Euclidiana) da unidade hospitalar considerada na análise, o HJJF, agravando a situação a que pode condicionar o recurso (acessibilidade) já dificultado das pessoas idosas, estando os demais recursos menos afastados relativamente ao referido centro..



RESULTADOS SENSÍVEIS ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: A PESSOA IDOSA EM CONTEXTOS DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

MARTA ROSA, JOSÉ AMENDOEIRA

ESCOLA SUPERIOR DE SANTARÉM

RESUMO | ABSTRACT

Introdução: A filosofia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), tem por base a promoção da autonomia da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

Através da implementação deste novo modelo de cuidados pretende-se o desenvolvimento de um trabalho integrado e pró-activo de equipas de saúde e de apoio social com o envolvimento dos utentes e familiares/cuidadores informais, respeitando as suas necessidades e preferências.

Vários profissionais desenvolvem a sua actividade nestes contextos, da área psicossocial e de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sendo o desenvolvimento das actividades destes profissionais transversais a todas as tipologias preconizadas pela RNCCI.

A nossa preocupação tem vindo a centrar-se nos resultados sensíveis que decorrem do desenvolvimento das intervenções do enfermeiro em contextos da RNCCI, sendo estes referenciados como as consequências ou efeitos das intervenções levadas a cabo pelos enfermeiros e manifestando-se por mudanças no estado de saúde/doença dos utentes, comportamento ou percepção e/ ou pela resolução do presente problema pelo qual a intervenção de enfermagem foi proporcionada (Doran, 2003).

Objetivos: Identificar o potencial das intervenções de enfermagem prestadas em contextos da RNCCI, como resposta às necessidades da pessoa idosa; Sistematizar indicadores de ganhos em saúde resultantes das intervenções de enfermagem à pessoa idosa em contextos da RNCCI.

Metodologia de investigação: Propomo-nos realizar uma revisão sistemática da literatura no sentido da identificação de instrumentos de colheita de dados, identificando dimensões e/ou variáveis mediadas pelos focos definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2009), como áreas centrais de actuação em contextos da RNCCI. Estas constituir-se-ão como dimensões/variáveis a submeter a um painel constituído por peritos das cinco regiões de saúde recorrendo à técnica de Delphi, para sua validação. Após esta validação construir-se-ão os instrumentos de colheita de dados que serão aplicados respectivamente aos enfermeiros que desenvolvem actividades nas unidades de internamento da RNCCI da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Distrito de Santarém e a uma amostra intencional de utentes. Para a concretização do desenho do estudo, propomo-nos seguir uma perspectiva de triangulação metodológica – inter-métodos, que pressupõe a utilização de diferentes métodos em relação ao mesmo objecto de estudo (Denzin, 1989; Flirck, 2005) com implementação sequencial, que sustentará o tratamento e análise de dados conducentes à explicação de como as intervenções de enfermagem produzem ganhos em saúde nas pessoas idosas em contextos da RNCCI. Pretendemos assim que o nosso estudo contribua para a explicação de como as intervenções de enfermagem produzem ganhos em saúde nas pessoas idosas em contextos da RNCCI.

Bibliografia:

Donabedian, A. (1980). Monitoring: the eyes and ears of health care. Health progress

Doran, D. (2011). Nursing outcomes. The state of the science. (2nd edition) Inc. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers.

Flick, U. (2005). Métodos Qualitativos na Investigação Científica. 2.^a ed. Lisboa: Monitor

Denzin, N. (1989). The Research Act. Englewood Cliffs: Prentice Hall

Ordem dos Enfermeiros (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

Marta Rosa – Assistente da Escola Superior de Saúde de Santarém; Doutoranda do Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (matabma@hotmail.com)

José Amendoeira (PhD) – Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde de Santarém – Instituto Politécnico de Santarém; Orientador da tese de doutoramento

"RESULTADOS SENSÍVEIS ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: A PESSOA IDOSA EM CONTEXTOS DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS"

Marta Rosa¹; José Amendoeira²



Conferência Internacional
sobre Enfermagem Geriátrica

26 de Outubro 2012

Tese de doutoramento com registo definitivo - Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

SUB TEMÁTICA - OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E O COMPORTAMENTO HUMANO

INTRODUÇÃO

A filosofia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), tem por base a promoção da autonomia da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

A implementação deste modelo de cuidados pretende o desenvolvimento de um trabalho integrado e pró-activo de equipas de saúde e de apoio social com o envolvimento dos utentes e familiares/cuidadores informais, respeitando as suas necessidades e preferências.

Vários profissionais desenvolvem a sua actividade nestes contextos, nomeadamente os enfermeiros, sendo o desenvolvimento das actividades destes profissionais transversais a todas as tipologias preconizadas pela RNCCI.

A nossa preocupação tem vindo a centrar-se nos resultados sensíveis que decorrem do desenvolvimento das intervenções do enfermeiro em contextos da RNCCI.

OBJECTIVOS

Identificar o potencial das intervenções de enfermagem prestadas em contextos da RNCCI, como resposta às necessidades da pessoa idosa;

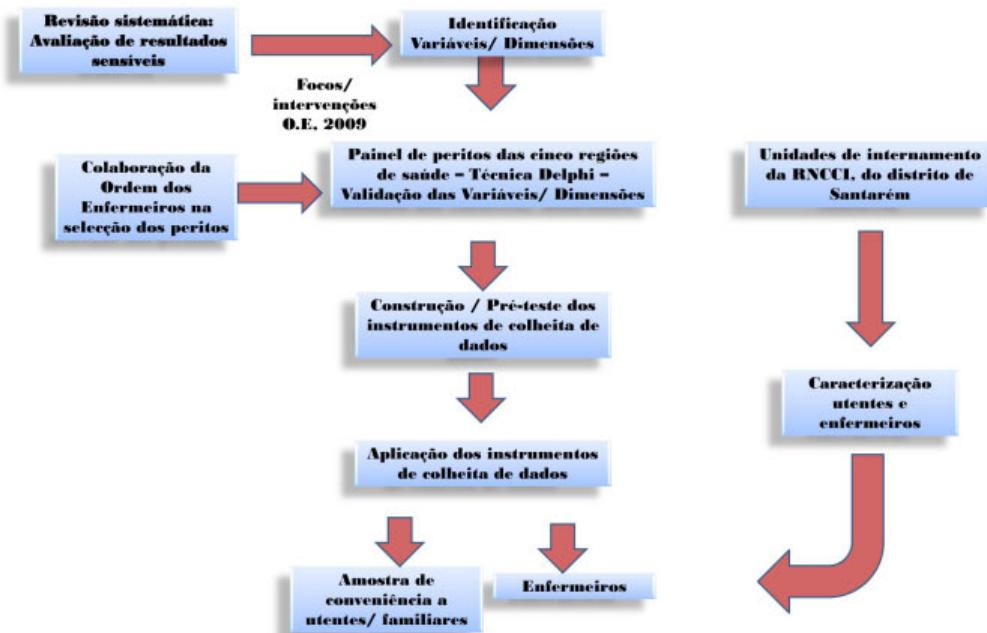
Sistematizar indicadores de ganhos em saúde resultantes das intervenções de enfermagem à pessoa idosa em contextos da RNCCI.

ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA

ABORDAGEM

Quanti - qualitativa

Carpenter, H. Et al (2002); Flick, U. (2005); Latimer, J. (2003); Morse, J. et al (2000);
Polit, D. et al (2004); Strauss, A. et al (2008)



Bibliografia:

- Donabedian, A. (1980). *Monitoring: the eyes and ears of health care*. Health progress
Doran, D. (2011). *Nursing outcomes. The state of the science*. (2nd Edition) Inc. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers
Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. 2.^ª ed. Lisboa: Monitor
Denzin, N. (1989). *The Research Act*. Englewood Cliffs: Prentice Hall
Ordem dos Enfermeiros (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros

¹ Marta Rosa – Assistente da Escola Superior de Saúde de Santarém; Doutoranda do Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar; Mestre em Saúde Pública (Área de Especialização: Promoção da Saúde) pela Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa. (marta.bmha@hotmail.com)

² José Amendoeira (PhD)– Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde de Santarém – Instituto Politécnico de Santarém; Mestre e Doutor em Sociologia pela Universidade Nova de Lisboa; Investigador do CICS do ICS; Orientador da tese de doutoramento.

VALIDATION OF THE HENDRICH II FALL RISK MODEL TO PORTUGUESE

NILZA NOGUEIRA, ARMINDA MENDES COSTA, PAULO TELES, PEDRO MORADAS FERREIRA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO | INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR | UNIVERSIDADE DO PORTO

RESUMO | ABSTRACT

BACKGROUND: A fall is described as unintentionally coming to rest on the ground, floor or other lower level with or without an injury (Scott *et al*, 2007), and its occurrence may be the first indication of an undetected illness in older people (Todd & Skelton, 2009). Therefore, the prevention of falls is important and the rate of prevention can be used as an indicator of service quality, either in hospitals or in residential homes. Falls often result from interacting risk factors, which can be categorized as intrinsic, behavioural, socioeconomic and environmental. The combination of these risk factors varies from person to person. Consequently, patients need interventions that are targeted at their individual risk factors (Oliver & Healey, 2009). Current knowledge indicates that assessment tools are the key to screening patients who are at risk of falls to identify known risk factors.

AIMS: To adapt and evaluate the Hendrich II Fall Risk Model (HIIFRM) for use with elderly Portuguese inpatients.

METHODS: We conducted a prospective study of 586 older inpatients in acute care hospitals, in the Oporto metropolitan area of Portugal, from November 2007 to May 2010. The inclusion criteria were that the participants had to be at least 65 years old and able to perform the *Get Up and Go* test of the HIIFRM.

The HIIFRM evaluates eight independent risk factors, namely confusion/ disorientation/ impulsivity, depressive symptoms, altered elimination, dizziness/ vertigo, male gender, prescribed/administered antiepileptics, prescribed/ administered benzodiazepines, and the *Get Up and Go* test. The model has a maximum score of 16, and a patient who accumulates 5 or more risk points is classified to be at high risk of falling (Hendrich *et al*, 2003). The key steps for adaptation and evaluation of the instrument were: conceptual equivalence, semantic equivalence, operational equivalence and measurement equivalence. The predictive validity was tested by calculating the positive and negative predictive values, together with the sensitivity and specificity with 95% confidence intervals, on admission and discharge. Inter-rater reliability was also evaluated.

RESULTS: One hundred and four participants experienced one or more falls. Almost half of the patients who fell (44.6%) had their first fall during the first 3 days of hospitalization. We analysed patients at high risk of falling, who had/had not fallen, and patients with no apparent risk factors for falling who had or had not fallen. Only 17% of the patients at high risk of falling actually fell either on admission or at discharge. The proportion of patients with no apparent risk of falling who fell was 2.7% and 7% on admission and at discharge respectively.

The adapted HIIFRM showed a sensitivity of 93.2% [CI=87.4, 99.0] and 75.7% [CI=65.9, 85.5], and a specificity of 35% [CI=30.9, 39.1] and 46.7% [CI=42.4, 51.0], on admission and at discharge, respectively. We find an positive predictive value (PPV) of 17.2% [CI=13.5, 20.9] on admission and 17% [CI =13.0, 21.0] at discharge. A negative predictive value (NPV) of 97.3% [CI=94.9, 99.6] on admission and 93% [CI= 89.9, 96.1] at discharge. The ratio between the likelihood of a "true positive" and the likelihood of a "false positive" was evaluated by the positive likelihood ratio (PLR) that was 143.4% [CI=131.3, 156.6] on admission and 141.9% [CI=121.9, 165.3] at discharge. The negative likelihood ratio (NLR) (i.e., the ratio between the likelihood of a "false negative" and the likelihood of a "true negative") found was 19.3% [CI=8.2, 45.4] at admission and 52% [CI= 34.5, 78.7] at discharge.

Inter-rater reliability was estimated with the intra-class correlation coefficient (ICC) and Cohen's Kappa coefficient (κ). The ICC checks the agreement between the average ratings assigned by two nurses to a group of 20 patients. The results showed $ICC = 0.988$ [95%CI=0.969-0.995] and $\kappa = 1$.

CONCLUSIONS: The HIIFRM is a useful tool for use in predicting the risk for elderly patients'. Nursing care should focus on patients who are at risk of falls during the first days (three in our study) of hospitalization. Systematic risk assessment for falls and the identification of those patients who are most at risk might reduce the frequency of falls, contribute to the adoption of preventive measures, and contribute to the acceptance of their level of risk by older people.

Keywords: Falls, Hendrich II Fall Risk Model, nursing, sensitivity, specificity, older people.

CONTACTOS | CONTACTS

Nilza Nogueira - nilza@esenf.pt

VALIDATION OF THE HENDRICH II FALL RISK MODEL TO PORTUGUESE

NOGUEIRA, M^a Nilza*, RN, Ms. COSTA, M^a Arminda Mendes**, RN, Phd, FINE President. TELES, Paulo***, Phd. FERREIRA, Pedro Moradas, PhD**.

*Porto School of Nursing – Porto, Portugal. ** Abel Salazar Biomedical Institute (ICBAS) – U. Porto, Portugal. *** School of Economics and LIAAD-INESC Porto LA – U. Porto, Portugal (nilza@esenf.pt)

BACKGROUND

A fall is described as unintentionally coming to rest on the ground, floor or other lower level with or without an injury ¹, and its occurrence may be the first indication of an undetected illness in older people ². Therefore, the prevention of falls is important and the rate of prevention can be used as an indicator of service quality, either in hospitals or in residential homes. Falls often result from interacting risk factors, which can be categorized as intrinsic, behavioural, socioeconomic and environmental. The combination of these risk factors varies from person to person. Consequently, patients need interventions that are targeted at their individual risk factors ³. Current knowledge indicates that assessment tools are the key to screening patients who are at risk of falls to identify known risk factors.

AIMS To adapt and evaluate the HIIFRM for use with elderly Portuguese inpatients

METHODS

We conducted a prospective study of 586 older inpatients in acute care hospitals, in the Oporto metropolitan area of Portugal, from November 2007 to May 2010. The inclusion criteria were that the participants had to be at least 65 years old and able to perform the "Get Up and Go" test of the HIIFRM. The HIIFRM evaluates eight independent risk factors, namely confusion/disorientation/impulsivity, depressive symptoms, altered elimination, dizziness/ vertigo, male gender, prescribed/administered antiepileptics, prescribed/administered benzodiazepines, and the "Get Up and Go" test. The model has a maximum score of 16, and a patient who accumulates 5 or more risk points is classified to be at high risk of falling ⁴. The key steps for cross-cultural adaptation of the instrument were: conceptual equivalence, semantic equivalence, operational equivalence and measurement equivalence. The predictive validity was tested by calculating the positive and negative predictive values, together with the sensitivity and specificity with 95% confidence intervals, on admission and discharge. Inter-rater reliability was also evaluated.

RESULTS

One hundred and four participants experienced one or more falls. Almost half of the patients who fell (44.6%) had their first fall during the first 3 days of hospitalization. Only 17% of the patients at high risk of falling actually fell either on admission or at discharge. The proportion of patients with no apparent risk of falling who fell was 2.7% and 7% on admission and at discharge respectively.

Table 1- Distribution of patients with and without falls

Falls	High fall risk		No fall risk	
	Admission (%)	Discharge (%)	Admission (%)	Discharge (%)
Yes	17.2	17.0	2.7	7.0
No	82.8	83.0	97.3	93.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

VALIDITY OF THE HIIFRM

Inter-rater reliability was estimated with the intra-class correlation coefficient (ICC) and Cohen's Kappa coefficient (κ). The ICC checks the agreement between the average ratings assigned by two nurses to a group of 20 patients. The results showed $ICC = 0.988$, with a 95% confidence interval (CI) equal to [0.969-0.995] and $\kappa = 1$.

Table 2 – Predictive validity of the Hendrich II Fall Risk Model

	Admission		Discharge	
	Values (%)	CI (%)	Values (%)	CI (%)
SENSITIVITY	93.2	[87.4, 99.0]	75.7	[65.9, 85.5]
SPECIFICITY	35.0	[30.9, 39.1]	46.7	[42.4, 51.0]
PPV	17.2	[13.5, 20.9]	17.0	[13.0, 21.0]
NPV	97.3	[94.9, 99.6]	93.0	[89.9, 96.1]
PLR	143.4	[131.3, 156.6]	141.9	[121.9, 165.3]
NLR	19.3	[8.2, 45.4]	52	[34.5, 78.7]

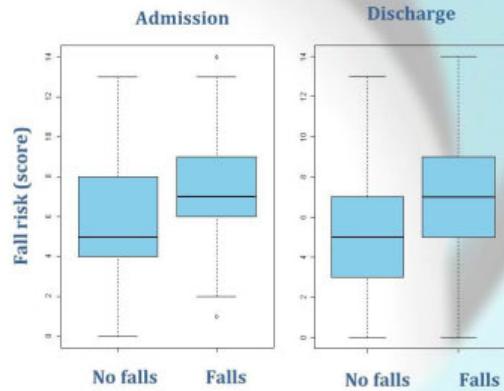


Figure 1- Comparison of risk of falling for patients with and without falls

CONCLUSION

The HIIFRM is a useful tool for use in predicting the risk for elderly patients'. Nursing care should focus on patients who are at risk of falls during the first days (three in our study) of hospitalization. Systematic risk assessment for falls and the identification of those patients who are most at risk might reduce the frequency of falls, contribute to the adoption of preventive measures, and contribute to the acceptance of their level of risk by older people.

REFERENCES

- Scott V, Lockhart S, Gallagher E, Smith D, Asseline G, Bellon K, Duncan B. *Canadian Falls Prevention Curriculum-Resource Manual*. 2007. Population Health Fund of the Public Health Agency of Canada, Vancouver.
- Todd C, & Skelton D. *What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe [Health Evidence Network report], 2004, <http://www.euro.who.int/document/ER0255.pdf>, accessed 13 October 2009.
- Oliver D & Healey F. Fall risk prediction tools for hospital inpatients: do they work? *Nursing Times* 2009; 105:18-21.
- Hendrich A, Brender P, Nyhuis A. Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients. *Appl Nurs Res* 2010; 23:6-21.

A PESSOA IDOSA COM DOENÇA CARDÍACA: DIFICULDADES SENTIDAS NA MANUTENÇÃO DA TERAPÊUTICA

ANA LÚCIA SANTOS

HOSPITAL DE FARO

RESUMO | ABSTRACT

PROBLEMATIZAÇÃO

O motivo que levou a estudar o problema da adesão à medicação, na doença cardíaca, foi o facto de ocorrerem no Serviço de Cardiologia do Hospital de Faro EPE, re-internamentos, de pessoas idosas, que apresentam má adesão à medicação ou a abandonam quando regressam a casa e que, por este facto, entram em insuficiência cardíaca ou têm novo enfarte, situações estas, causadoras de morte ou deficiente qualidade de vida e, ainda, do aumento dos custos em saúde.

Para intervir, é necessário realizar o diagnóstico da situação. Assim, procurou-se compreender as dificuldades que estas pessoas apresentam para, posteriormente, delinear as intervenções de enfermagem que possibilitem intervir com elas, no sentido de incrementar a adesão à medicação e assim obter ganhos em saúde.

OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Para este estudo definiram-se os seguintes objectivos:

Objectivo geral:

Contribuir para a produção de conhecimento, sobre a adesão à medicação, das pessoas idosas com doença cardíaca.

Objectivos específicos:

Compreender quais as dificuldades que a pessoa idosa com doença cardíaca apresenta no cumprir da medicação que lhe é prescrita no seu regresso a casa, após internamento hospitalar;

Pensar as estratégias a desenvolver com esta pessoa, no sentido de aumentar a adesão à medicação.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Porque o presente estudo se enquadra num estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa, e confirmando o anteriormente exposto, eis que surge como questão central deste estudo:

Será que a pessoa idosa com doença cardíaca, tem dificuldade em manter, na sua residência, a medicação que lhe é prescrita no momento do regresso a casa, após internamento hospitalar?

TIPO DE ESTUDO

Recorre-se, de facto, a um modelo de investigação qualitativo-descritivo para ajudar a compreender melhor as situações em análise. Assim, a opção estratégica da presente investigação assentará, num contínuo metodológico que facilitará o processo de análise de dados e sua interpretação (Miles & Huberman, 1994).

Descritivo porque se pretende descrever a forma como as pessoas vivenciam a situação de má adesão, ou até mesmo abandono terapêutico, analisando as suas experiências e interpretações partindo das suas descrições.

O método qualitativo de pesquisa, oferece a possibilidade de alcançar as respostas para questões particulares. Neste contexto Benjumea (1999) diz-nos que os estudos qualitativos contribuem para a melhoria da qualidade do trabalho.

PARTICIPANTES

Assim e para seleccionar os participantes estabeleceram-se os seguintes critérios:

- Serem pessoas com doença cardíaca, de idade superior a 60 anos;
- Terem tido um internamento no Serviço de Cardiologia entre 1 de Janeiro de 2007 e 31 de Dezembro de 2008, altura em que, por observação directa, parece ter existido um número considerável de pessoas idosas com doença cardíaca;
- Ter, posteriormente, um segundo internamento, por motivo de abandono ou má adesão à medicação, no mesmo período de tempo, dado que esta é a razão que levou à realização do estudo;
- Estar consciente, orientado para que se expresse com coerência sobre o tema em estudo;
- Não sofrer de hipoacusia ou disartria, o que dificultaria a comunicação oral e consequentemente a recolha dos dados;
- Aceitar participar no estudo e estar consciente de que pode abandoná-lo quando quiser;
- Aceitar a gravação áudio da entrevista, dado que isso possibilita o fiel registo do verbalizado;
- Ter contacto telefónico, para facilitar a marcação da entrevista e remarcação, se houver necessidade de voltar a recolher os dados;
- Não depender de outrem para tomar a medicação, já que nesse caso a decisão de não aderir ou de abandonar pode ser de causa extrínseca à própria pessoa.

Foram assim seleccionados 7 indivíduos, 5 do sexo masculino e 2 do sexo feminino, com idades compreendidas entre 63 e 80 anos, com situações profissionais diversas, sendo o estado civil, 4 casados, e 3 viúvos, tendo dois a 3^a classe e os restantes cinco a 4^a classe.

RECOLHA DE DADOS

A técnica utilizada para a recolha de dados foi a entrevista semi-estruturada. Como referem Bogdan e Biklen, (1994), "a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo" (p. 134). As entrevistas tiveram recurso à gravação em áudio, como forma de obter fielmente as falas, de facilitar a obtenção de pormenores e a interpretação dos dados obtidos.

PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS

Dada a natureza qualitativa deste estudo, após a realização da entrevista, precedeu-se a sua transcrição na íntegra.

Posteriormente, cada entrevista foi lida e relida para obter uma ideia do todo e para facilitar a sua compreensão.

Para tratar a informação recolhida recorreremos à análise de conteúdo, porque segundo alguns autores consultados (Bogdan & Biklen, 1994; Chiglione & Matalon, 1992; Watson, 1985; Bardin, 1995)), é a técnica mais apropriada para o

tratamento do verbatim de uma entrevista, por oferecer a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos com complexidade, como sejam sentimentos.

Assim, começou por sublinhar-se as frases que continham afirmações acerca do tema em estudo, colocando em evidência algumas características correspondentes à situação que queríamos compreender. Posteriormente isolou-se, em cada discurso, o que interessava tendo em conta o objectivo do estudo, sendo excluído do texto o que se afastava deste.

A cada frase que interessava chamou-se unidade de significação, por estar conforme o sujeito a expressou e corresponder à sua vivência específica desta situação. Estas foram numeradas sequencialmente, de acordo com o surgimento no texto.

Depois de isolados todos os conteúdos sublinhados (unidades de significação), tal como foram expressos pelos sujeitos, questionou-se cada unidade de significação por forma a dar sentido a cada uma delas, e atribuiu-se um significado, tentando não perder a essência da afirmação. Cada um destes significados atribuídos foi codificado com a letra "S", tendo sido adicionado ao código existente passando desta forma a (E1, S1; E1, S2; E1, S3;...). Estes significados foram a base do texto construído na análise dos dados.

Uma vez atribuídos os significados foram codificados, de acordo com o que tinham em comum, atribuindo a cada um deles uma letra (por exemplo ao défice de conhecimento, atribuímos a letra A, à sintomatologia atribuímos a letra B, etc.). Recorrendo aos meios informáticos pedimos a sua ordenação (utilizando a ferramenta ordenar da aplicação informática do "Word"), ficando os significados agrupados. Foi a partir destes grupos de significados que foram nascendo as sub-categorias, as categorias e posteriormente o tema.

No que concerne à validação da análise dos dados, Ghiglione e Matalon (1992), referem que "todo o problema consistirá, portanto, em tornar clara as categorias e as unidades de registo, definindo-as rigorosamente" (p. 217). Por este motivo todo o processo foi acompanhado pelo grupo de investigação, que apreciaram a análise e, após o confronto das várias apreciações, chegou-se a um consenso, o qual permitiu considerar a fidedignidade da análise.

Esta, foi uma análise indutiva, ou seja, que partiu do verbatim das entrevistas, todas elas correspondendo a uma interpretação das unidades de significação, tal como foram expressas pelos sujeitos e construída através da junção dos significados encontrados, dando desta forma origem a quatro sub sub categorias, quinze sub categorias e cinco categorias. Estas, por sua vez, confluem num tema central ao qual foi denominado "Condicionantes para a Adesão/ Não Adesão das pessoas idosas à medicação".

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foi formalizado um pedido de autorização por escrito, ao Conselho de Administração do Hospital de Faro EPE, cuja resposta autorizada foi obtida a 8/10/09.

Quando contactámos os participantes, por via telefónica, informámos sobre o tema, objectivos do estudo e necessidade de realização da entrevista, bem como da necessidade de gravação áudio. Foi, ainda, garantido o anonimato e confidencialidade. Antes de dar início à recolha de dados essa informação foi reforçada referindo, de novo a liberdade de em qualquer momento, poder recusar-se a participar, se assim o entendesse e sem que daí adviessem quaisquer consequências.

Para garantir o anonimato explicou-se que os dados eram codificados e que à sua entrevista era atribuída uma letra, apenas conhecida pela investigadora, de modo a garantir o anonimato e a confidencialidade.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Antes de realizar o contacto telefónico, era verificada a situação da pessoa, nos registos informáticos da admissão de doentes do hospital. Ao fazer esta análise constatou-se que três dos possíveis participantes, já haviam falecido;

Duas das pessoas contactadas telefonicamente e que reuniam os critérios de inclusão foram, segundo o familiar que atendeu o telefone, institucionalizadas e dado esta situação, a administração da medicação estava a cargo de outrem. Por este facto optou-se por não incluir estas pessoas no estudo;

Dois dos possíveis participantes, nunca atenderam o telefone, apesar dos vários contactos efectuados;

Uma das pessoas contactadas telefonicamente, e que cuja entrevista ficou marcada para o dia seguinte, aquando a comparência do investigador no local combinado, recusou a entrevista, por receio de poder ser manipulada por alguém estranho;

Foram ainda excluídos os doentes que não falavam português, quatro das pessoas contactadas telefonicamente referiram não querer participar no estudo, uma delas apesar de telefonicamente ter aceite, não abriu a porta. Posteriormente, por telefone, referiu não ter disponibilidade.

Para além destas situações, que podem eventualmente ter diminuído a possibilidade de recolher outros dados, podemos ponderar igualmente o facto de as pessoas poderem não serem sinceros ou omitirem dados com receio de represálias, ou outros motivos.

RESULTADOS

A adesão das pessoas idosas, com doença cardíaca, à medicação, quando regressam a casa e após alta hospitalar, está condicionada por fatores que se relacionam com o conhecimento, a inexistência de sintomas, o apoio familiar, a complexidade do regime terapêutico, o esquecimento, a informação escrita e o deficiente planeamento da alta.

É importante que sejam avaliadas as necessidades da pessoa desde a sua admissão, prevendo necessidades futuras, e planeando, desta forma, o seu regresso a casa. A partir do diagnóstico da situação, do conhecimento e conscientização das dificuldades e necessidades das pessoas idosas, com doença cardíaca, é possível estabelecer ações direcionadas para as dificuldades encontradas, de modo a que estas consigam superá-las.

Informar a pessoa idosa, respondendo às suas necessidades pode ajudar a optimizar a aderência à terapêutica e consequentemente contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

Ana Lúcia Dias Ildefonso Santos, licenciada em enfermagem desde 2001, com o curso de Mestrado em Gerontologia Social desde 2010, a exercer funções no Hospital de Faro desde 1983

CONTACTOS | CONTACTS

Ana Lúcia Dias Ildefonso Santos - analucisantos@gmail.com

A pessoa idosa com doença cardíaca: Dificuldades sentidas na manutenção da terapêutica

Autora: Ana Lúcia Santos, Enfermeira no Hospital de Faro - EPE; Email: analucisantos@gmail.com

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são referidas pelo Ministério da Saúde (2003), como um dos maiores problemas de Saúde Pública, por causarem consequências nefastas para a pessoa, para a sociedade e para o próprio sistema de saúde. Os medicamentos cardiovasculares têm como missão, preservar a função cardíaca, melhorar a qualidade de vida e prevenir o risco de exacerbações da doença, pelo que devem ser administrados conforme prescrição (Murray et al., 2007). Assim, quanto melhor for a adesão ao tratamento maiores são as probabilidades da pessoa viver melhor e de diminuir a taxa de morbidade, o que beneficia a pessoa e consequentemente o sistema de saúde.

Os recorrentes re-internamentos de pessoas idosas com doença cardíaca, por má adesão ou abandono da medicação, levaram a levantar a seguinte questão:

Será que a pessoa idosa com doença cardíaca tem dificuldade em manter, após internamento hospitalar, a medicação que lhe é prescrita no momento do regresso a casa?

Existem uma multiplicidade de fatores que interferem na adesão ao regime terapêutico. Estudos demonstram que, não há nenhuma estratégia de intervenção ou "pacote" de estratégias, que se tenha mostrado eficaz em todos os doentes, pelo que é importante avaliar com precisão, não apenas a adesão, mas também os fatores que a influenciam, tendo em atenção cada pessoa em particular. É pois necessário formar os profissionais de Saúde, para avaliar o risco da não adesão, aperfeiçoando as suas intervenções, com vista à optimização da aderência à terapêutica (WHO, 2003).

METODOLOGIA

Para tentar penetrar no mundo conceptual dos sujeitos, impôs-se um estudo indutivo de natureza qualitativa e descritiva. Os dados foram recolhidos através de entrevista semi-estruturada e a análise dos dados foi uma análise indutiva.

RESULTADOS

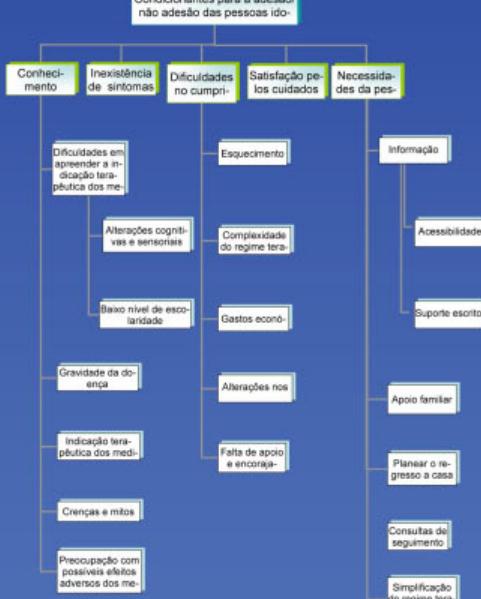
CONHECIMENTO

As pessoas idosas são menos tolerantes à novidade, têm diminuição de capacidade de aprendizagem e hesitam sobre novas situações, especialmente quando são sobrecarregados de informação (Poirier et al., 2006). O facto da pessoa se sentir informada, com competência para esclarecer as suas dúvidas e estar envolvida no processo de tomada de decisão, pode ajudar a concordar com algumas estratégias e reduzir o risco de doença cardiovascular.

DIFICULDADES NO CUMPRIMENTO DA PRESCRIÇÃO

A complexidade do regime terapêutico apresenta-se como um contributo prevalente nos problemas de aderência, pelo que, reduzir a complexidade do regime medicamentoso com a introdução de embalagens análogas às utilizadas nos anti-concepcionais orais ou com fármacos com mais do que um princípio ativo, pode ajudar a superar a confusão e o esquecimento comuns neste grupo etário. Este facto é mais relevante quando a pessoa idosa recorre a diferentes médicos. Einstein et al (2005) demonstraram que um medicamento prescrito, três ou quatro vezes ao dia, pode levar a erros de repetição ou de omissão, de forma não intencional, acontecendo, também, com muitas pessoas idosas a confusão em relação ao facto de ter ou não ter tomado a medicação.

Condicionantes para a adesão/ não adesão das pessoas idosas



SATISFAÇÃO PELOS CUIDADOS PRESTADOS

A forma de comunicar com a pessoa é um importante determinante na adesão ao tratamento. Cabe aos enfermeiros decidir em conjunto com a pessoa qual a forma de melhor satisfazer as suas necessidades, devendo começar por fazer uma avaliação das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, negociando com ela um plano individual escrito, adaptado à sua condição de vida.

INEXISTÊNCIA DE SINTOMAS

Se a doença se encontra numa fase assintomática, ou se a pessoa tem dificuldade em definir os sintomas e as complicações pela não adesão ao tratamento, tende para uma reduzida adesão às recomendações dos profissionais de Saúde (Poirier et al., 2006).

NECESSIDADES DA PESSOA

O suporte escrito foi uma das necessidades sentidas pelas pessoas devido às limitações da memória, a curto prazo. O estudo efetuado por Hayes (2005) demonstra o quanto é importante a instrução escrita, como complemento das instruções verbais.

Ao planejar o regresso a casa deve ser feita avaliação muito cuidada das necessidades da pessoa idosa e capta-la para o auto cuidado. A pessoa deve sentir-se responsável, por tomar conta de si e adotar comportamentos para evitar o agravamento da sua situação. O facto da pessoa ter apoio familiar vai influenciar a adesão ao tratamento e beneficia todo o processo de auto cuidado, levando a melhores comportamentos de saúde.

CONCLUSÃO

A adesão das pessoas idosas, com doença cardíaca, à medicação, após alta hospitalar, está condicionada por fatores que se relacionam com o conhecimento, a inexistência de sintomas, o apoio familiar, a complexidade do regime terapêutico, o esquecimento, a informação escrita e o planeamento da alta. Planejar o regresso a casa, capacitando a pessoa idosa e o seu cuidador informal, explicando a condição de saúde, a utilização segura e eficaz da medicação e o seguimento posterior, é uma forma de prevenir complicações e aumentar a capacidade da pessoa idosa para o auto-cuidado. É necessário formar os profissionais de Saúde, para avaliar o risco da não adesão, aperfeiçoando as suas intervenções, com vista à optimização da aderência à terapêutica (WHO, 2003).

BIBLIOGRAFIA

Einstein, G.; et al. (2005). Multiple processes in prospective memory retrieval: factors determining monitoring versus spontaneous retrieval. *Journal of Experimental Psychology: General by the American Psychological Association*, 134 (3), 327-342.

Hayes, K. (2005). Designing written medication instructions. *Journal of Geriatric Nursing*, 31 (5), 5-10.

Ministério da Saúde (2003). *Programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares*. Lisboa: Ministério da Saúde - Direção Geral de Saúde. Acedido em Fevereiro 2010 em <http://www.dgs.pt>.

Murray, M.; et al. (2007). Pharmacological interventions to improve medication adherence. *Heart Failure: Annals of Internal Medicine*, 146 (10), 714-724.

Poirier, P.; et al. (2006). Predictors of compliance with medical recommendations regarding pharmacological and non pharmacological approaches in patient with cardiovascular disease. *Clinical and Investigative Medicine*, 29 (2), 91-103.

Santos, A. (2010). *Regresso a casa após internamento hospitalar: Dificuldades sentidas pelas pessoas idosas com doença cardíaca na manutenção da terapêutica medicamentosa*. Trabalho elaborado no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social. Faro: Universidade do Algarve.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapy: evidence for action*. Acedido em 4 de Maio de 2010, em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs488/en/index.html>.

INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA NUM CENTRO DE DIA

MANUEL MARIA GAMEIRO DIAS

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

RESUMO | ABSTRACT

INTRODUÇÃO:

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi realizado um estágio, num Centro de Dia do Concelho de Oeiras, dividido em dois Módulos.

Durante a realização do primeiro Módulo, efectuou-se um Diagnóstico de Situação dos utentes inscritos no respectivo Centro de Dia e a partir do qual se efectua este Poster.

JUSTIFICAÇÃO DO TEMA:

Atendendo às dificuldades de apoio por parte dos familiares, quando os há, pelos mais variados motivos e ao consequente isolamento social a que muitas pessoas estão sujeitas, podem ter nos Centros de Dia uma mais valia durante o seu processo de envelhecimento, tornando-o o mais activo possível. Um outro factor positivo, a considerar, será o facto de muitos destes Centros estarem localizados na área habitacional dos utentes, contribuindo assim para obviar o seu desenraizamento social.

Acreditando na vantagem dos cuidados de proximidade, realizou-se um estudo no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que se traduziu na elaboração de um Diagnóstico de Situação, tendente à caracterização da população idosa de um Centro de Dia, em particular quanto ao seu estado depressivo e cognitivo, para posteriormente ser possível intervir no sentido de estabilizar ou reverter o seu quadro.

A pertinência deste trabalho é corroborada por IMPERATORI (1986, p.13) quando afirma que "em qualquer processo de intervenção, só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a actuação". Considera-se da máxima importância salientar que inicialmente no Centro de Dia não havia qualquer informação relativa ao estado de saúde mental das pessoas inscritas.

Com o avançar da idade, as pessoas sentem muitas vezes as suas capacidades diminuídas e com elas a perda de autonomia, o isolamento social, a necessidade do apoio de terceiros e o aparecimento de doenças do foro orgânico, aumentando deste modo a sua vulnerabilidade e a depressão tende a tornar-se mais frequente (ROACH, 2003, p.151). ROACH (2003, p.151) refere que "a depressão (...) é o distúrbio psiquiátrico mais comum nos idosos", assim procurando intervir junto destas pessoas, como enfermeiros, estaremos a contribuir para uma melhoria, mesmo que muito ténue, da sua qualidade de vida.

Em relação ao estado cognitivo dos utentes, MARQUES [et al.] (2006, p.357) afirmam que "cerca de 7,1% (...) dos idosos com mais de 65 anos sofrem de demência e a prevalência aumenta com a idade".

PHANEUF (2010, p.52-53) defende que a Doença de Alzheimer é a demência mais frequente e no mundo existem actualmente 18 milhões de casos, estimando-se que em 2025 o número seja de 34 milhões, ou seja, praticamente o dobro do número actual. Sabe-se também que só a Doença de Alzheimer atinge 5% da população com mais de 65 anos; 20% com mais de 80; e 25% das pessoas com mais de 85 anos de idade.

Considerando os elevados números, anteriormente referidos, acredita-se que é urgente delinear uma estratégia de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

OBJECTIVOS DO ESTUDO:

O objectivo deste estudo consiste na elaboração de um Diagnóstico de Situação que permita caracterizar a população idosa inscrita num Centro de Dia do ponto de vista sociodemográfico, do defeito cognitivo e do estado depressivo.

METODOLOGIA:

A recolha de dados baseou-se em entrevistas de enfermagem, de colheita de dados, através da aplicação de um formulário previamente elaborado e orientado para colher a informação pretendida.

Em relação à avaliação do estado depressivo no idoso, foi englobada no formulário, anteriormente referido, a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage [et al.] (1983) de 30 questões e para a avaliação do estado cognitivo, foi englobado o Mini-Mental State Examination.

O formulário foi aplicado aos utentes contudo, por vezes, foi necessário mobilizar os familiares quer para completar determinadas questões, quer para validar algumas das informações fornecidas.

RESULTADOS:

Verificou-se que 28% (13) das 46 pessoas inscritas no Centro de Dia têm idades compreendidas entre os 80 e os 84 anos, correspondendo esta classe à moda das idades.

Em relação ao estado cognitivo, constatou-se que 37% (17) do total de inscritos apresentava defeito cognitivo.

Relativamente à depressão, uma vez que foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica, foi decidido excluir os utentes com menos de 65 anos de idade e a população alvo correspondeu assim a 40 pessoas inscritas no Centro de Dia. Foi identificada depressão em 65% (26) dos utentes. Destes 45% (18) apresentava depressão leve e 20% (8) depressão grave.

CONCLUSÕES:

Com este trabalho, e atendendo aos números divulgados, procurou-se consciencializar os enfermeiros para a problemática da depressão e da demência que atinge a população de utentes inscritos num determinado Centro de Dia.

A prestação de cuidados de enfermagem aos referidos utentes tem inevitavelmente de ter um ponto de partida. Neste caso, optou-se pela elaboração de um Diagnóstico de Situação para posterior viabilização da realização de intervenções psicoterapêuticas, no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, tendentes a estabilizar ou reverter o quadro psicopatológico.

BIBLIOGRAFIA:

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário - **Metodologia do Planeamento da Saúde**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. 2^a ed. 1986. 150p;

MARQUES, Luís; FIRMINO, Horácio; FERREIRA, Luís – Diagnóstico diferencial das síndromes demenciais. In **Psicogeriatría**. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 2006. ISBN **989-20-0314-4, p.357-375**;

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. 1^a ed. Loures: Lusociência, 2005. 633p. ISBN 972-8383-84-3;

ROACH, Sally – **Introdução à Enfermagem Gerontológica**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003. 351p. ISBN 85-277-0860-4

CONTACTOS | CONTACTS

Manuel Maria Gameiro Dias - gameirodias1@hotmail.com

INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA NUM CENTRO DE DIA: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO



Autor: Manuel Dias;

Orientadora da UCP: Mestre Sarreira Santos;

Orientadora da UCC Cuidar+: Enfermeira Olga Carmona;



OBJECTIVO: Caracterizar a população idosa, inscrita num Centro de Dia, do ponto de vista sócio demográfico, do defeito cognitivo e do estado depressivo.

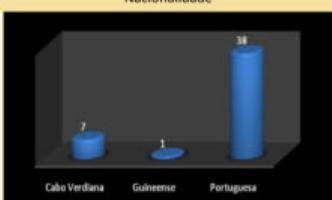
METODOLOGIA: A colheita de dados realizou-se, entre Abril e Junho de 2010, recorrendo a Entrevistas de Enfermagem (46 de Colheita de Dados), usando como guia um formulário previamente elaborado e orientado para obter a informação pretendida.

Em relação à avaliação do estado depressivo no idoso, foi englobada a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage [et al.] (1983) de 30 questões e para a avaliação do estado cognitivo, foi englobado o Mini-Mental State Examination.

O formulário foi aplicado aos utentes contudo, por vezes, foi necessário mobilizar familiares quer para completar determinadas questões, quer para validar algumas das informações fornecidas.

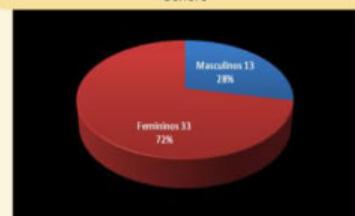
RESULTADOS:

Nacionalidade



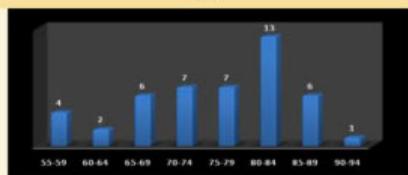
Portuguesa → 83% dos utentes inscritos
Cabo Verdiana → 15% dos utentes
Guineense → 2% dos utentes

Género



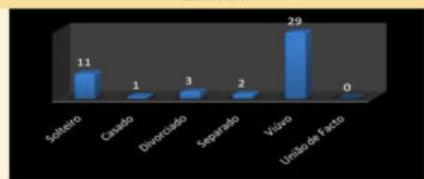
População → 46 utentes

Idade



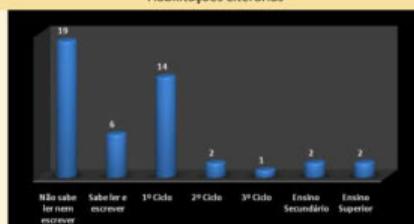
População → 46 utentes
A classe modal situa-se entre os 80 e os 84 anos de idade, correspondendo a 28% (13) dos utentes inscritos no Centro de Dia.
Do total de utentes inscritos, verifica-se que 13% (6) têm menos de 65 anos de idade.

Estado Civil



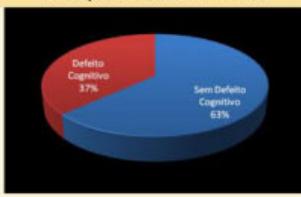
Viúvos → 63% dos 46 utentes
Solteiros → 24%
Divorciados → 7%
Separados → 4%
Casados → 2%

Habilidades Literárias



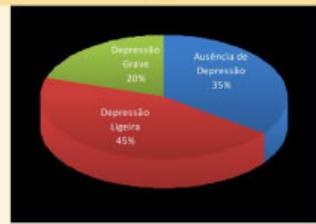
Não sabe ler nem escrever → 42% dos 46 utentes
1º Ciclo → 31%
Sabe ler e escrever → 13%
2º Ciclo → 4%
Ensino Secundário → 4%
Ensino Superior → 4%
3º Ciclo → 2%

Avaliação Breve do Estado Mental



Sem Defeito Cognitivo → 29 utentes
Com Defeito Cognitivo → 17 utentes

GDS



Ausência de Depressão → 14 utentes
Depressão Ligeira → 18 utentes
Depressão Grave → 8 utentes

Atendendo a que foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), decidiu-se excluir os utentes com menos de 65 anos de idade. Desta modo a População Alvo correspondeu a 40 das 46 pessoas inscritas no Centro de Dia.

Foi identificado um quadro depressivo em 65% (26) destes utentes.

CONCLUSÃO: Com este trabalho procurou-se dar ênfase junto de enfermeiros e de outros técnicos de saúde, para a problemática da depressão e da demência que atinge a população de utentes inscritos num determinado Centro de Dia.

O Diagnóstico de Situação, correspondeu ao ponto de partida, para a posterior realização de intervenções psicoterapêuticas, no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, tendentes a estabilizar ou reverter o quadro psicopatológico de uma amostra intencional destes utentes (Confronto Poster: "Intervenções terapêuticas que permitem, no envelhecimento, acrescentar qualidade aos anos de vida").

Bibliografia:

- IMPÉRATORI, Emilio; GIRALDES, Maria do Rosário - Metodologia do Planeamento da Saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. 2^a ed. 1986. 150p.
MARQUES, Luís; FIRMINO, Horácio; FERREIRA, Luís - Diagnóstico diferencial das síndromes demenciais. In: Psicogeriatría. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 2006. ISBN 989-20-0314-4, p.357-375;
PHANEUF, Margot - Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação, 1^a ed. Loures: Lusófona, 2005. 632p. ISBN 972-8383-84-3;
ROACH, Sally - Introdução à Enfermagem Gerontológica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003. 351p. ISBN 85-277-0860-4;

1. Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – UCP; DPSM do HSFX do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental;
2. Professora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;

3. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: UCC Cuidar+ do ACES de Oeiras Oriental.

ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA: INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS QUE PERMITEM, NO ENVELHECIMENTO, ACRESCENTAR QUALIDADE AOS ANOS DE VIDA

MANUEL MARIA GAMEIRO DIAS

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

RESUMO | ABSTRACT

INTRODUÇÃO:

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi realizado um estágio num Centro de Dia do Concelho de Oeiras, dividido em dois Módulos.

Durante a realização do segundo Módulo, efectuou-se um trabalho de intervenção com um conjunto de utentes do Centro de Dia, identificados no Módulo I, e que passaram a constituir uma amostra intencional a partir da qual se efectua este Poster.

JUSTIFICAÇÃO DO TEMA:

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a depressão foi reconhecida como um grave problema de Saúde Pública (...) e com tendência para aumentar e KAPLAN [et al.] (2002, p.507) referem que "a depressão é mais comum nos idosos do que na população em geral" assim, decidiu-se fazer algo que pudesse contribuir para acrescentar qualidade aos anos de vida, de pelo menos algumas, das pessoas idosas deprimidas.

Considerando que nas pessoas com "depressão grave uma abordagem puramente psicoterapêutica não é apropriada (...) pode reforçar os sentimentos de culpa e de desvalorização" (BARRACLOUGH&GILL, 1997, p.53) teria de ser instituído também um tratamento farmacológico assim, optou-se por intervir junto de pessoas idosas identificadas com depressão ligeira, recorrendo exclusivamente a intervenções autónomas de enfermagem.

Excluíram-se as pessoas com defeito cognitivo, de acordo com o Mini-Mental State Examination, com o objectivo de evitar possíveis alterações nos resultados obtidos com as intervenções realizadas às pessoas identificadas com depressão ligeira.

OBJECTIVOS DO TRABALHO:

O objectivo deste trabalho de intervenção consiste em estabelecer com os utentes identificados, com depressão ligeira e sem defeito cognitivo, estratégias de intervenção terapêutica individualizada e sistematizada a fim de estabilizar ou reverter o seu quadro.

METODOLOGIA:

Numa primeira fase foi necessário aprofundar o conhecimento acerca de cada uma das pessoas que constituíram a amostra. Para isso procedeu-se a uma recolha de dados que teve por base a realização de entrevistas de enfermagem e as orientações preconizadas pelo Modelo Co-Activo para o Estudo de Caso. Nesta sequência, foi efectuado um Estudo de Caso, individualizado a cada um dos seis participantes, o que permitiu delinear um Plano Assistencial Genérico tendente à elaboração de Diagnósticos CIPE e à definição das respectivas intervenções de acordo com Sequeira. Numa segunda fase realizaram-se Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental, situadas ao nível de:

- Entrevistas de Ajuda inspiradas em Phaneuf e dirigidas, de modo sistemático e individualizado, a cada um dos

seis utentes que constituíram a amostra intencional, e que contribuíram para o estabelecimento de uma Relação de Ajuda com cada um deles;

- Ambiente Terapêutico (Físico e Sócio-Emocional);
- Grupo Terapêutico.

Por fim foi novamente aplicada a Escala de Depressão Geriátrica, aos participantes na amostra, com o intuito de avaliar se tinham ou não havido ganhos em saúde para aquelas pessoas.

RESULTADOS:

Através da comparação dos valores obtidos, no início e no final do estudo, pela aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage [et al.] (1983) de 30 pontos, às pessoas que constituíram a amostra, verificou-se que foi obtido um valor médio de melhoria de 5 pontos, com um desvio-padrão de 1,15 a variar num intervalo de 4 (valor mínimo de melhoria conseguida) e 7 (valor máximo de melhoria conseguida) pontos.

De um modo mais concreto, constatou-se que das 6 pessoas envolvidas, 3 passaram de “Depressão Ligeira” para “Ausência de Depressão”, e as outras 3 mantiveram-se na “Depressão Ligeira”, embora menos acentuada, de acordo com os pontos de corte definidos pelo instrumento usado.

CONCLUSÕES:

Com este trabalho procurou-se essencialmente contribuir, mesmo que de um modo muito ténue, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que aceitaram fazer parte da amostra que constituiu o estudo.

Por outro lado, pretendeu-se também consciencializar os Enfermeiros em geral e os Especialistas em Saúde Mental, de um modo mais particular, para a importância que as suas intervenções autónomas poderão ter na melhoria de pessoas com um quadro depressivo.

A realização deste trabalho não terá tido qualquer influência a nível nacional ou mesmo regional, mas terá sido importante para aquele Centro de Dia, e seguramente para as pessoas que aceitaram participar no seu desenvolvimento. Se através desta publicação, for possível motivar outros colegas a realizarem-no noutras Centros de Dia, o pequeno trabalho agora iniciado, poderá vir a ter uma importância e dimensão de muito maior alcance num futuro...

BIBLIOGRAFIA:

- BARRACLOUGH, Jennifer; GILL, David – **Bases da Psiquiatria Moderna.** 1^a ed. Lisboa: Climepsi, 1997. 286p. ISBN 972-97250-3-9;
- KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamim J.; GREBB, Jack A. – **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** 7^a ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002. 1169p. ISBN 85-7307-211-3;
- PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** 1^a ed. Loures: Lusociência, 2005. 633p. ISBN 972-8383-84-3;
- PORTUGAL - Plano Nacional de Saúde 2004-2010, em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html> consultado em 08/04/2010 ;
- ROACH, Sally – **Introdução à Enfermagem Gerontológica.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003. 351p. ISBN 85-277-0860-4;
- SEQUEIRA, Carlos – **Introdução à Prática Clínica.** 1^a ed. Coimbra: Quarteto, 2006. 234p. ISBN 989-558-083-5;
- TAYLOR, Cecelia M. – **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica: de Mereness.** 13^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 465p;
- TOWNSEND, Mary C. – Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados. 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 835p. CEP 20040-040;

CONTACTOS | CONTACTS

ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS QUE PERMITEM, NO ENVELHECIMENTO, ACRESCENTAR QUALIDADE AOS ANOS DE VIDA



Autor: Manuel Dias;

Orientadora da UCP: Mestre Sarreira Santos;

Orientadora do HSFX: Enfermeira Ana Simões;



OBJECTIVO: Estabelecer com os utentes identificados num Centro de Dia, com depressão ligeira e sem defeito cognitivo, estratégias de intervenção terapêutica individualizada e sistematizada a fim de estabilizar ou reverter o seu quadro.



METODOLOGIA: O trabalho que permitiu apresentar estes dados decorreu entre Setembro e Novembro de 2010.

Atendendo a que foi utilizada a GDS, decidiu-se excluir os utentes com menos de 65 anos de idade. Deste modo a População Alvo, para esta análise, correspondeu a 40 das 46 pessoas inscritas no Centro de Dia.

Foi identificado um quadro depressivo em 65% (26) destes utentes. Como o objectivo estabelecido visava os utentes com depressão ligeira e sem defeito cognitivo, e excluindo destes, quatro que por razões incontornáveis não participaram, obteve-se uma amostra intencional de seis utentes.

INTERVENÇÕES

• As ENTREVISTAS DE ENFERMAGEM permitiram:

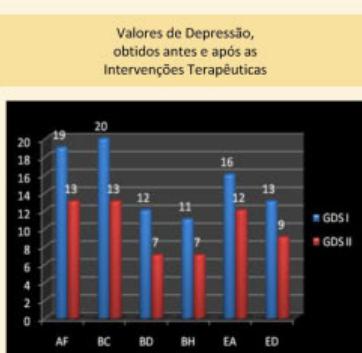
- ↳ Elaborar um Estudo de Caso por participante → **Maior Conhecimento da Pessoa** → Plano Assistencial Genérico → Diagnósticos CIPE → Intervenções (Áreas Prioritárias de Intervenção)
- ↳ Estabelecer com eles uma Relação de Ajuda
- ↳ Constituir um "Grupo Terapêutico"

• AMBIENTE TERAPÊUTICO

- ↳ Ambiente Físico
- ↳ Ambiente Sócio-Emocional

No final de todas as intervenções realizadas, foi novamente aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) de Yesavage [et al.] (1983) de 30 questões, com o intuito de avaliar se tinham ou não havido ganhos em saúde para os utentes que constituíram a amostra.

RESULTADOS:



Verificou-se que foi obtido um valor médio de melhoria de 5 pontos, com um desvio-padrão de 1,15 a variar num intervalo de 4 (valor mínimo de melhoria conseguida) e 7 (valor máximo de melhoria conseguida) pontos.

De um modo mais concreto, constatou-se que das 6 pessoas envolvidas, 3 passaram de "Depressão Ligeira" para "Ausência de Depressão", e as outras 3 mantiveram-se na "Depressão Ligeira", embora menos acentuada, de acordo com os pontos de corte definidos pelo instrumento usado.

CONCLUSÃO: Com a realização das Intervenções de Enfermagem referidas, procurou-se contribuir para uma melhoria da qualidade de vida das pessoas que aceitaram fazer parte da amostra que constituiu o estudo.

Através da elaboração deste Poster pretende-se consciencializar os Enfermeiros em geral e os Especialistas em Saúde Mental, de um modo mais particular, para a importância que as suas intervenções autónomas poderão ter na melhoria do quadro depressivo de uma determinada população idosa.

Bibliografia:

- BARRACLOUGH, Jennifer - GILL, David - *Baseis de Psiquiatria Moderna*, 1ª ed. Lisboa: Clímpesi, 1997. 286p. ISBN 972-87280-3-9;
KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. – *Compendio de Psiquiatria: Clínicas do Comportamento e Psiquiatria Clínica*, 7ª d. Porto Alegre: ARTMED, 2002. 1169p. ISBN 85-7307-211-3;
PHANEUF, Margot – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. 1ª ed. Loures: Lusociéncia, 2005. 633p. ISBN 972-8383-84-3;
PORTUGAL - Plano Nacional de Saúde 2004-2010, em <http://www.dossiende.minsaude.pt/pnsicapa.html> consultado em 08/04/2010 ;
ROACH, Sally – *Introdução à Enfermagem Gerontológica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003. 351p. ISBN 85-277-0860-4;
SEQUEIROS, Carlos – *Introdução à Prática Clínica*, 1ª ed. Coimbra: Quimero, 2006. 234p. ISBN 972-558-083-5;
TAYLOR, Cecilia M. – *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*: de Mereness, 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 465p;
TOWNSEND, Mary C. – *Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 836p. CEP 20040-040;
1. Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – UCP; DPSM do HSFX do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental;
2. Professora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;
3. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; DPSM do HSFX do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO: A EXPERIÊNCIA DE UM PROJECTO DE PREVENÇÃO NA ÁREA DO VIH/SIDA

FILIPA R. SANTOS, MARTA LUZ, RITA PIRES, MARIA EUGÉNIA SARAIVA, MARINA CARVALHO

LIGA PORTUGUESA CONTRA A SIDA

RESUMO | ABSTRACT

INTRODUÇÃO

Em Portugal, à semelhança do que acontece em outros países, assiste-se a uma tendência crescente da infecção VIH/SIDA na população acima dos 50 anos, sendo o contacto sexual desprotegido apontado como a principal via de transmissão (Dias et al., 2005). Neste contexto, a Liga Portuguesa Contra a Sida, no âmbito do Programa ADIS da CNSIDA, desenhou e implementou um projecto de prevenção inovador, designado "Conviver com Segurança e Prazer", que se caracterizou por uma intervenção integrada, ao nível da prevenção da transmissão do VIH/SIDA, orientada para as faixas etárias acima dos 45 anos.

OBJECTIVOS

Geral: Educar para a Saúde, promovendo a aquisição de conhecimentos e competências, que conduzam a comportamentos mais saudáveis.

Específicos:

- Contribuir para a detecção precoce do VIH/SIDA e controlo da infecção;
- Prevenir a transmissão do VIH e outras infecções sexualmente transmissíveis;
- Promover a mudança de crenças e atitudes face ao VIH/SIDA;
- Desenvolver estratégias de redução de comportamentos sexuais de risco;
- Aferir conhecimentos, comportamentos e crenças associadas ao VIH/SIDA.

METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO

A estratégia de intervenção centrou-se na difusão de informação, através de acções de promoção da saúde, actividades de capacitação dos destinatários com acesso a materiais informativos e preventivos, tendo em vista a sensibilização do público-alvo para escolhas mais conscientes e responsáveis do ponto de vista da saúde. A Educação pelos Pares foi a metodologia privilegiada para a mudança de comportamentos e atitudes dos destinatários.

A eficácia deste Programa de Educação pelos Pares foi testada ao longo de três anos (1 de Outubro de 2008 a 30 de Setembro de 2011). Para isso, foi aplicado um questionário em dois momentos diferentes, pré e pós intervenção, de modo a avaliar os resultados alcançados, ao nível dos conhecimentos sobre o VIH/SIDA, a percepção de risco e os comportamentos sexuais de risco.

Caracterização da amostra – Amostra de conveniência, constituída por 193 pessoas, 111 homens e 82 mulheres, frequentadores dos bailes da Ribeira. A totalidade dos participantes era residente em Portugal, sobretudo na área de Lisboa (84,5%), com idades entre os 45 e 80 anos ($M=58$; $SD=8,593$). A maioria era de nacionalidade portuguesa, do género masculino (57,5%) e estava reformada (65,3%). A maior parte tinha habilitações ao nível do 1º ciclo do Ensino Básico (48,7%) e era viúva (40,4%).

RESULTADOS

Após a intervenção os participantes revelaram mais conhecimentos sobre o VIH/SIDA, referiram ter maior preocupação com o risco de transmissão da infecção, revelaram utilizar mais vezes o preservativo em relações ocasionais, reconhecendo a importância da realização do teste para detecção precoce do vírus. Assim, a intervenção desenvolvida produziu efeitos importantes ao nível da consciencialização dos destinatários quanto à sua vulnerabilidade face ao VIH/SIDA, apesar dos constrangimentos sentidos na abordagem do tema da sexualidade, devido a mitos relacionados com a sexualidade e envelhecimento e crenças face ao VIH/SIDA.

CONCLUSÃO

Considera-se importante uma mudança de atitude na sociedade, devendo a sexualidade ser pensada nas várias etapas da vida. É necessário dar mais atenção à saúde sexual dos idosos, contrariando crenças e mitos associados à sexualidade e idade avançada.

É, por isso, fundamental o investimento em estratégias específicas de intervenção direcionadas a este público-alvo que (1) despertem para os riscos associados à transmissão do VIH e outras IST e que (2) promovam, quer o acesso a materiais preventivos, quer o acesso a informação e aconselhamento. Os profissionais de saúde têm um papel particularmente importante na abordagem de questões relacionadas com a sexualidade. Devem estar disponíveis para o diálogo com os pacientes sobre a vida sexual e promover o aconselhamento de modo a avaliar riscos e vulnerabilidades, orientando para práticas sexuais mais seguras e promovendo a realização de testes às IST, de modo a evitar diagnósticos tardios.

BIBLIOGRAFIA

Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT) (2005). A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2005. Doc. 135. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA)

Dias, A.; Fonseca, S.; Renca, P. & Silva, E. (2005). A Infecção VIH/SIDA na população com mais de 50 anos - Análise estatística da população com mais de 50 anos infectada em Portugal. VI Congresso Virtual da Sidanet

Schmid, G.; Williams, B.; Garcia-Calleja, J.M.; Miller, C.; Segar, E.; Southworth, M.; Tonyan, D.; Wacloff, J. & Scott, J. (2009, Mar.). The unexplored story of HIV and ageing. *Bulletin of the World Health Organization*, 87:162-162. Acedido Maio 7, 2009, em <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/3/09-064030/en/index.html>

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

Filipa Rodrigues dos Santos - Coordenadora Técnica / Psicóloga

Marta Luz - Técnica de animação sociocultural

Rita Pires - Técnica Superior de Serviço Social

Maria Eugénia Saraiva - Psicóloga Clínica

Marina Carvalho - Professora Associada, Directora do Departamento de Psicologia do Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes (ISMAT)

CONTACTOS | CONTACTS

Liga Portuguesa contra a SIDA

Rua do Crucifixo, 40-4ºEsq.

1100-177 Lisboa

Tlf: 213 225 576

Fax: 213 479 376

E-mail: info@ligacontrasida.org



SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO: A experiência de um projecto de prevenção na área do VIH/SIDA

Filipa R. Santos¹, Marta Luz², Rita Pires³, M^a Eugénia Saraiva⁴

Liga Portuguesa Contra a Sida, info@ligacontrasida.org

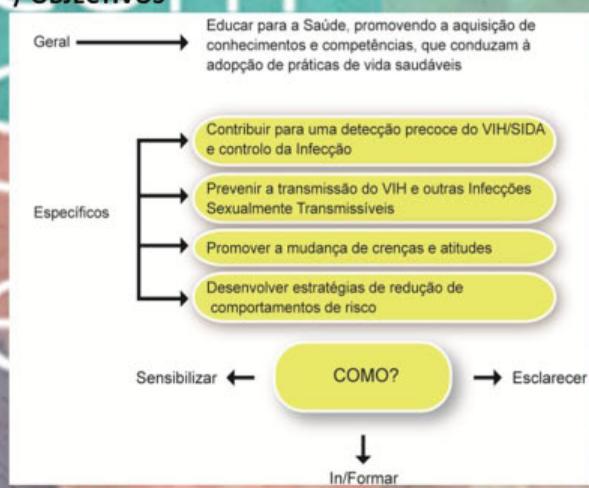
Orientadora: Marina Carvalho⁵

Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes / ULHT

/ INTRODUÇÃO

Em Portugal, à semelhança do que acontece em outros países, assiste-se a uma tendência crescente da Infecção VIH/SIDA na população acima dos 50 anos, sendo o contacto sexual desprotegido apontado como a principal via de transmissão. Neste contexto, a Liga Portuguesa Contra a Sida, no âmbito do Programa ADIS da CNSIDA, desenhou e implementou um projecto de prevenção inovador, designado "ConViver com Segurança e Prazer", que se caracterizou por uma intervenção integrada, ao nível da prevenção da transmissão da Infecção VIH/SIDA, orientada para as faixas etárias acima dos 45 anos.

/ OBJECTIVOS



/ METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A estratégia de intervenção centrou-se na difusão de informação, através de acções de promoção da saúde, actividades de capacitação dos destinatários com acesso a materiais informativos e preventivos, tendo em vista a sensibilização do público alvo para escolhas mais conscientes e responsáveis do ponto de vista da saúde. A *Educação pelos Pares* foi a metodologia privilegiada para a mudança de comportamentos e atitudes dos destinatários.

A eficácia deste Programa de Educação pelos Pares foi testada ao longo de três anos, tendo para isso sido aplicado um questionário, em dois momentos diferentes (pré e pós intervenção), de modo a avaliar os resultados alcançados, ao nível dos conhecimentos sobre o VIH/SIDA, a percepção de risco e os comportamentos sexuais de risco.

/BIBLIOGRAFIA

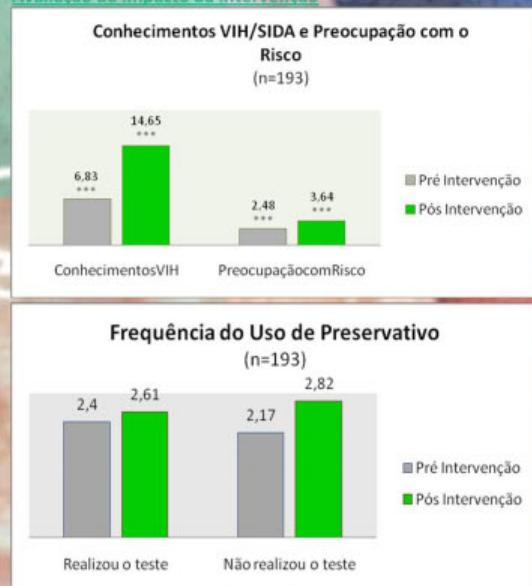
- Caetano, J. (2003) *Educação da Sexualidade. Na Prevenção da Sida*. In Sá, E. *Quero-te! Psicologia de Sexualidade*. Coimbra: Quarteto
- Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT) (2005). Infecção VIH/SIDA - A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2005. Doc. 135. Lisboa:: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
- Dias, A.; Fonseca, S.; Renca, P. & Silva, E. (2005). A Infecção VIH/SIDA na população com mais de 50 anos - Análise estatística da população com mais de 50 anos infectada em Portugal. VI Congresso Virtual da Sidonet
- Mansinho, K. (2012) O VIH no Idoso. *Palestra O Envelhecimento e a Sexualidade*. Departamento de Saúde Reprodutiva e SIDA da Associação de Estudantes da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (FCM-UNL), Mar.2012
- Schmid, G.; Williams, B.; Garcia-Calleja, J.M.; Miller, C.; Segar, E.; Southworth, M.; Tonyan, D.; Wacloff, J. & Scott, J. (2009, Mar.). The unexplored story of HIV and ageing. *Bulletin of the World Health Organization*, 87:162-162. Acedido Maio 7, 2009, em <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/3/09-064030/en/index.html>

/ RESULTADOS

Caracterização da amostra

Foram inquiridas 193 pessoas, 111 homens e 82 mulheres, frequentadores dos bailes da Ribeira. A totalidade dos participantes era residente em Portugal, sobretudo na área de Lisboa (84,5%), com idades entre os 45 e 80 anos (M=58; SD=8,593). A maioria era de nacionalidade portuguesa, do género masculino (57,5%) e estava reformada (65,3%). A maior parte tinha habilitações ao nível do 1º ciclo do Ensino Básico (48,7%) e era viúva (40,4%).

Avaliação do impacto da intervenção



/ CONCLUSÃO

Após a intervenção os participantes revelaram:

- Mais conhecimentos sobre o VIH/SIDA;
- Maior preocupação com o risco de transmissão da infecção;
- Aumento da frequência do uso do preservativo.

A intervenção desenvolvida produziu efeitos importantes ao nível da consciencialização dos destinatários quanto à sua vulnerabilidade face ao VIH/SIDA, apesar dos constrangimentos sentidos na abordagem do tema, devido a mitos relacionados com a sexualidade e envelhecimento e crenças face ao VIH/SIDA. Considera-se, assim, fundamental o investimento em estratégias específicas de intervenção direcionadas a este público-alvo que (1) despertem para os riscos associados à transmissão do VIH e outras IST e que (2) promovam, quer o acesso a materiais preventivos, quer o acesso a informação e aconselhamento.

CUIDADORES INFORMAIS: NECESSIDADES E APOIOS

MARIA LAURÊNCIA GEMITO, MARIA VITÓRIA CASAS-NOVAS, ERMELINDA CALDEIRA BATANETE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

RESUMO | ABSTRACT

Introdução:

O conceito de Cuidador informal é descrito por Figueiredo (2007: 103) como “familiares, amigos, vizinhos ou voluntários que prestam cuidados de forma não remunerada”. Cuidado informal é a prestação de cuidados por parte da família, amigos e vizinhos a pessoas dependentes, os quais não recebem remuneração económica por essa ajuda que prestam (Lage 2005).

De entre os cuidadores informais considera-se cuidador primário ou principal aquele sobre quem recai a responsabilidade absoluta de supervisão, orientação ou que cuida diretamente da pessoa que necessita de cuidados, ou seja, é aquele que realiza e é responsável pela maior parte dos cuidados (Sequeira 2007). Ainda segundo este autor, o cuidador principal, além de ser aquele que proporciona a maior parte dos cuidados e sobre quem recai a responsabilidade, não é remunerado.

A família ao assumir a responsabilidade da prestação de cuidados, evidencia a sua importância no papel de suporte ao idoso dependente.

Ainda que o cuidador familiar seja reconhecido como um recurso, esta questão não deixa de ser preocupante, pelos próprios se confrontarem frequentemente com necessidades e problemas, inerentes à sua condição de prestador de cuidados. A evidência reconhece estas implicações para a vida familiar, mais concretamente para o cuidador principal. Cuidar de idosos pode acarretar custos emocionais, sociais e financeiros.

Objetivos:

Identificar os problemas/dificuldades com que se confrontam os familiares que cuidam de idosos;

Identificar as ajudas/apoio externo que os familiares recebem na prestação de cuidados ao idoso.

Metodologia:

Estudo descritivo, cuja população alvo foram cuidadores informais de idosos do distrito de Évora, tendo-se recorrido à amostragem em bola de neve. A amostra foi composta por 366 familiares cuidadores de idosos. Como instrumento de recolha de dados optou-se pelo inquérito por questionário. Relativamente à percepção das principais alterações/dificuldades que ocorreram pelo facto de cuidar/coabitar com o familiar idoso, composta por 11 itens, foi testada a consistência interna das escalas, procedendo-se ao cálculo do Alpha de Cronbach (0,816). Procedeu-se ao tratamento estatístico descritivo dos dados mediante a utilização do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) 18.0. Todos os procedimentos éticos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato) foram cumpridos, conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Resultados:

Os familiares cuidadores de idosos que integraram a pesquisa (366), caracterizam-se essencialmente por serem na sua maioria do sexo feminino (88%) e terem uma idade média de 54 anos, compreendida entre os 24 e os 84 anos, embora metade tenha mais de 55 anos. A maioria dos familiares, quanto ao estado civil, são pessoas casadas ou vivem em união de facto (73,5%), seguindo-se as pessoas viúvas (12%), solteiras (10,7%) e divorciadas ou separadas

(3,8%) e caracterizam-se também por viverem maioritariamente em agregados compostos por 3 elementos (41,3%), sendo as famílias compostas por 2 elementos as que apresentam menor expressão (13,7%) e as famílias mais numerosas, com 5 ou mais elementos, correspondem a 17,5%. No que diz respeito à situação profissional, a maior parte destas pessoas trabalham por conta de outrem (33,6%) ou estão reformadas (30,3%). Às pessoas que neste momento não desenvolvem nenhuma atividade profissional (desempregados, domésticas e reformados), corresponde um valor superior a mais de metade dos familiares (54,9%).

Da totalidade dos familiares inquiridos 65,8% recebem apoio de instituições formais da comunidade para cuidar dos idosos. Os familiares que não recebem apoio nenhum referem que é essencialmente por não necessitarem ou porque, apesar de lhes ser útil, ainda não o solicitaram.

Os problemas/dificuldades mais referidos pelos cuidadores, relacionam-se com as atividades de descanso e lazer (35,6%), organização do dia-a-dia da família (23,5%), dificuldades económicas (21,9%) e conciliação da vida familiar/profissional (20,8%).

No que concerne às instituições formais que prestam ajuda a estes cuidadores salienta-se o Centro de Saúde (28,4%), Segurança Social (25,4%) e Bombeiros Voluntários (20,5%).

Os apoios prestados por estas instituições são essencialmente cuidados de enfermagem (40,2%), ajudas económicas (26,8%), cuidados médicos (26%) e transporte do idoso (21,3%). De referir que 34,2% dos familiares inquiridos não recebe nenhum tipo de ajuda ou apoio institucional.

Principais conclusões:

Os cuidadores informais caracterizam-se essencialmente por serem mulheres, elas próprias quase a atingir a idade em que são consideradas idosas. As necessidades de descanso e lazer, as questões financeiras e a gestão do dia-a-dia, consubstanciam-se como as mais afetadas pela situação de cuidador. Mais de metade dos familiares inquiridos recorre ao apoio de instituições formais da comunidade, essencialmente para prestação de cuidados de saúde (enfermagem e médicos) e ajudas económicas.

Palavras-chave: Família; Idosos; Cuidadores informais

Referências:

- CARRILHO, Maria José; PATRÍCIO, Lurdes (2009) A Situação Demográfica Recente em Portugal, in INE, **Revista de Estudos Demográficos, 46**
- CONNIDIS, Ingrid Arnet (2009) **Family Ties and Aging**, 2^a ed., London: SAGE Publications, Inc
- FIGUEIREDO, Daniela (2007) **Cuidadores Familiares ao Idoso Dependente**, Lisboa: Climepsi Editores
- GIL, Ana Paula Martins (2010) **Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência**, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- LAGE, Isabel (2005) "Cuidados familiares a Idosos", in Constança Paul e António M. Fonseca (coord.), **Envelhecer em Portugal**, Lisboa: Climepsi Editores
- MESTHENEOS, E.; TRIANTAFILLOU, J. (2005) **Supporting Family Carers of Older People in Europe – The Pan-European Background Report**, Münster: Lit Verlag
- PIMENTEL, Luísa (2005) **O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias**, 2^aed., Coimbra: Quarteto
- SEQUEIRA, Carlos A. C. (2010) **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**, Lisboa: Lidel, Edições Técnicas Lda.
- SEQUEIRA, Carlos (2007) **Cuidar de Idosos Dependentes**, Coimbra: Quarteto
- WACKER, Robbyn R.; Roberto, Karen A. (2008) **Community Resources for Older Adults - Programs and Services in an Era of Change**, 3^a ed., London: SAGE Publications, Inc

Maria Laurêncio Gemitto – Prof. Adjunta na UÉ/ESESJD, Doutora em Sociologia

Maria Vitória Casas-Novas - Prof. Adjunta na UÉ/ESESJD, Mestre em Ecologia Humana

Ermelinda Caldeira Batanete - Prof. Adjunta na UÉ/ESESJD, Doutoranda em Ciências de Enfermagem

CONTACTOS | CONTACTS

Maria Laurêncio Gemitto – mlpg@uevora.pt

Maria Vitória Casas-Novas - mvcn@uevora.pt

Ermelinda Caldeira Batanete - eb@uevora.pt

OS MUITO IDOSOS: ESTUDO DO ENVELHECIMENTO EM COIMBRA

ROGÉRIO RODRIGUES, ZAIDA AZEREDO, LUIS LOUREIRO, SILVIA TAVARES DA SILVA, SANDRINA CRESPO
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA | UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - ENFERMAGEM

RESUMO | ABSTRACT

Introdução:

No cenário de transição demográfica, com implicações em todas as áreas da vida social, mas em que ao mesmo tempo se assume como dever ético reduzir as desigualdades de acesso a bens e serviços, surge como imperativo social a necessidade de adequar as respostas de cuidados e serviços de saúde a uma população idosa cada vez mais significativa colaborando no esforço de responder às suas carências/necessidades e expectativas.

Assim, o projecto "Os muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra" resulta da parceria entre a ESEnfC (UICISA-E) e os Centros de Saúde do Concelho de Coimbra - Administração Regional de Saúde do Centro, partindo da população idosa, com 75 e mais anos, inscrita nos Centros de Saúde.

Objectivos:

O objetivo geral, é avaliar a utilização e a necessidade sentida de serviços de saúde e de apoio social pelos idosos, em função da sua capacidade funcional.

Os objetivos específicos são: avaliar o estado funcional em cinco áreas (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária); e avaliar a utilização e necessidade sentida de 23 serviços na população idosa.

Perfis Funcionais (Sistema de 32 perfis)				
1- S E M F A	Sem incapacidade	17- S E M F A		
2- S E M F A		18- S E M F A		
3- S E M F A		19- S E M F A		
4- S E M F A		20- S E M F A		
5- S E M F A		21- S E M F A		Incapacidade em 3 áreas
6- S E M F A		22- S E M F A		
7- S E M F A		23- S E M F A		
8- S E M F A		24- S E M F A		
9- S E M F A		25- S E M F A		
10- S E M F A		26- S E M F A		
11- S E M F A	Incapacidade em 2 áreas	27- S E M F A		
12- S E M F A		28- S E M F A		
13- S E M F A		29- S E M F A		
14- S E M F A		30- S E M F A		
15- S E M F A		31- S E M F A		
16- S E M F A		32- S E M F A		Incapacidade em 5 áreas

S- Recursos sociais E- Recursos económicos M- Saúde mental F- Saúde física A- Atividades de vida diária

OARS/QAFMI – Grupo de Serviços	
Serviços de saúde	Serviços gerais de apoio
Consultas médicas	Serviços de cuidados pessoais
Dispositivos de apoio e próteses	Supervisão contínua
Serviços de saúde mental	Serviços de monitorização
Psicofármacos (medicamentos psicotrópicos)	Serviços domésticos
Cuidados de enfermagem	Preparação de refeições
Fisioterapia	Serviços administrativos, legais e de proteção
Serviços de avaliação e coordenação	Serviços de apoio económico
Serviços de coordenação, informação e apoio	Ajuda económica em geral
Avaliação sistemática multidimensional	Ajuda para compra de comida
Serviços sociais e recreativos	Serviços não classificados
Serviços sociais/recreativos	Transporte
Viagens dirigidas a idosos	Serviços de emprego
Desporto	Preparação para as actividades de vida diária
	Serviços de realojamento

Metodologia de Investigação:

Metodologia Quantitativa tendo por base a aplicação do QAFMI/OARS (Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos / Older Americans Resources and Services). Este instrumento multidimensional, foi desenvolvido especificamente para idosos, auxiliando na identificação de problemas e orientando intervenções. A amostra, probabilística e estratificada é constituída por indivíduos com 75 anos ou mais, inscritos nos Centro de Saúde do Concelho de Coimbra, procurando atingir 10% da população total (n=1128).

Resultados:

Da implementação do projeto deverão surgir resultados inovadores em duas áreas: junto dos técnicos dos Centros de Saúde (com a demonstração da necessidade de avaliação multidimensional como pressuposto a uma boa prática clínica dirigida aos mais idosos) e junto dos decisores das políticas de saúde (fornecendo dados que conjugando capacidade funcional e a utilização de serviços permitirão a adequação de recursos em função das necessidades detetadas).

Nível de funcionamento	Recursos Sociais	Recursos Económicos	Saúde Mental	Saúde Física	Actividades de Vida Diária (AVD)
1. Muito Bom	Recursos sociais muito bons As suas relações sociais são muito satisfatórias e amplas; pelo menos uma pessoa o cuidaria indefinidamente	Recursos económicos muito bons Os seus rendimentos são amplos; o sujeito tem economias	Saúde mental muito boa Intelectualmente alerta gozando claramente a vida. Controla com facilidade o quotidiano e os problemas graves da vida e não apresenta sintomas psiquiátricos	Saúde física muito boa Ocupa-se de actividades físicas vigorosas, regularmente ou pelo menos de vez em quando	Capacidade para as AVD muito boa Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda e com facilidade

Nível de funcionamento	Recursos Sociais	Recursos Económicos	Saúde Mental	Saúde Física	Actividades de Vida Diária (AVD)
2. Bom	Recursos sociais bons As suas relações sociais são moderadamente satisfatórias e adequadas e pelo menos uma pessoa o cuidaria indefinidamente; Ou: As relações sociais são muito satisfatórias e amplas e só teria disponível uma ajuda temporária	Recursos económicos bons Rendimentos amplos; o sujeito não tem economias; Ou: Rendimentos suficientes; o sujeito tem economias	Saúde mental boa Controla tanto o quotidiano como os problemas graves da vida satisfatoriamente e intelectualmente está intacto e livre de sintomas psiquiátricos	Saúde física boa Insignificantes doenças ou incapacidades. Apenas requer cuidados médicos de rotina como avaliação (check up) anual	Capacidade para as AVD boa Pode realizar todas as atividades da vida diária sem ajuda
3. Ligeiramente Insatisfatório	Recursos sociais ligeiramente insatisfatórios As suas relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; pelo menos uma pessoa o/a cuidaria indefinidamente; Ou: As relações sociais são moderadamente satisfatórias, adequadas e apenas disporia de ajuda por um período curto de tempo	Recursos económicos ligeiramente insatisfatórios Rendimentos suficientes; o sujeito não tem economias; Ou: Rendimentos algo insuficientes; o sujeito tem economias	Saúde mental ligeiramente insatisfatória Tem ligeiros sintomas psiquiátricos e/ou ligeiro deterioro intelectual. Controla o quotidiano mas não satisfatoriamente os problemas graves da sua vida	Saúde física ligeiramente insatisfatória Tem uma ou mais doenças que podem beneficiar de tratamento médico ou de medidas corretivas	Capacidade para as AVD ligeiramente insatisfatória Só não realiza de uma a três AVD. Requer alguma ajuda para de uma a três AVD, mas não necessariamente todos os dias. Pode passar um dia sem ajuda. É capaz de preparar as suas próprias refeições
4. Moderadamente Insatisfatório	Recursos sociais moderadamente insatisfatórios As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; só dispõe de ajuda por um período curto de tempo; Ou: As relações sociais são pelo menos ajustadas ou satisfatórias, mas a ajuda só seria possível de vez em quando	Recursos económicos moderadamente insatisfatórios Rendimentos um pouco insuficientes; o sujeito não tem economias	Saúde mental moderadamente insatisfatória Tem sintomas psiquiátricos definidos e/ou um moderado deterioro intelectual. Controla o quotidiano e é capaz tomar decisões com senso comum, mas incapaz de lidar com os problemas graves da sua vida	Saúde física moderadamente insatisfatória Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são dolorosas ou requerem considerável tratamento médico	Capacidade para as AVD moderadamente insatisfatória Requer assistência regular em pelo menos quatro AVD mas pode passar um dia sem ajuda; Ou: Requer ajuda regular para a preparação das refeições

Nível de funcionamento	Recursos Sociais	Recursos Económicos	Saúde Mental	Saúde Física	Actividades de Vida Diária (AVD)
5. Fortemente Insatisfatório	Recursos sociais fortemente insatisfatórios As relações são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda só seria possível de vez em quando; Ou: As relações sociais são pelo menos satisfatórias ou adequadas; mas a ajuda não é sequer disponível de vez em quando	Recursos económicos fortemente insatisfatórios Rendimentos totalmente insuficientes; o sujeito pode ter ou não ter economias	Saúde mental fortemente insatisfatória Tem sintomas psiquiátricos graves e/ou um grave deterioro intelectual que interfere com os juízos e decisões do quotidiano	Saúde física fortemente insatisfatória Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são fortemente dolorosas ou ameaçam a sua vida, ou que requerem amplo tratamento médico	Capacidade para as AVD fortemente insatisfatória Necessita ajuda diária mas não necessariamente todo o dia ou noite com muitas AVD
6. Totalmente Insatisfatório	Recursos sociais totalmente insatisfatórios As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda não é sequer disponível de vez em quando	Recursos económicos totalmente insatisfatórios O sujeito é indigente, sem rendimentos ou economias	Saúde mental totalmente insatisfatória Manifestamente psicótico ou completamente deteriorado intelectualmente. Requer supervisão periódica ou constante devido ao seu comportamento claramente anormal ou potencialmente nocivo	Saúde física totalmente insatisfatória Acamado e requer permanente assistência médica ou cuidados de enfermagem para manter as funções vitais do organismo	Capacidade para as AVD completamente insatisfatória Necessita ajuda durante todo o dia e/ou noite para realizar as AVD

Conclusões:

Os resultados do estudo serão divulgados junto das entidades de saúde e apoio social, com vista à adequação do planeamento às necessidades reais, e sentidas, da população alvo. Pretende-se, ainda, fomentar a discussão pública e científica, com divulgação dos resultados, bem como contribuir para a melhoria das práticas profissionais. No futuro, utilizando a mesma metodologia, pretende-se conjugar a avaliação da funcionalidade e a utilização e necessidade sentida de serviços, pelos idosos, com a análise das atividades, processos e/ou estruturas em termos de custos; e a análise do impacto do género como determinante de saúde no envelhecimento.

Referências Bibliográficas

- Rodrigues, R. M. C. (2007). Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional para idosos. Revista Panamericana de Salud Pública, 23(2): 109-15.
- Rodrigues, R. M. C. (2009). Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços. Coimbra: Mar da Palavra.
- Rodrigues, R., Loureiro, L., Silva, S., & Azeredo, Z. (2011). The oldest old: Coimbra ageing study project. In Abstract Book of the Conference of the Centre for Ageing Research and Development in Ireland (CARDI), Ageing Globally- Ageing Locally, p.96.

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

Rogério Rodrigues - Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Doutor em Ciências de Enfermagem, ICBAS - Universidade do Porto; Mestre em Saúde Pública, Faculdade de Medicina; Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública; Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (ESEnfC); Investigador Principal no Projeto de Investigação "PTDC/CS-SOC/114895/2009"

Zaida Azeredo - Licenciada em Medicina pela Faculdade de Medicina do Porto, Mestre em Gerontologia Social Aplicada pela Universidade de Barcelona, Doutorada em Saúde Comunitária pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar no Porto (ICBAS), Médica de Clínica Geral/ Medicina Familiar no Porto

Luis Loureiro - Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Doutor em Saúde Mental, ICBAS – Universidade do Porto; Mestre em Psiquiatria pelo Instituto Superior Miguel Torga; Licenciatura em Serviço Social pelo Instituto Superior Miguel Torga; Investigador no Projeto "PTDC/CS-SOC/114895/2009"

Silvia Tavares da Silva - Doutoranda em Investigação Aplicada em Medicina Preventiva, Saúde Pública e Cirurgia, departamento de Psiquiatria, Radiologia e Saúde Pública da Universidade de Santiago de Compostela; ACeS EDV II- UCCOAz; Professor Adjunto convidado na Escola Superior de Saúde do Instituto Piaget de Viseu; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde- Enfermagem – Coimbra)

Sandrina Crespo - Bolsa de Investigação na Unidade Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) no Projeto "PTDC/CS-SOC/114895/2009"; Licenciatura em Enfermagem pelo Instituto Jean Piaget de Viseu

CONTACTOS | CONTACTS

Rogério Manuel Clemente Rodrigues - rogerio@esenfc.pt

Zaida Azeredo - zaida.azeredo@gmail.com

Luis Loureiro - luisloureiro@esenfc.pt

Silvia Tavares da Silva - sylviatavares@hotmail.com

Sandrina Crespo - sandrina@esenfc.pt

Rodrigues RMC¹ - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - rogerio@esenfc.pt; Azeredo ZAS² - Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar - zaida.azeredo@gmail.com; Loureiro LMF³ - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - luisloureiro@esenfc.pt; Silva SM⁴ - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem - sylviatavares@hotmail.com; Crespo SSS⁵ - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem - sandrina@esenfc.pt.

Avaliação da funcionalidade

Os muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra

(PTDC/CS-SOC/114895/2009)

Problema de Investigação

No cenário de transição demográfica, com implicações em todas as áreas da vida social, mas em que ao mesmo tempo se assume como dever ético reduzir as desigualdades de acesso a bens e serviços, surge como imperativo social a necessidade de adequar as respostas de cuidados e serviços de saúde a uma população idosa cada vez mais significativa colaborando no esforço de responder às suas carências/necessidades e expectativas.

Metodologia de Investigação

Metodologia Quantitativa tendo por base a aplicação do QAFMI/OARS (Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos / *Older Americans Resources and Services*). Este instrumento multidimensional, foi desenvolvido especificamente para idosos, auxiliando na identificação de problemas e orientando intervenções. A amostra, probabilística e estratificada é constituída por inviduos com 75 anos ou mais, inscritos nos Centro de Saúde do Concelho de Coimbra, procurando atingir 10% da população total (n=1128).

Objetivos

O objetivo geral, é avaliar a utilização e a necessidade sentida de serviços de saúde e de apoio social pelos idosos, em função da sua capacidade funcional. Os objetivos específicos são: avaliar o estado funcional em cinco áreas (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária); e avaliar a utilização e necessidade sentida de 23 serviços na população idosa.

Referências Bibliográficas:
 - Rodrigues, R. M. C. (2007). Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
 - Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional para idosos. Revista Panamericana de Medicina, 13(1), 1-10.
 - Rodrigues, R. M. C. (2009). Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços. Coimbra: Mar da Palavra.
 - Rodrigues, R., Loureiro, L., Silva, S., & Azeredo, Z. (2011). The oldest old: Coimbra ageing study project. In Abstract Book of the Conference of the Centre for Ageing Research and Development in Ireland (CARD), Ageing Globally- Ageing Locally, p.96.

1- S E M F A	Sem incapacidades	17- S E M F A
2- S E M F A		18- S E M F A
3- S E M F A		19- S E M F A
4- S E M F A		20- S E M F A
5- S E M F A	Incapacidade em 1 área	21- S E M F A
6- S E M F A		22- S E M F A
7- S E M F A		23- S E M F A
8- S E M F A		24- S E M F A
9- S E M F A		25- S E M F A
10- S E M F A		26- S E M F A
11- S E M F A	Incapacidade em 2 áreas	27- S E M F A
12- S E M F A		28- S E M F A
13- S E M F A		29- S E M F A
14- S E M F A		30- S E M F A
15- S E M F A		31- S E M F A
16- S E M F A		32- S E M F A

S- Recursos sociais E- Recursos económicos M- Saúde mental F- Saúde física A- Atividades de vida diária

Serviços de saúde	Serviços de apoio geral
Consultas médicas	Serviços de cuidados pessoais
Dispositivos de apoio e próteses	Supervisão contínua
Serviços de saúde mental	Serviços de monitorização
Psicofármacos (medicamentos psicotrópicos)	Serviços domésticos
Cuidados de enfermagem	Preparação de refeições
Fitoterapia	Serviços administrativos, legais e de proteção
Serviços de avaliação e coordenação	Serviços de apoio económico
Serviços de coordenação, informação e apoio	Ajuda económica em geral
Avaliação sistemática multidimensional	Ajuda para compra de comida
Serviços não classificados	Serviços sociais e recreativos
Transporte	Serviços sociais/recreativos
Preparações de emprego	Viagens dirigidas a idosos
Preparações para as atividades de vida diária	Desporto
Serviços de realojamento	

Resultados

Da implementação do projeto deverão surgir resultados inovadores em duas áreas: junto dos técnicos dos Centros de Saúde (com a demonstração da necessidade de avaliação multidimensional como pressuposto a uma boa prática clínica dirigida aos mais idosos) e junto dos decisores das políticas de saúde (fornecendo dados que conjugando capacidade funcional e a utilização de serviços permitirão a adequação de recursos em função das necessidades detetadas).

Nível de funcionamento	Recursos Sociais	Recursos Económicos	Saúde Mental	Saúde Física	Atividades de Vida Diária (AVD)
1. Muito Bom	Recursos sociais muito bons As suas relações sociais são muito satisfatórias e amplas; pelo menos uma pessoa o cuidaria indefinidamente	Recursos económicos muito bons Os seus rendimentos são amplos; o sujeito tem economias	Saúde mental muito boa Intellectualmente alerta gozando claramente a vida. Controlo com facilidade o quotidiano e os problemas graves da vida e não apresenta sintomas psiquiátricos	Saúde física muito boa Ocupa-se de atividades físicas vigorosas, regularmente ou pelo menos de vez em quando	Capacidade para as AVD muito boa Pode realizar todas as atividades da vida diária sem ajuda e com facilidade
2. Bom	Recursos sociais bons As suas relações sociais são moderadamente satisfatórias e adequadas e pelo menos uma pessoa o cuidaria indefinidamente; <i>Ou:</i> As relações sociais são muito satisfatórias e amplas e só teria disponível uma ajuda temporária	Recursos económicos bons Rendimentos amplos; o sujeito não tem economias; <i>Ou:</i> Rendimentos suficientes; o sujeito tem economias	Saúde mental boa Controlo tanto o quotidiano como os problemas graves da vida e satisfactoriamente e intelectualmente está intacto e livre de sintomas psiquiátricos	Saúde física boa Insignificantes doenças ou incapacidades. Apenas requer cuidados médicos de rotina como avaliação (check up) anual	Capacidade para as AVD boa Pode realizar todas as atividades da vida diária sem ajuda
3. Ligeiramente Insatisfatório	Recursos sociais ligeiramente insatisfatórios As suas relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; pelo menos uma pessoa a/á cuidaria indefinidamente; <i>Ou:</i> As relações sociais são moderadamente satisfatórias, adequadas e apesar da ajuda só seria possível por um período curto de tempo	Recursos económicos ligeiramente insatisfatórios Rendimentos suficientes; o sujeito não tem economias; <i>Ou:</i> Rendimentos algo insuficientes; o sujeito tem economias	Saúde mental ligeiramente insatisfatória Tem ligeiros sintomas psiquiátricos e/ou ligeiro deterioro intelectual. Controlo o quotidiano mas não satisfactoriamente os problemas graves da sua vida	Saúde física ligeiramente insatisfatória Tem uma ou mais doenças que podem beneficiar de tratamento médico ou de medidas correctivas	Capacidade para as AVD ligeiramente insatisfatória Só não realiza de uma a três AVD. Requer alguma ajuda para de uma a três AVD, mas não necessariamente todos os dias. Pode passar um dia sem ajuda. É capaz de preparar as suas próprias refeições
4. Moderadamente Insatisfatório	Recursos sociais moderadamente insatisfatórios As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; só dispõe de ajuda por um período curto de tempo; <i>Ou:</i> As relações sociais são pelo menos ajustadas ou satisfatórias, mas a ajuda só seria possível de vez em quando	Recursos económicos moderadamente insatisfatórios Rendimentos um pouco insuficientes; o sujeito não tem economias	Saúde mental moderadamente insatisfatória Tem sintomas psiquiátricos definidos e/ou um moderado deterioro intelectual. Controlo o quotidiano e é capaz tomar decisões com seu comum, mas incapaz de lidar com os problemas graves da sua vida	Saúde física moderadamente insatisfatória Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são dolorosas ou requerem considerável tratamento médico	Capacidade para as AVD moderadamente insatisfatória Requer assistência regular em pelo menos quatro AVD mas pode passar um dia sem ajuda; <i>Ou:</i> Requer ajuda regular para a preparação das refeições
5. Fortemente Insatisfatório	Recursos sociais fortemente insatisfatórios As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda só seria possível de vez em quando; <i>Ou:</i> As relações sociais são pelo menos satisfatórias ou adequadas; mas a ajuda não é sequer disponível de vez em quando	Recursos económicos fortemente insatisfatórios Rendimentos totalmente insuficientes; o sujeito pode ter ou não ter economias	Saúde mental fortemente insatisfatória Tem sintomas psiquiátricos graves e/ou um grande deterioro intelectual que interfere com os juízos e decisões do quotidiano	Saúde física fortemente insatisfatória Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são fortemente dolorosas ou ameaçam a sua vida, ou que requerem amplo tratamento médico	Capacidade para as AVD fortemente insatisfatória Necessita ajuda diária mas não necessariamente todo o dia ou noite com muitas AVD
6. Totalmente Insatisfatório	Recursos sociais totalmente insatisfatórios As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda não é sequer disponível de vez em quando	Recursos económicos totalmente insatisfatórios O sujeito é indigente, sem rendimentos ou economias	Saúde mental totalmente insatisfatória Manifestamente psicótico ou completamente deteriorado intelectualmente. Requer supervisão ou constante devido ao seu comportamento claramente anormal ou potencialmente nocivo	Saúde física totalmente insatisfatória Acamado e requer permanente assistência médica ou cuidados de enfermagem para manter as funções vitais do organismo	Capacidade para as AVD completamente insatisfatória Necessita ajuda durante todo o dia e/ou noite para realizar as AVD

¹ Rogério Rodrigues - Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Doutor em Ciências de Enfermagem, ICBAS - Universidade do Porto, Mestrado em Saúde Pública, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Mestrado em Gestão da Saúde Aplicada pela Universidade de Coimbra, Doutorado em Saúde Comunitária pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar no Porto (ICBAS); Mestrado em Clínico Geral / Medicina Familiar e Português da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

² Luisa Loureiro - Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Doutor em Gestão da Saúde Aplicada pela Universidade de Coimbra, Mestrado em Gestão da Saúde Aplicada pela Universidade de Coimbra, Doutor em Enfermagem, ICBAS - Universidade do Porto, Mestrado em Enfermagem Aplicada em Medicina Preventiva, Saúde Pública e Cuidados, departamento de Enfermagem, Radiologia e Saúde Pública da Universidade de Santiago de Compostela, ECFM EDV II - UCCoM, Professor Adjunto conselheiro na Escola Superior de Saúde da Universidade de Santiago de Compostela, Investigadora no Projeto "PTDC/CS-SOC/114895/2009".

³ Sílvia Silva - Doutoranda em Investigação Aplicada em Medicina Preventiva, Saúde Pública e Cuidados, departamento de Enfermagem, Radiologia e Saúde Pública da Universidade de Santiago de Compostela.

⁴ Sandra Crespo - Bolsista de Investigação na Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UCISA-E) no Projeto "PTDC/CS-SOC/114895/2009", Licenciatura Enfermagem pelo Instituto Pingo de Vime.

REVISÃO BIBLIOMÉTRICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS EM PORTUGAL

MARIA MANUELA MELO, BEATRIZ ARAÚJO, JOÃO COSTA AMADO

UNIVERSIDADE DO MINHO | UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

RESUMO | ABSTRACT

A população idosa em Portugal, tal como na grande maioria dos países, tem vindo a aumentar.

O envelhecimento faz parte do ciclo de vida de todos os seres vivos, existindo, no entanto, diferenças na forma de como se envelhece. Este processo é condicionado geneticamente, por estilos de vida, pela situação económica e social de cada um.

Em Portugal o envelhecimento regista uma assimetria geográfica coincidente com a desigualdade socioeconómica, demarcando, assim, uma zona litoral pouco envelhecida, uma zona interior muito envelhecida e uma zona intermédia medianamente envelhecida (Costa, 2006).

Em 1980, Portugal apresentava uma população menos envelhecida do que a maioria dos atuais países da EU 27. Hoje é um dos países mais envelhecidos do espaço europeu e, como tal, do mundo (Rosa, 2012).

Em 2002 a OMS apresentou o conceito de envelhecimento ativo, o qual envolve aspetos relacionados com a saúde, com os fatores socioeconómicos, psicológicos e ambientais. Pretende que os idosos participem na sociedade, na cultura, na economia e engloba para além dos aspetos civis os espirituais (Ribeiro & Paúl, 2011).

O ano 2012 foi considerado pelo Parlamento Europeu e pela Comissão Europeia o Ano Europeu do Envelhecimento ativo e da solidariedade das gerações e tem como objetivos: sensibilizar os cidadãos Europeus para o desafio que representa o envelhecimento acelerado da população; promover um ambiente favorável ao envelhecimento; e encontrar novas soluções que permitam transformar o envelhecimento numa oportunidade.

Os idosos são os maiores consumidores de cuidados de saúde tanto a nível ambulatório como hospitalar, mas, para além de todos estes problemas físicos, surge a solidão com a perda de contactos familiares e sociais, carência de recursos económicos, de suporte social e perda de autonomia (Costa, 2006).

Os homens vivem menos tempo que as mulheres, com uma diferença, aproximada, de seis anos, contudo, os homens apresentam menos morbilidade e dependência ao longo da sua vida. As mulheres vivem mais anos mas mais doentes, mais pobres e mais discriminadas (Ribeiro & Paúl, 2011).

A dificuldade de apoio familiar, quando os idosos se tornam mais dependentes, a falta de suporte social e as dificuldades económicas, faz com que muitas vezes os idosos tenham que recorrer à sua institucionalização.

OBJECTIVO:

Analizar a produção científica realizada em Portugal sobre o estado nutricional dos idosos.

METODOLOGIA:

Este trabalho é um estudo bibliométrico, descritivo e retrospectivo sobre as teses publicadas na área de investigação dos idosos em Portugal, no âmbito dos cursos de mestrado e doutoramento, até Junho de 2012.

Foi utilizado o seguinte descritor: o estado nutricional de idosos em Portugal.

Para o tratamento de dados utilizou-se a estatística descritiva simples.

RESULTADOS:

Dos vinte e um trabalhos encontrados, dezanove reportavam-se ao curso de mestrado e dois ao curso de doutoramento.

De todos os trabalhos analisados cinco obedeciam aos critérios estabelecidos.

Dos cinco trabalhos analisados, verificou-se que 40% foram elaborados no âmbito do curso de mestrado em Geriatria e Gerontologia, 40% no mestrado em Nutrição e 20% no mestrado em Nutrição e Alimentação.

Quanto ao âmbito e local de realização dos estudos: 60% referem-se à avaliação nutricional de idosos institucionalizados; 20% estudam o estado nutricional de idosos acamados no domicílio; e 20% o estado nutricional de idosos no ambulatório e no hospital.

Os investigadores recorreram a amostras que oscilam entre 60 e 200 idosos. Assim, no intervalo de: 50 a 100 idosos estão 40% dos estudos; 100 a 150 idosos situam-se 20% dos estudos; e 150 a 200 idosos encontraram-se 40% dos estudos.

Relativamente aos instrumentos utilizados na avaliação do estado nutricional, destacam-se em: 100% dos trabalhos o *Mini Nutritional Assessment*, embora um estudo utilize este instrumento adaptado; 100% o Índice de Massa Corporal, apesar do ponto de corte deste instrumento variar nos diferentes estudos; 80% dos estudos os valores bioquímicos; 80% as medições de circunferências e pregas; 60% os instrumentos de Ingestão Alimentar; e 20% utiliza a fórmula de Chumlea.

Das dissertações analisadas, 80% desses estudos detetaram que mais de 50% da população está desnutrida ou em risco de desnutrição.

Em relação à metodologia utilizada evidenciam-se os estudos quantitativos.

CONCLUSÃO:

Com a realização deste trabalho, ficámos com uma perspetiva das publicações relacionadas com pesquisas com idosos em Portugal, em contexto dos 2º e 3º ciclos.

Dos estudos analisados ressalta a necessidade de se investir na investigação na área da nutrição nesta população de idosos. Encontraram-se valiosos contributos de investigação para a prática, assim como pistas e áreas carenciadas que servirão de ponto de partida para o projeto da autora enquanto doutoranda em Enfermagem.

BIBLIOGRAFIA:

Costa, M. A. (2006). Cuidar idosos, formação prática e competências dos enfermeiros. 2.ª Edição. Coimbra: Formasau.

Ribeiro, O. e Paúl, C. (2011). Manual do envelhecimento activo. Lisboa: Lidel

Rosa, M. J. V. (2012). O envelhecimento da sociedade Portuguesa. Lisboa: Relógio D` Água.

REVISÃO BIBLIOMÉTRICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS EM PORTUGAL



Maria Manuela Melo¹ Beatriz Araújo² e João Costa Amado³

TEMÁTICA: Nutrição nos idosos

PROBLEMÁTICA: Estado nutricional de idosos em Portugal

RESUMO:

A população idosa em Portugal, tal como na grande maioria dos países, tem vindo a aumentar. Este fenómeno deve-se fundamentalmente à junção de dois fenómenos recentes, como a diminuição da mortalidade e da fecundidade.

O envelhecimento faz parte do ciclo de vida de todos os seres vivos, existindo, no entanto, diferenças na forma de como se envelhece. Este processo é condicionado geneticamente, por estilos de vida, pela situação económica e social de cada um.

Em Portugal o envelhecimento regista uma assimetria geográfica coincidente com a desigualdade socioeconómica, demarcando, assim, uma zona litoral pouco envelhecida, uma zona interior muito envelhecida e uma zona intermédia medianamente envelhecida (Costa, 2006).

Em 1980, Portugal apresentava uma população menos envelhecida do que a maioria dos atuais países da EU 27. Hoje é um dos países mais envelhecidos do espaço europeu e, como tal, do mundo (Rosa, 2012).

Segundo Ribeiro e Paúl (2011), os homens vivem menos tempo do que as mulheres, com uma diferença aproximada de seis anos, contudo, apresentam menos morbidade e dependência ao longo da vida. Por seu lado, as mulheres vivem mais anos mas mais doentes, mais pobres e mais discriminadas.

Em 2011, Portugal apresenta cerca de: 15% da sua população no grupo etário mais jovem, 0-14 anos; e 19% da população com 65 ou mais anos de idade. Entre 2001 e 2011 a população portuguesa, nos grupos etários dos 0-14 anos e 15-24 diminuiu 5,1% e 22,5% respetivamente, tendo a população idosa aumentado cerca de 19,4% (INE, 2011).

METODOLOGIA

Estudo bibliométrico, descritivo e retrospectivo sobre as teses publicadas na área de investigação do estado nutricional dos idosos em Portugal, no âmbito dos cursos de mestrado e doutoramento, até Junho de 2012.

OBJETIVO

Analizar a produção científica realizada em Portugal sobre o estado nutricional dos idosos, até 2012.

RESULTADOS

Foram analisados vinte e um estudos, em que: (i) cinco destes correspondem aos critérios estabelecidos; (ii) 60% referem-se à avaliação nutricional de idosos institucionalizados; (iii) 20% estudam o estado nutricional de idosos acamados no domicílio; e (iv) 20% avaliam o estado nutricional de idosos no ambulatório e no hospital.

Os instrumentos mais utilizados são o Mini Nutritional Assessment - 100%; Índice Massa Corporal, 100%; Valores bioquímicos, 80%; medição circunferências e pregas, 80%; avaliação da ingestão alimentar, 60%; e fórmula de Chumlea, 20%.

Dos estudos analisados, 80% detetaram que mais de 50% da população está desnutrida ou em risco de desnutrição, ressalta, assim, a necessidade de investir na investigação na área da nutrição nos idosos.

BIBLIOGRAFIA

- Costa, M. A. (2006). *Cuidar idosos, formação prática e competências dos enfermeiros*. 2.ª Edição. Coimbra: Formasau.
 INE (2011). *Censos 2011*. (Acedido em 28 de junho de 2012) http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpid=censos2011_apresentacao
 Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual do envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel.
 Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade Portuguesa*. Lisboa: Relógio D' Água.

ESTUDOS ANALISADOS

- Cardoso, E. I. M. (2007). *Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. Estudo de caso - Avaliação de Intervenção*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Nutrição e Alimentação. Faculdade das Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto.
 Gomes, F. M. O. (2008). *Avaliação nutricional em idosos cronicamente acamados*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Universidade de Aveiro.
 Loureiro, M. H. V. S. (2008). *Validação do "Mini-Nutricional assessment" em idosos*. Dissertação de Mestrado em Nutrição Clínica. Faculdade Medicina, Universidade de Coimbra.
 Marques, F.S.C. (2008). *Estado nutricional e ingestão alimentar numa população de idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Nutrição Clínica. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.
 Rebelo, C.M.S. (2007). *Avaliação do estado nutricional em idosos*. Dissertação de Mestrado em Geriatria e Gerontologia. Universidade de Aveiro.

¹ Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/Instituto de Ciências do Porto. mmelo@ese.uminho.pt

² Doutoramento em Ciências de Enfermagem; Professora da Universidade Católica Portuguesa/ Instituto de Ciências da Saúde

³ Doutoramento em Ciências Biomédicas; Professor da Universidade Católica Portuguesa/ Instituto de Ciências da Saúde

DO SILENCIO À CUMPLICIDADE: VIOLÊNCIA SOBRE IDOSOS

ANA FONSECA, MARIA DO CÉU MARQUES, MANUEL JOSÉ LOPES, MARIA TAVARES PINHEIRO, MARIA LAURÊNCIA GEMITO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

RESUMO | ABSTRACT

No debate público, a violência sobre os idosos assume, cada vez mais, uma enorme centralidade. As Nações Unidas definem violência como "o uso intencional da força física ou poder, ameaça ou real, contra si próprio, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação" (WHO, 1996). Em 2002, os países membros da ONU, subscreveram a Declaração de Toronto, e nela definem violência sobre os idosos "como a ação isolada ou repetida, ou a ausência de resposta apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, e que cause dano ou sofrimento a uma pessoa idosa". A violência sobre os idosos pode ser física, psicológica/ emocional, sexual, financeira ou refletir atos de negligência intencional ou por omissão.

Objectivos: Caracterizar o fenómeno da violência sobre os idosos no Alentejo; Analisar as representações sociais de violência sobre os idosos.

Metodologia: Realizou-se um estudo exploratório, com amostra de base populacional, construída a partir das bases de dados dos Centros de Saúde e constituída por 760 idosos. A recolha dos dados foi feita por entrevista, no domicílio ou no Centro de Saúde, e decorreu entre Fevereiro e Dezembro de 2011. O instrumento de recolha de dados era constituído por questões que visavam a caracterização sociodemográfica, um estímulo indutor e questões que caracterizam a violência o abuso e a negligência, as quais são uma parte do Elder Abuse: A multinational prevalence survey – ABUEL. Foram cumpridos procedimentos ético-legais, em conformidade com a comissão de ética da Área da Saúde e Bem-Estar da Universidade de Évora. Os dados obtidos foram processados recorrendo aos softwares Microsoft Office Word, SPSS, Evoc, SIMI e Trideux, o que permitiu fazer a caracterização da violência sobre os idosos no Alentejo, identificar a estrutura das representações sociais de violência, bem como, a força da relação entre elementos.

Resultados: Verificou-se que há predominância de respondentes do sexo feminino. Constatou-se que ao longo da vida, o tipo de violência com maior relevância é a violência psicológica com 35%, logo seguida da violência física com 23%, a violência financeira surge em terceiro lugar com 12,3%, seguida da violência com lesões físicas com 9,5% e por fim com 5,2% surge a violência sexual. No ultimo ano surgem diminuição em todas as vertentes da violência. Contudo, a violência psicológica continua em primeiro lugar com 23,8%, seguida da violência financeira com 6,2%, da violência física com 3,8%, da violência sexual com 2,3% e, por fim, surge a violência com lesões físicas com 0,8%. Relativamente ao estímulo indutor **violência nos idosos**, foram evocadas pelos idosos 1059 palavras, apurando-se 59 palavras diferentes. As representações sociais têm a seguinte estrutura: o **núcleo central** é constituído por: acham mal, ignorância, injustiça, mal, mal tratados, mau, medo e tristeza; na **segunda periferia** destacamos os elementos de maior frequência: solidão, segurança, dor, angustia, respeito e abandono.

Conclusão: No que respeita ao tipo de violência praticada a que mais se destaca no último ano é a violência física e a violência financeira que pode estar associada ao contexto social e económico (ABUEL, 2009). As representações sociais de violência, construídas pelos idosos, assentam nas características do agressor, nos maltratos envolvidos, numa dimensão emocional e na ignorância sobre o assunto e injustiça face ao fenómeno (Rodrigues, et al, 2010).

Descriptores: idosos; violência; representações sociais; estudantes.

Referências Bibliográficas:

Declaração de Toronto para a prevenção global de maltrato das pessoas idosas (2002). [on line]. Disponível em http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf - Declaración de Toronto - Para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. [Consultado em 02/03/2012].

Rodrigues, Tatyanni Peixoto; Moreira, Maria Adelaide Silva P; Silva, Antonia Oliveira; Smith, Adriana de Azevedo F; Almeida, Jose Luiz Telles de; & Lopes, Manuel José. (2010). Sentidos associados à violência para idosos e profissionais. *Escola Anna Nery*, 14(4), 772-778. Retrieved March 02, 2012, from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400017&lng=en&tlng=pt) . <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000400017>.

Shimbo Adriano Yoshio, Labronici Liliana Maria, Mantovani Maria de Fátima. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery* [periódico na Internet], 2011 Set [citado 2012 Mar 04] ; 15(3): 506-510. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-8145201100030009&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-8145201100030009>.

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

Ana Maria Leitão Pinto da Fonseca – Professora Coordenadora na ESESJD Universidade de Évora, Doutoranda em Ciências da Educação

Maria do Céu Mendes Pinto Marques - Professora Adjunta na ESESJD Universidade de Évora, Doutora em Psicologia

Manuel José Lopes - Professor Coordenador na ESESJD Universidade de Évora, Doutor em Ciências de Enfermagem

Maria Felícia Canaverde Tavares Pinheiro - Professora Adjunta na ESESJD Universidade de Évora, Doutoranda em Ciências da Educação

Maria Laurêncio Gemitto - Professora Adjunta na ESESJD Universidade de Évora, Doutora em Sociologia

CONTACTOS | CONTACTS

Ana Fonseca - afonseca@uevora.pt

Maria do Céu Marques - mcmarques@uevora.pt

Manuel José Lopes - mjl@uevora.pt

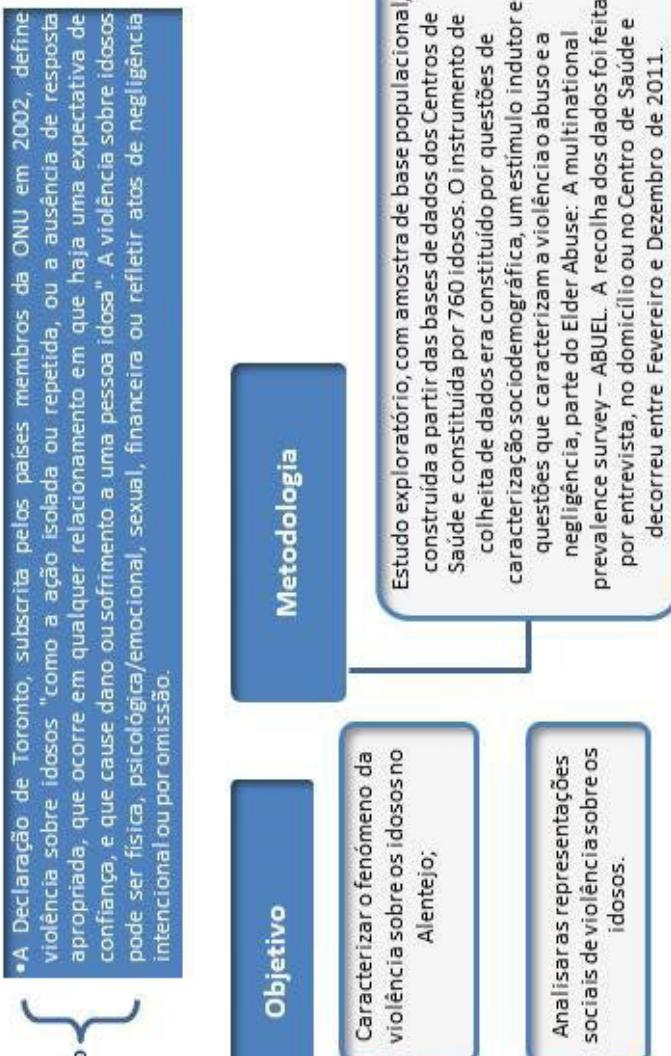
Maria Tavares Pinheiro - mfcpc@uevora.pt

Maria Laurêncio Gemitto - mlpg@uevora.pt

Do silêncio à cumplicadade: violência sobre os idosos

• A Declaração de Toronto, subscrita pelos países membros da ONU em 2002, define violência sobre idosos "como a ação isolada ou repetida, ou a ausência de resposta apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, e que cause dano ou sofrimento a uma pessoa idosa". A violência sobre idosos pode ser física, psicológica/emoçional, sexual, financeira ou refletir atos de negligência intencional ou por omissão.

Introdução



Objetivo

Caracterizar o fenómeno da violência sobre os idosos no Alentejo;

Metodologia

Estudo exploratório, com amostra de base populacional, construída a partir das bases de dados dos Centros de Saúde e constituída por 760 idosos. O instrumento de colheita de dados era constituído por questões de caracterização sociodemográfica, um estímulo indutor e questões que caracterizam a violência e abuso e a negligência, parte do Elder Abuse: A multinational prevalence survey – ABUEL. A recolha dos dados foi feita por entrevista, no domicílio ou no Centro de Saúde e decorreu entre Fevereiro e Dezembro de 2011.

Conclusões

Analizar as representações sociais de violência sobre os idosos.

- No que respeita ao tipo de violência praticada a que mais se destaca no último ano é a violência psicológica e a violência financeira, as quais podem estar associadas ao contexto social e económico (ABUEL, 2009).
- As representações sociais de violência, construídas pelos idosos, assentam nas características do agressor, nos maltratos envolvidos, numa dimensão emocional e na ignorância sobre o assunto e injustiça face ao fenómeno (Rodrigues, et al., 2010).

BIBLIOGRAFIA

Declaração de Toronto para a prevenção global de maltrato das pessoas idosas (2002). [on line]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/projects/toronto_declaration_es.pdf - Descarregado de Toronto - Para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. [Consultado em 02/03/2012].

Rodrigues, Tety/Ana Pinto; Moreira, Maria Adelilde Silveira P.; Oliveira, António; Admira de Azevedo F.; Almeida, José Luis Teles de; & Lopes, Manuel José. (2010). Sentidos associados à violência para idosos e profissionais. *Educ. & Nery*, 14(4), 772-778. Retrieved March 02, 2012, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-48322010000400037&lng=pt&tlng=pt.

Shimizu Adriano Yoshio; Labronici Ulinei Maria; Matosová Maria de Páttima. Reconhecimento de violência intrafamiliar contra idosos pela equipa de estratégia e serviço de Família. *Educ. & Nery* [periódico na Internet]. 2011. Set [citado 2012 Mar 04]; 15(3): 106-110. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-48322011000300009&lng=pt.

Ana Maria Leitão Pinto da Fonseca – Professora Coordenadora na ESESID Universidade de Évora, Doutoranda em Ciências da Educação; Maria do Céu Mendes Pinto Marques – Professora Adjunta na ESESID Universidade de Évora, Doutora em Psicologia; Manuel José Lopes – Professor Coordenador na ESESID Universidade de Évora, Doutora em Ciências de Enfermagem; Maria Felícia Carneiro Tavares Pinheiro – Professora Adjunta na ESESID Universidade de Évora, Doutoranda em Ciências da Educação; Maria Laurência Garmito – Professora Adjunta na ESESID Universidade de Évora, Doutora em Sociologia

QUEDAS DOS DOENTES, ASSOCIAÇÕES COM OS GRUPOS TERAPÊUTICOS

MARIA JOSÉ COSTA DIAS, ALEXANDRE SANTOS OLIVEIRA, TERESA MARTINS, FÁTIMA ARAÚJO, CRISTINA NOGUEIRA MOREIRA, ANA SOFIA SANTOS

HOSPITAL DA LUZ | HOSPITAL CURRY CABRAL | ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

RESUMO | ABSTRACT

As causas das quedas são multifactoriais e os fármacos têm um contributo significativo. O objectivo deste trabalho é explorar a associação entre os fármacos e as quedas e a sua recorrência ($n \geq 2$), no período de internamento, num hospital da grande Lisboa, entre Junho de 2008 e Dezembro de 2010. O seu desenho é retrospectivo, a partir de uma amostra de 214 episódios de notificação de incidente de queda de 193 doentes. Através da técnica de consenso face a face, emergiram os grupos terapêuticos a pesquisar. Na análise dos dados utilizou-se o *t* de student, ANOVA e Odds Ratio. Os doentes que efectuam fármacos associados ao risco de queda, têm 10 vezes mais risco de queda ($OR=9,90; IC95\%: 1,61-60,63$), em especial quando pertencem ao grupo terapêutico do Sistema Nervoso Central. Foi identificada associação com as quedas e sua recorrência e estar medicado com haloperidol ($OR=6,09; IC95\%: 1,30-28,54$) ($OR=3,32; IC95\%: 1,61-6,85$). Este estudo permitiu identificar factores que os enfermeiros devem ter em atenção na prescrição de intervenções, para prevenção das quedas e sua recorrência, aos doentes internados em hospitais de cuidados agudos.

Palavras-Chave: Quedas recorrentes; Fármacos; Hospital; Adultos.

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

Maria José Costa-Dias - Enfermeira, Hospital da Luz, S.A. Doutoranda em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa

Alexandre Santos Oliveira - Enfermeiro, Hospital Curry Cabral

Teresa Martins - Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Doutora em Psicologia

Fátima Araújo - Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Doutora em Psicologia. Mestre em Saúde Pública

Cristina Nogueira Moreira - Enfermeira, Hospital da Luz, S.A. Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos. Lisboa

Ana Sofia Santos - Enfermeira, Hospital da Luz, S.A. Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos. Lisboa

CONTACTOS | CONTACTS

Maria José Costa-Dias - cdias@hospitaldaluz.pt

Alexandre Santos Oliveira - enf.oliveira@gmail.com

Teresa Martins - teresam@esenf.pt

Fátima Araújo - araujo@esenf.pt

Cristina Nogueira Moreira - cmoreira@hospitaldaluz.pt

Ana Sofia Santos - asosantos@hospitaldaluz.pt



Quedas em doentes hospitalizados, associação com os grupos terapêuticos

"Cuidados de proximidade - gestão de regimes terapêuticos em idosos"

AUTORES

Maria José Costa-Dias. Enfermeira, Hospital da Luz, S.A. Doutoranda em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. cdias@hospitaldaluz.pt; **Alexandre Oliveira.** Enfermeiro, Hospital Curry Cabral. Doutorando em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; **Cristina Nogueira Moreira.** Enfermeira, Hospital da Luz, S.A. Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos; **Ana Sofia Santos.** Enfermeira, Hospital da Luz, S.A. Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos.

Problema

As quedas dos doentes em ambiente hospitalar são o incidente mais reportado⁽¹⁻²⁾, preocupando as organizações de saúde, pelos custos de intervenções adicionais, aumento das demoras médias de internamento e processos jurídicos de litígio entre os doentes/famílias e as organizações/profissionais de saúde⁽¹⁻³⁾. As consequências no doente podem ir desde ansiedade, perda de confiança até lesões que podem provocar dor e sofrimento, perda de independência e ocasionalmente a morte⁽¹⁾. As causas das quedas são multifactoriais incluindo, idade, sexo, demora média do internamento, doenças debilitantes, história anterior de quedas, confusão/desorientação, incontinência entre outros⁽⁴⁻⁵⁾ e o uso de determinados fármacos, pelos efeitos acessórios que causam (sedação, disfunções psicomotoras, alterações cognitivas, tonturas, hipotensão ortostática, alterações visuais), podem ter um contributo significativo^(1-3,6). A literatura tem evidenciado que a polimedicação (n≥5) se associa ao risco de queda⁽⁷⁾, mas os resultados corroboram também que alguns grupos específicos de fármacos, tais como os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, são importantes factores de risco de queda, nomeadamente em contexto hospitalar^(2,6,8). Estudos de análise retrospectiva dos registos de incidentes de quedas ocorridas em doentes hospitalizados, identificam um aumento do risco de queda associado aos anti-hipertensores, antiparkinsonianos, ansiolíticos e hipnóticos, concluindo que a medicação que actua a nível do sistema nervoso central (SNC), está significativamente associada com maior risco de queda⁽⁹⁾.

O estudo foi efectuado tendo por base 214 notificações de incidente de queda ocorridas entre 1 Junho de 2008 e 31 de Dezembro de 2010, relativas a 193 doentes internados no Hospital da Luz. Foram estudados 1523 fármacos. Um painel de cinco profissionais (três enfermeiros e dois farmacêuticos) delimitou as classes de fármacos a analisar neste estudo. Através de uma pesquisa bibliográfica com base em artigos que avaliam a associação entre terapêutica medicamentosa e quedas, seleccionaram-se as classes de fármacos mais consistentemente associadas a queda do doente, posteriormente suportados na classificação do Pronto-área Terapêutico do INFARMED. Para avaliar a associação entre fármacos e as variáveis risco de queda (Morse Fall Scale) e quedas recorrentes (n≥2) utilizou-se o Odds Ratio (OR), com intervalo de confiança a 95%.



Objectivo

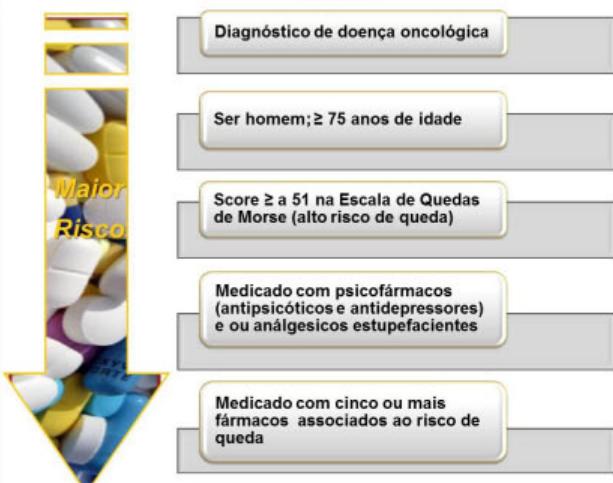


Explorar a associação entre a terapia farmacológica e a ocorrência de quedas relativas a sujeitos que estiveram internados em contexto hospitalar de doentes agudos.

Resultados / Conclusão

- ✓ Os doentes tinham em média 75 anos e na sua maioria (63%) eram do sexo masculino, 75% dos participantes tinha alto risco de queda.
- ✓ O grupo etário com maior número de notificações de queda (40%) foi o grupo dos 80 aos 89 anos.
- ✓ O diagnóstico mais frequente foi a doença oncológica (43%), tendo estas pessoas três vezes mais quedas recorrentes ($OR=3,28$; $p<0,05$).
- ✓ Os participantes masculinos tiveram mais quedas e três vezes mais quedas recorrentes ($OR=2,60$; $p<0,05$), em relação ao sexo feminino.
- ✓ O consumo fármacos difere significativamente entre mulheres e homens ($t=4,07$; $gl=212$; $p=0,0001$), efectuando em média os homens quatro fármacos e as mulheres três.
- ✓ Observaram-se diferenças significativas entre as médias de fármacos prescritos nos diferentes serviços ($F=6,568$; $gl=4,209$; $p=0,0001$) sendo o serviço com maior valor médio ($M=4$) o internamento de doentes com doenças crónicas.
- ✓ Os doentes medicados com fármacos do grupo do SNC têm sete vezes mais risco de queda ($OR=7,14$; $p<0,05$).
- ✓ A utilização de antipsicóticos associou-se com maior risco de queda ($OR=7,27$; $p<0,05$) e mais quedas recorrentes ($OR=5,08$; $p<0,05$).
- ✓ Neste subgrupo, a média de prescrição é de um medicamento por doente, sendo mais comum o **haloperidol**, o qual era efectuado por 53% (113) dos participantes.
- ✓ A utilização deste fármaco associou-se significativamente a maior risco de queda ($OR=6,09$; $p<0,05$) e mais quedas recorrentes ($OR=3,32$; $p<0,05$).
- ✓ Demonstrou-se pela primeira vez, tanto quanto sabemos, a existência de associação entre o antipsicótico **haloperidol** e o risco de queda e recorrência das mesmas. Os resultados obtidos permitem orientar os profissionais de enfermagem para alguns dos factores a ter em atenção, quer na prevenção do risco de queda quer na prevenção de quedas recorrentes (Figura 1).

Figura 1- Caracterização do doente suscetível a recorrência de quedas



Referências

- Healey, F., & Scobie, S. (2007). *Slips, trips and falls in hospital*. Patient Safety Observatory, 3rd report. London: National Patient Safety Agency.
- Perel, I. L., Nelson, A., & Goldman, R. (2001). Fall Risk Assessment Measures: An Analytic Review. *Journal of Gerontology*, 56(12), pp. 761-766.
- Cumming, R., Sherrington, C., & Lord, R. (2008). Cluster randomized trial of a targeted multifactorial intervention to prevent falls among older people in hospital. *BMJ*, 336(7647), pp. 758-760.
- Evans, D., Hodgkinson, B., Lambert, L., & Wood, J. (1999). Fall prevention: a systematic review. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 3(3), pp. 105-111.
- Gluck, T., Wientner, H. J., Rai, G. S. (1996). An evaluation of risk factors for in-patient falls in acute and rehabilitation elderly care wards. *Gerontology*, 42 (2), pp. 104-7.
- Oliver, D., Britton, M., Seed, P., Martin, F. C., & Hopper, A. H. (1997). Development and evaluation of evidence-based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ*, 315(7115), pp. 1049-1053.
- Gallagher, P., & O Mahony, D. (2008). STOPP (screening tool of older persons' potentially inappropriate prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age and Ageing*, 37(6), pp. 673-679.
- Oliver, D., Daly, F., Martin, F., & McMurdo, M. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. *Age and Ageing*, 33(2), pp. 122-130.
- Shuto, H., Imakura, O., Matsumoto, J., Egawa, T., Jiang, Y., Hirakawa, M., ... Yamagawa, T. (2010). Medication use as risk factor inpatient falls in an acute hospital: a case-crossover study. *Br J Clin Pharmacol*, 69(5), pp. 535-542.

AS POTENCIALIDADES DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL PELO MODELO OARS

SILVIA TAVARES DA SILVA, JUAN GESTAL.OTERO, ROGÉRIO RODRIGUES

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA | ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

RESUMO | ABSTRACT

Introdução

Conhecer a população idosa é fulcral para intervir de forma consentânea e ajustada às suas reais necessidades. Tendo em conta o contexto socioeconómico global e, principalmente, o contexto socioeconómico local, a avaliação multidimensional tem se mostrado como uma forma de obter uma panorâmica que permite uma intervenção multidisciplinar, focando as intervenções naqueles idosos com necessidades prementes.

Objectivos

Identificar qual o grupo etário (65-74; 75-84 ou ≥ 85 anos) que apresentam pior pontuação (pontuação de grave ou total) segundo o modelo de tratamento de dados do OARS nas áreas funcionais de recursos sociais, recursos económicos, saúde física, saúde mental e actividades de vida diária (AVD), dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos inscritos nos ficheiros clínicos do Centro de Saúde e residentes no concelho de São João da Madeira.

Metodologia:

Foi aplicado o questionário OARS (Older Americans Resources and Services) a uma amostra de 269 idosos (N=3846 e n=7%), aleatória e estratificada por género e grupo etário. O questionário foi aplicado no domicílio do idoso por entrevistadores treinados, seguindo o procedimento aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS). Os dados foram introduzidos por leitura óptica numa base de dados de SPSS e tratados segundo o modelo OARS que o questionário permite.

Resultados

As áreas com maior percentagem classificadas de limitação grave ou total são: saúde física e recursos económicos. Os idosos mais velhos apresentam pior classificação que os mais jovens, no entanto, os muito idosos (≥ 85) apresentam pior classificação nas áreas de saúde física, saúde mental e AVD e os idosos de 75- 84 anos apresentam pior classificação nas áreas de recursos sociais e económicos.

Quanto ao género, e tendo em conta os grupos etários com maiores percentagens, são pior classificadas as mulheres nas áreas: saúde física, AVD e recursos económicos; estão piores os homens na área da saúde mental e recursos sociais.

Discussão

A incapacidade física e mental diminui à medida que aumenta a idade, é prioritário criar medidas para os mais idosos (≥ 75 anos) com intervenções de caráter de prevenção primária e essencialmente secundária de modo a prevenir agudização e deterioro em situações já instaladas;

Criar medidas de intervenção essencialmente primária nos idosos 65-74 anos, no sentido de prevenir atempadamente a involução na classificação nas diferentes áreas.

Evidenciam-se as diferenças do género relativamente às áreas nesta faixa etária, fruto de políticas de emprego e estrutura familiar característico deste grupo etário durante a sua vida ativa.

Palavras chave:

Idosos, avaliação, áreas funcionais

Referencias Bibliográficas

Ferreira PL; Rodrigues RMC; Nogueira DMS. Avaliação multidimensional em idosos. Coimbra: Mar da Palavra; 2006.

Rodrigues RMC. Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços. Coimbra: Mar da Palavra; 2009.

Silva SMDT. Estado funcional e utilização de serviços em idosos: influência do habitat [MD Thesis dados preliminares]. Santiago de Compostela: Faculdade de Medicina da Universidade de Santiago de Compostela - Departamento de Psiquiatria, Radiologia e Saúde Pública; 2012

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

Silvia Tavares da Silva - Doutoranda em Saúde Pública, departamento de Psiquiatria, Radiología e Saúde Pública da Universidade de Santiago de Compostela; ACeS EDV II- UCCOAz; Professor Adjunto convidado na Escola Superior de Saúde do Instituto Piaget de Viseu; Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde- Enfermagem – Coimbra

Juan Gestal-Otero - Decano da Faculdade de Medicina e Odontologia da Universidade de Santiago de Compostela; Chefe do Serviço de Medicina Preventiva e Saúde Pública do Hospital Universitário de Santiago de Compostela

Rogério Rodrigues - Professor Adjunto na Unidade de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária e Presidente do Conselho Técnico-Científico na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Doutor - Ciências de Enfermagem, ICBAS - Universidade do Porto; Mestre - Saúde Pública, Faculdade de Medicina; Curso - Especialização em Enfermagem de Saúde Pública; Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem – Coimbra

CONTACTOS | CONTACTS

Silvia Tavares da Silva - sylviatavares@hotmail.com

Juan Gestal-Otero - juan.gestal@usc.es

Rogério Rodrigues - rogerio@esenfc.pt



CIEG 2012 - LISBOA 26 OUTUBRO 2012

AS POTENCIALIDADES DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL PELO MODELO OARS

Sub-temática: Avaliação da Funcionalidade

Silva, S.M.D.T. (1); Gestal-Otero, J. J. (2); Rodrigues, R.M.C.(3)

Problemática

Conhecer a população idosa é fulcral para intervir de forma consentânea e ajustada às suas reais necessidades. Tendo em conta o contexto socioeconómico global e, principalmente, o contexto socioeconómico local, a avaliação multidimensional tem-se mostrado como uma forma de obter uma panorâmica que permite uma intervenção multidisciplinar, focando as intervenções naqueles idosos com necessidades prementes.

Objectivo

Identificar qual o grupo etário (65-74; 75-84 ou ≥85 anos) que apresentam pior pontuação segundo a metodologia OARS (Older Americans Resources and Services) nas áreas funcionais de recursos sociais, recursos económicos, saúde física, saúde mental e actividades de vida diária (AVD), dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos inscritos nos ficheiros clínicos do Centro de Saúde e residentes no concelho de São João da Madeira.

Metodologia

Entrevista no domicílio;
Questionário: OARS;
n=269 idosos (N=3846 e n=7%) aleatória e estratificada por género e grupo etário;
Estudo aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte;
Tratamento dados: introduzidos por leitura óptica numa base de dados de SPSS e tratados segundo o metodologia factorial OARS.

Resultados

Área Funcional	Percentagem com pontuação Fortemente ou Totalmente Insatisfatória	Grupo etário pior pontuado	Percentagem por género do grupo etário pior pontuado
Saúde Física	43,1	≥ 85 (61,3%)	Homens - 50,0% Mulheres - 66,7%
Saúde Mental	18,3	≥ 85 (32,3%)	Homens - 38,1% Mulheres - 20,0%
Atividades Vida Diária	12,4		Homens - 50,0% Mulheres - 57,1%
Recursos Sociais	11,8	75-84 (17,3%)	Homens - 20,9% Mulheres - 14,5%
Recursos Económicos	26,8	75-84 (34,7%)	Homens - 32,6% Mulheres - 36,4%

Discussão

- A incapacidade física e mental diminui à medida que aumenta a idade, é prioritário criar medidas para os mais idosos (≥ 75 anos) com intervenções de caráter de prevenção primária e essencialmente secundária de modo a prevenir agudização e deterioro em situações já instaladas;
- Criar medidas de intervenção essencialmente primária nos idosos 65-74 anos, no sentido de prevenir atempadamente a involução na classificação nas diferentes áreas.
- Evidenciam-se as diferenças do género relativamente às áreas nesta faixa etária, fruto de políticas de emprego e estrutura familiar característico deste grupo etário durante a sua vida ativa.

(1) Doutoranda em Saúde Pública, departamento de Psiquiatria, Radiologia e Saúde Pública da Universidade de Santiago de Compostela; ACeS Aveiro Norte - UCCOAz; Professor Adjunto Convidado na Escola Superior de Saúde do Instituto Piaget de Viseu; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem sylviatavares@hotmail.com

(2) Decano da Faculdade de Medicina e Odontologia da Universidade de Santiago de Compostela; Chefe do Serviço de Medicina Preventiva e Saúde Pública do Hospital Universitário de Santiago de Compostela. juan.gestal@usc.es

(3) Professor Adjunto na Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária; Doutor - Ciências de Enfermagem, ICBAS - Universidade do Porto; Mestre - Saúde Pública, Faculdade de Medicina; Curso - Especialização em Enfermagem de Saúde Pública; Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (ESENFC). rogerio@esenfc.pt

SOBRECARGA DOS CUIDADORES FAMILIARES DO IDOSO: NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM

CRISTINA MARQUES-VIEIRA, LILIANA ROLDÃO, HELENA JOSÉ

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

RESUMO | ABSTRACT

Introdução: Nos últimos anos têm-se assistido a marcadas alterações no padrão demográfico da população portuguesa, traduzidas pela redução da natalidade e pelo aumento da esperança média de vida. Do ponto de vista demográfico a presença de uma população cada vez mais idosa leva ao aumento da probabilidade de ocorrência de incapacidades e prevalência de doenças crónicas, conduzindo a um correspondente acréscimo de situações de perda de autonomia e consequentemente dependência, sejam estas de carácter físico, psíquico e/ou social (Ferreira, 2002). Prestar cuidados a familiares idosos doentes é uma tarefa desgastante, podendo resultar em problemas do ponto de vista psicológico, emocional e físico, devido às mudanças que provoca na estrutura e dinâmica familiar, levando à sobrecarga do familiar cuidador (Paúl, 1997).

Objetivo: Analisar o conhecimento científico publicado, na área da sobrecarga dos cuidadores familiares, no contexto da prática de enfermagem.

Método: Revisão Sistemática da Literatura. Os descritores utilizados foram: "informal caregiver*", "family caregiver*", "burden*", "stress*" e "nurs*". A pesquisa, utilizando as palavras anteriormente definidas, foi realizada em diversas bases de dados eletrónicas: CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; MedicLatina; Academic Search Complete (através da plataforma EBSCO) e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Os critérios de inclusão foram: estudos primários na área a estudo disponíveis em texto completo; dois primeiros descritores de pesquisa no título e o terceiro no resumo; estudos publicados entre janeiro de 2007 a maio de 2012; área de enfermagem; referentes ao idoso. Critérios de exclusão: estudos decorrentes de trabalhos académicos do 1º ciclo, revisões sistemáticas da literatura e estudos decorrentes com idosos institucionalizados.

Resultados: Após a seleção das referências, podemos isolar a sobrecarga como uma repercussão negativa no papel desempenhado pelo cuidador familiar, subdividindo-se na dimensão física, emocional e sócio-económica.

Discussão: Dos estudos analisados destacamos que enquanto enfermeiros deveremos assistir os cuidadores familiares no processo da autoavaliação das suas competências (capacidade de cuidar), que os familiares sejam informados acerca da importância de assumir o papel de cuidador (escolha informada) e se efetivamente têm vontade em assumir esse papel (vontade de cuidar).

Decorrente da prestação de cuidados ao idoso, o cuidador familiar acusa sobrecarga, manifestando-se de forma negativa no seu estado de saúde.

Conclusão: É imperativo darmos atenção ao facto do número de pessoas em situação de dependência continuar a aumentar, com consequentes implicações na dinâmica familiar, particularmente nos familiares que se ocupam dos cuidados. Importa investirmos em intervenções de enfermagem adaptados às necessidades em cuidados de enfermagem efetivas dos cuidadores familiares, sendo para tal indispensáveis atuações interdisciplinar, proporcionando

desta forma os recursos que maximizem a eficácia.

É fundamental a intervenção de enfermagem na diade idoso/cuidador familiar, quer como estratégia para ajudar na aceitação da incapacidade, promovendo a saúde familiar, quer para a melhoria da qualidade de vida do idoso e do seu cuidador familiar.

Palavras-chave: Cuidadores familiares, Sobrecarga, Enfermagem

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

Cristina Marques-Vieira - Docente do ICS, UCP

Liliana Roldão - Docente do ICS, UCP

Helena José - Docente do ICS, UCP

CONTACTOS | CONTACTS

Cristina Marques-Vieira - cristina_marques@ics.lisboa.ucp.pt

Liliana Roldão - liliana.roldao1@gmail.com

Helena José - hjose@ics.lisboa.ucp.pt



Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica

Marques-Vieira, Cristina⁽¹⁾; Roldão, Liliana⁽²⁾;
José, Helena⁽³⁾;

(1) cristina_marques@icslisboa.uep.pt, Docente no ICS-UEP, Lisboa
(2) liliana.roldao1@gmail.com, Mestranda no ICS-UEP, Lisboa
(3) hjoose@icslisboa.uep.pt, Docente no ICS-UEP, Lisboa

Sobrecarga dos Cuidadores Familiares do Idoso: Necessidades em Cuidados de Enfermagem

Introdução

Nos últimos anos têm-se assistido a marcadas alterações no padrão demográfico da população portuguesa, traduzidas pela redução da natalidade e pelo aumento da esperança média de vida. Do ponto de vista demográfico a presença de uma população cada vez mais idosa leva ao aumento da probabilidade de ocorrência de incapacidades e prevalência de doenças crónicas, conduzindo a um correspondente acréscimo de perda de autonomia e consequentemente dependência, sejam estas de carácter físico, psíquico e/ou social (Ferreira, 2002). Prestar cuidados a familiares idosos doentes é desgastante, podendo resultar em problemas do ponto de vista psicológico, emocional e físico, devido às mudanças que provoca na estrutura e dinâmica familiar, levando à sobrecarga do cuidador familiar (Paúl, 1997).

Objetivos

Analizar o conhecimento científico publicado, na área da sobrecarga dos cuidadores familiares, no contexto da prática de enfermagem.

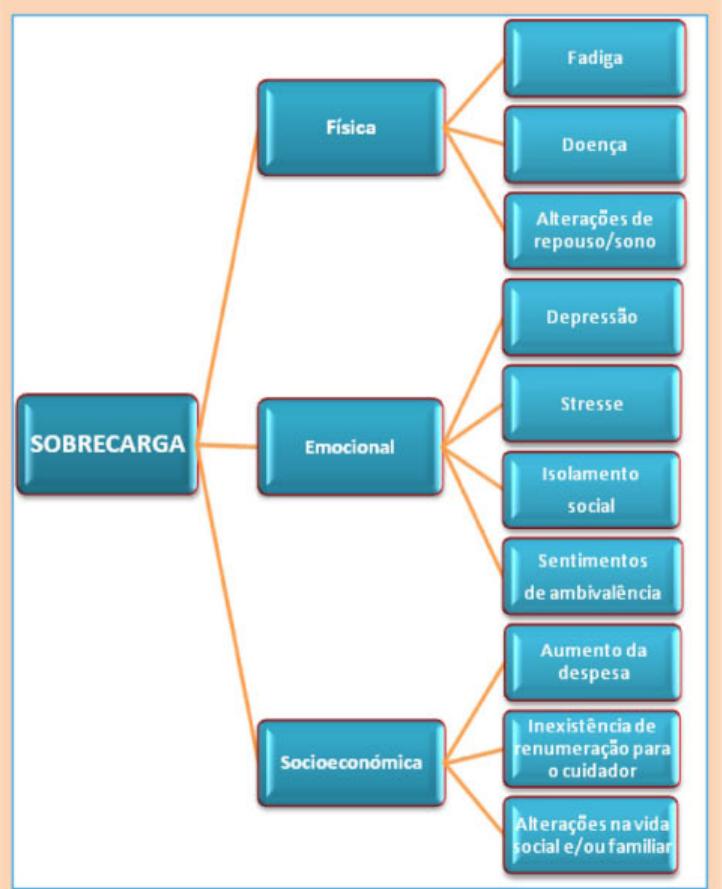
Método

- Revisão sistemática da literatura: Pesquisa eletrónica em bases de dados através da plataforma EBSCO e RCAAP.
- Descritores utilizados: "informal caregiver*", "family caregiver*", burden*, stress* e nurs*.
- Critérios de inclusão: Estudos primários disponíveis em texto completo; dois primeiros descriptores de pesquisa no título e o terceiro no resumo; estudos publicados entre janeiro de 2007 a maio de 2012; área de enfermagem; referentes ao idoso.
- Critérios de exclusão: Estudos decorrentes de trabalhos académicos do 1º ciclo; revisões sistemáticas da literatura; estudos decorrentes com idosos institucionalizados.

Conclusão

É imperativo darmos atenção ao facto do número de pessoas em situação de dependência continuar a aumentar, com consequentes implicações na dinâmica familiar, particularmente nos familiares que se ocupam dos cuidados. Importa investirmos em intervenções de enfermagem adaptados às necessidades em cuidados de enfermagem efetivas dos cuidadores familiares, sendo para tal indispensáveis atuações interdisciplinar, proporcionando desta forma os recursos que maximizem a eficácia.

Resultados



GRAFIA

1.000, Elizalde, Soave - Psychosocial interventions for family caregivers of people with dementia reduces caregiver's burden: development and effect after 6 and 12 months. *Jens (Eds) Nordic College of*

Res. 2008. [consultado em 21 Maio 2012]. Disponível no internet em URL <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

2.000, Ferreira - O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto doméstico. *Necessidades educativas do cuidador principal*. Minho: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, de Mestrado.

3.000 - Impacto do cancro cerebral no doente e cuidadores/familia: implicações para o cuidar. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Mestrado.

4.000 - Jardim - Cuidar no domicílio: A sobrecarga do cuidador familiar. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2008. Tese de Mestrado.

5.000, Soave, Daniel - Percepção do estado de saúde e sobreexige em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Jens (Eds) 2008* [consultado a 20 Maio 2012]. Disponível no internet em URL <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

6.000, Wardlow, Philip - Culture, health and nursing: A critical theory approach. *Journal of Advanced Nursing*. 25, 1997. 463-470.

7.000, Daniel - From burden to depressive symptoms: The case of chinese-canadian family caregivers for the elderly. *Jens (Eds) Social Work in Health Care*. 2009 [consultado a 20 Maio 2012]. Disponível no internet em URL <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

8.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

9.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

10.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

11.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

12.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

13.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

14.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

15.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

16.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

17.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

18.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

19.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

20.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

21.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

22.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

23.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

24.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

25.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

26.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

27.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

28.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

29.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

30.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

31.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

32.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

33.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

34.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

35.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

36.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

37.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

38.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

39.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

40.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

41.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

42.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

43.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

44.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

45.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

46.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

47.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

48.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

49.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

50.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

51.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

52.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

53.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

54.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

55.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

56.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

57.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

58.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

59.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

60.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

61.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

62.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

63.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

64.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

65.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

66.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

67.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

68.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

69.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

70.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

71.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

72.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

73.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

74.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

75.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

76.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

77.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

78.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

79.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

80.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

81.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

82.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

83.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

84.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

85.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

86.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

87.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

88.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

89.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

90.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

91.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

92.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

93.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

94.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

95.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

96.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

97.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

98.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

99.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

100.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

101.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

102.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

103.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

104.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

105.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

106.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

107.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

108.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

109.000, Maria - Cuidados continuados no domicílio. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento.

GANHOS EM SAÚDE: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

LUÍS SÁ, J. NEVES-AMADO, ANA ROCHA, CRISTIANA RIBEIRO, INÊS COSTA, TIAGO SOARES

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

RESUMO | ABSTRACT

Contextualização do problema:

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) define queda como o evento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou a um nível inferior. Estima-se que em 2002 tenham morrido, em todo o mundo, 391.000 pessoas devido a este fenómeno. Ter independência funcional e autonomia é algo que todos nós valorizamos ao longo da vida e na velhice não é diferente. Mais de um terço das pessoas idosas sofre, pelo menos, uma queda por ano (Araújo, 2011). As quedas têm expressiva predominância entre as lesões não intencionais. Segundo a OMS, para além de todos os custos associados às quedas, a mortalidade média para os anos de 2002 a 2004 vem dar uma visão de 27.5 mortes por ano em Portugal (OMS, 2004).

Objetivo:

Verificar a eficácia de um programa de intervenção de enfermagem na melhoria do equilíbrio dos idosos.

Métodos:

Estudo quantitativo, dados recolhidos em dois momentos para avaliação do risco de queda através do Índice de Tinetti, numa amostra ocasional de 28 utentes, sendo 22 do sexo feminino, com idade entre 57 a 91 anos e 6 do sexo masculino, entre os 61 e os 91 anos. A primeira avaliação foi realizada antes do início do programa de exercício físico e a segunda após a sua implementação.

O programa de exercício físico foi efetuado pelos estudantes de enfermagem, sob supervisão, durante seis semanas, com uma frequência de 2 sessões semanais com duração de 30 minutos, baseado em exercícios físicos recomendados pela OMS. Os dados foram editados e analisados com recurso ao programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS)

Resultados:

Após o período de implementação do programa de exercício físico, verificamos que, na segunda avaliação pelo índice de Tinetti, o risco de queda diminuiu:

diminuiu o número de idosos com risco elevado (de 9 para 8);

diminuiu o número de idosos com Risco moderado (de 11 para 9);

aumentou o número de idosos com Risco diminuído (de 8 para 11);

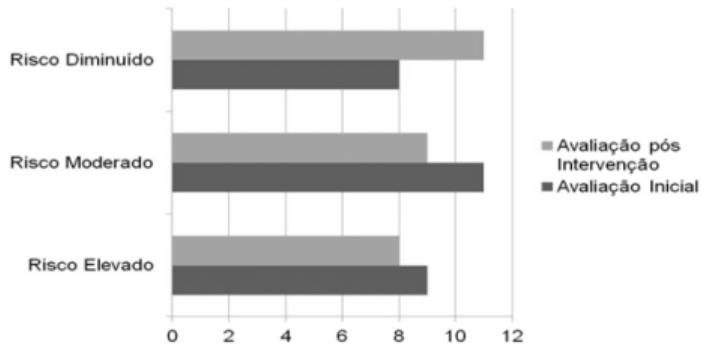


Gráfico 1 – Gráfico comparativo entre a primeira e segunda avaliação do risco de queda pelo Índice de Tinetti

Quisemos também saber qual seria o significado estatístico desta constatação. Para testar a diferença entre as classificações dos scores encontrados nos dois momentos de avaliação em amostras emparelhadas, usamos o teste de Friedman (Polit, 2004).

Os resultados indicam que, entre as duas avaliações, as diferenças de proporções de casos que se enquadram em cada um dos escalões do risco de queda, são estaticamente significativas ($\chi^2 = 4$; $df = 1$; $p = 0,046$).

Relativamente à faixa etária, como demonstra a tabela 1, os ganhos em saúde, após a intervenção, traduzidos na diminuição do risco de queda são verificáveis em todos os grupos etários.

As melhorias detetadas ao nível da diminuição do risco são mais evidentes na faixa etária compreendida entre os 57 e 75 anos, os mais jovens da amostra.

Risco de Queda						
Faixa Etária (Anos)	Risco Elevado		Risco Moderado		Risco Diminuído	
	Avaliação Inicial	Avaliação Pós Intervenção	Avaliação Inicial	Avaliação Pós Intervenção	Avaliação Inicial	Avaliação Pós Intervenção
	Entre 57 e 75	2	1	1	1	3
Entre 75 e 85	5	5	7	6	2	3
Maior que 85	2	2	3	2	3	4

Tabela 1 – Relação entre o risco de queda e a faixa etária da amostra

Ao longo deste estudo, através da observação e do contato direto com os participantes, fomos recolhendo indicadores que, na nossa opinião, reforçam os resultados da eficácia desta intervenção de enfermagem. Consideramos relevante, por exemplo, a satisfação manifestada pelos utentes durante o programa e alguns testemunhos referidos: "Já douro melhor os joelhos..." ; "...depois da ginástica que tenho feito consigo mexer melhor o braço afetado." ; "...já não me canso tanto quando vou ao supermercado." ; "Depois da aula de ginástica sinto-me mais leve!" ; "Estas aulas deixam-me bem disposta".

Conclusão:

Esta intervenção de enfermagem, implementação do programa de exercício físico, proporcionou benefícios para a saúde dos utentes. Nesta faixa etária, este tipo de intervenção, proporciona ganhos em saúde, nomeadamente, maior autonomia nas atividades de vida diária, diminuição do isolamento, e todos os benefícios que o aumento da mobilidade implica para a saúde e bem-estar dos idosos.

Bibliografia:

Almeida, P. R. (2011). *Idosos, Quedas e Actividade Física - percepções e atitudes*. Aveiro: Universidade de Aveiro - Secção autónoma de Ciências da Saúde | Apóstolo, J. L. (2011). *Instrumentos de Avaliação para Geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. | Araújo, C. J. (Junho de 2011). *Efeito do Exercício Físico Sobre os Factores de Risco de Quedas em Idosos*. Porto, Portugal: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto | Cristina S. Lu-

zio, e. a. (s.d.). *Programa de Prevenção de Quedas no Idoso*. Lisboa: EQUI - Clínica da Vertigem e Desequilíbrio Lda. | Ricardo Alexandre Rebelo de Almeida, e. a. (Dezembro de 2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem referência*, pp. 1-10. | Saúde, D. G. (2001). *Quem? Eu? Exercício? Exercícios sem riscos para lá dos sessenta*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. | Soares, R. S. (2009). *Importância do exercício físico na aptidão física dos idosos. Estudo comparativo entre praticantes e não praticantes de exercício físico*. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

Luis Sá - Professor Auxiliar, Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

J. Neves-Amado - Assistente, Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Ana Rocha - Estudante de Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Cristiana Ribeiro - Estudante de Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Inês Costa - Estudante de Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Tiago Soares—Estudante de Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

CONTACTOS | CONTACTS

Luis Sá - lsa@porto.ucp.pt

Ganhos em Saúde: Intervenção de Enfermagem na prevenção de quedas em idosos



SÁ, Luis^{1,2}; NEVES-AMADO, J.^{3,2}; ROCHA, Ana⁴; RIBEIRO, Cristiana⁴; COSTA, Inês⁴; SOARES, Tiago⁴.

¹ Professor Auxiliar, Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

² Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

³ Assistente, Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

⁴ Estudante de Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

@ | lsa@porto.ucp.pt

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) define queda como o evento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou a um nível inferior. Estima-se que em 2002 tenham morrido, em todo o mundo, 391.000 pessoas devido a este fenômeno.

Ter independência funcional e autonomia é algo que todos nós valorizamos ao longo da vida e na velhice não é diferente. Mais de um terço das pessoas idosas sofre, pelo menos, uma queda por ano (Araújo, 2011). As quedas têm expressiva predominância entre as lesões não intencionais. Segundo a OMS, para além de todos os custos associados às quedas, a mortalidade média para os anos de 2002 a 2004 vem dar uma visão de 27.5 mortes por ano em Portugal (OMS, 2004).

Objetivo

Verificar a eficácia de um programa de intervenção de enfermagem na melhoria do equilíbrio dos idosos.

Métodos

Estudo quantitativo, dados recolhidos em dois momentos para avaliação do risco de queda através do Índice de Tinetti, numa amostra ocasional de 28 utentes, sendo 22 do sexo feminino, com idade entre 57 a 91 anos e 6 do sexo masculino, entre os 61 e os 91 anos.

A primeira avaliação foi realizada antes do início do programa de exercício físico e a segunda após a sua implementação.

O programa de exercício físico foi efetuado pelos estudantes de enfermagem, sob supervisão, durante seis semanas, com uma frequência de 2 sessões semanais com duração de 30 minutos, baseado em exercícios físicos recomendados pela OMS. Os dados foram editados e analisados com recurso ao programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Resultados

Após o período de implementação do programa de exercício físico, verificamos que, na segunda avaliação pelo índice de Tinetti, o risco de queda diminuiu:

- diminuiu o número de idosos com risco elevado (de 9 para 8);
- diminuiu o número de idosos com Risco moderado (de 11 para 9);
- aumentou o número de idosos com Risco diminuído (de 8 para 11);

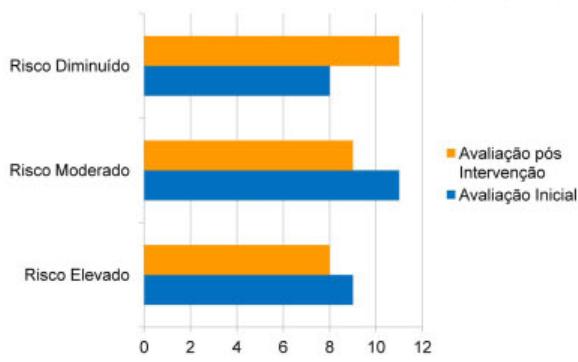


Gráfico 1 – Gráfico comparativo entre a primeira e segunda avaliação do risco de queda pelo Índice de Tinetti.

Quisemos também saber qual seria o significado estatístico desta constatação. Para testar a diferença entre as classificações dos scores encontrados nos dois momentos de avaliação em amostras emparelhadas, usamos o teste de Friedman (Polit, 2004).

Os resultados indicam que, entre as duas avaliações, as diferenças de proporções de casos que se enquadram em cada um dos escalões do risco de queda, são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 4$; $df = 1$; $p = 0,046$).

Relativamente à faixa etária, como demonstra a tabela 1, os ganhos em saúde, após a intervenção, traduzidos na diminuição do risco de queda são verificáveis em todos os grupos etários.

As melhorias detetadas ao nível da diminuição do risco são mais evidentes na faixa etária compreendida entre os 57 e 75 anos, os mais jovens da amostra.

Faixa Etária (Anos)	Risco de Queda					
	Risco Elevado		Risco Moderado		Risco Diminuído	
	Avaliação Inicial	Avaliação Pós Intervenção	Avaliação Inicial	Avaliação Pós Intervenção	Avaliação Inicial	Avaliação Pós Intervenção
Entre 57 e 75	2	1	1	1	3	4
Entre 75 e 85	5	5	7	6	2	3
Maiores que 85	2	2	3	2	3	4

Tabela 1 – Relação entre o risco de queda e a faixa etária da amostra.

Ao longo deste estudo, através da observação e do contato direto com os participantes, fomos recolhendo indicadores que, na nossa opinião, reforçam os resultados da eficácia desta intervenção de enfermagem. Consideramos relevante, por exemplo, a satisfação manifestada pelos utentes durante o programa e alguns testemunhos referidos: "Já douro melhor os joelhos..."; "...depois da ginástica que tenho feito consigo mexer melhor o braço afetado..."; "...já não me canso tanto quando vou ao supermercado..."; "Depois da aula de ginástica sinto-me mais leve!"; "Estas aulas deixam-me bem disposta".

Conclusão

Esta intervenção de enfermagem, implementação do programa de exercício físico, proporcionou benefícios para a saúde dos utentes. Nesta faixa etária, este tipo de intervenção, proporciona ganhos em saúde, nomeadamente, maior autonomia nas atividades de vida diária, diminuição do isolamento, e todos os benefícios que o aumento da mobilidade implica para a saúde e bem-estar dos idosos.

Bibliografia

- Almeida, P. R. (2011). *Idosos, Quedas e Actividade Física - percepções e atitudes*. Aveiro: Universidade de Aveiro - Secção autónoma de Ciências da Saúde | Apóstolo, J. L. (2011). *Instrumentos de Avaliação para Geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. | Araújo, C. J. (Junho de 2011). *Efeito do Exercício Físico Sobre os Factores de Risco de Quedas em Idosos*. Porto, Portugal: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto | Cristina S. Luzio, e. a. (s.d.). *Programa de Prevenção de Quedas no Idoso*. Lisboa: EQUI - Clínica da Vertigem e Desequilíbrio Lda. | Ricardo Alexandre Rebelo de Almeida, e. a. (Dezembro de 2010). *Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção*. *Revista de Enfermagem* referência, pp. 1-10. | Saúde, D. G. (2001). *Quem? E? Exercício? Exercícios sem riscos para lá dos sessenta*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. | Soares, R. S. (2009). *Importância do exercício físico na aptidão física dos idosos. Estudo comparativo entre praticantes e não praticantes de exercício físico*. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS - PREVENÇÃO DE QUEDAS EM MEIO HOSPITALAR

ANA PATRÍCIA EIRINHA, RITA REIS CARVALHO, MANUEL SIMÕES

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL - HOSPITAL DE SANTA CRUZ

RESUMO | ABSTRACT

Problemática:

As questões relacionadas com a Segurança do Doente e a Gestão do Risco constituem uma crescente preocupação para as organizações de saúde, para os decisores políticos, para os profissionais de saúde e para os doentes/utentes e suas famílias. A implementação de projectos de melhoria que tenham como objectivo a formação e investigação sobre estas temáticas, revestem-se de um carácter crucial para a inovação. O Risco Clínico e Segurança, têm razões históricas que forcaram a transição de uma estrita visão Financeira da Gestão do Risco para o controlo do Risco Clínico. A Segurança como dimensão fundamental da Qualidade dos Serviços de Saúde, tem a sua sustentação na directiva europeia de 2005 que consagrou a Segurança nos Cuidados de Saúde um direito fundamental dos cidadãos europeus. Pelo Despacho n.º 14.223/2009, publicado a 24 de Junho, no Diário da República (DR) n.º 120, Série II, foi aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Com o objectivo de garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde, o Ministério da Saúde tem como uma das suas missões potenciar a sua coesão e a qualidade da prestação de cuidados de saúde. Nesse sentido e de encontro ao Plano Nacional de Saúde, alinhado para o período 2004-2010, apontava como orientação estratégica a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde.

A Prevenção das quedas em meio hospitalar é uma área delicada, mas importante, as quedas constituem o Evento Adverso mais reportado e a maioria pode ser prevenida. Contribuem para a diminuição da qualidade de vida, para a lesão e dor e, por vezes, levam mesmo à incapacidade e à morte, com os inerentes encargos para as famílias, sociedade e Serviço Nacional de Saúde.

A avaliação do risco de queda é fundamental na sua prevenção. As principais causas estão identificadas e a evidência demonstra que uma prevenção eficaz exige múltiplas intervenções simultâneas, sendo que os seus resultados são claramente superiores a medidas isoladas.

A Comissão de Gestão do Risco do CHLO (CGR) promoveu em cada um dos hospitais um Workshop, destinado a profissionais de saúde e administradores hospitalares. Os objectivos foram dar a conhecer as preocupações actuais em Portugal e no mundo com a Segurança dos Cuidados de Saúde e divulgar as estratégias para reduzir o impacto e frequência dos Eventos Adversos. Foi considerada prioritária a definição de objectivos concretos na abordagem da problemática do Risco no CHLO.

Objectivo: Quantificar e Identificar os eventos adversos reportados na plataforma informática do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

- Quantificar o número de quedas por grupo etário;
- Quantificar a percentagem de quedas por turno.

Metodologia: Estudo retrospectivo, tendo por base as notificações realizadas informaticamente no período de 27 de Maio de 2010 a 23 de Março de 2012.

O projecto de intervenção foi constituído por duas etapas, a primeira de análise e diagnóstico da situação tendo por base o relato de eventos adversos e a constatação da percentagem elevada de quedas (com análise de causas e consequências), e a segunda de implementação/ dinamização, onde o principal objectivo seria desenvolver um programa, com múltiplas intervenções, com vista à minimização do Risco de Quedas. Este programa de redução de quedas em meio hospitalar, inclui: a sensibilização de profissionais; a uniformização de práticas – avaliação do risco de queda, registo CIPE, a implementação medidas protectoras (directas/indirectas); a valorização da notificação

através do reporte de quedas; a monitorização de indicadores (lesão, consequências); criação de um Mês das Quedas com campanha de sensibilização para profissionais e doente/família.

Face à pertinência da temática e o programa desenvolvido, pretende-se a partilha de uma experiência, ainda em curso, mas com implicações que se pretendem visíveis ao nível da qualidade dos cuidados e satisfação dos doentes/família a quem prestamos cuidados, não nos distanciando dos contornos económico-financeiros actuais.

Neste contexto, parece-nos importante, apresentar estes resultados na Conferência Internacional Sobre Enfermagem Geriátrica (CIEG 2012), com as grandes temáticas - *Os determinantes sociais da saúde e o comportamento humano, e Cuidados de proximidade - Gestão de regimes terapêuticos em idosos.*

Palavras Chave:

Segurança do doente

Gestão do risco

Prevenção de quedas

Quedas em meio hospitalar

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

Ana Patrícia Eirinha - Enfermeira Especialistas do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de Santa Cruz

Rita Reis Carvalho - Enfermeira Especialistas do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de Santa Cruz

Manuel Simões - Enfermeiro Especialistas do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de Santa Cruz

CONTACTOS | CONTACTS

Ana Patrícia Eirinha – +351 964474544

Rita Reis Carvalho – +351 919739487

Manuel Simões – +351 966064149



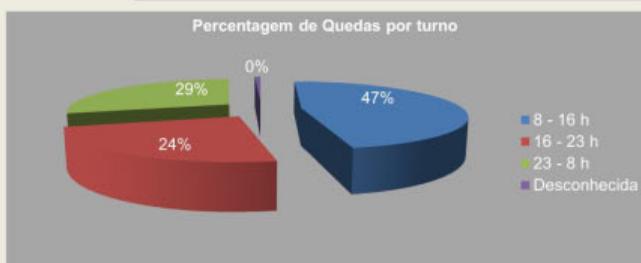
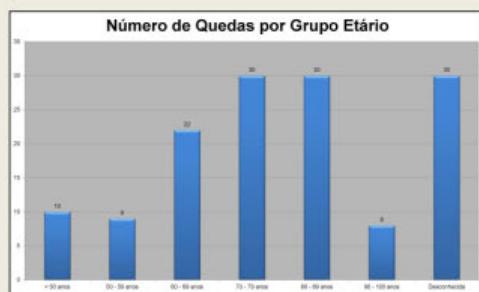
SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS PREVENÇÃO DE QUEDAS EM MEIO HOSPITALAR

Eirinha, Patricia; Reis Carvalho, Rita; Simões, Manuel - Enfermeiros de uma Unidade Hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo

A segurança do doente constitui-se como uma componente chave da qualidade dos cuidados de saúde. Esta segurança diz respeito aos doentes, familiares e visitas que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados que lhes são prestados nas instituições de saúde. (DGS, 2011). A necessidade de implementar sistemas de melhoria da qualidade é também assumida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros e exige reflexão sobre a prática, ou seja, a identificação das áreas de intervenção, definição de objetivos e delineação de estratégias (OE, 2006). O primeiro passo para melhorar a qualidade dos cuidados e aumentar a segurança dos mesmos, é tornar o erro visível para os profissionais. A monitorização do erro constituiu-se como a primeira ferramenta para a segurança (Lage, 2010). A segurança do doente, requer um esforço contínuo de melhoria por parte das instituições prestadoras de cuidados. Cultivar a segurança é o conjunto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso da instituição (DGS, 2011). Atualmente, promover uma estratégia de segurança para o doente compõem-se de três aspectos fundamentais: prevenir efeitos adversos, identificar os efeitos adversos que ocorrem e, por último, minimizar os seus efeitos quando estes ocorrem (OMS, 2005).

Segurança do Doente: Eventos Adversos - QUEDAS

- Objetivo Geral: Quantificar e Identificar os eventos adversos reportados na plataforma informática de uma Unidade Hospitalar da Região de Lisboa
 - Quantificar o número de quedas por grupo etário;
 - Quantificar a percentagem de quedas por turno.
- Metodologia: Estudo retrospectivo, tendo por base as notificações realizadas informaticamente no período de 27 de Maio de 2010 a 23 de Março de 2012.



De 193 incidentes notificados, identificaram-se 139 quedas (72%). A distribuição por grupo etário, demonstra que o maior número de quedas ocorre nos grupos etários dos 70-79 e dos 80-89 anos. A maior percentagem de quedas ocorre no turno da manhã (8-16 horas).

A segurança é essencial à qualidade em saúde e nos Cuidados de Enfermagem. O desenvolvimento de segurança envolve um conjunto de medidas com espetro de ação alargado. Cuidados seguros implicam informação sobre os riscos e a redução dos mesmos (Nunes, 2010).

As quedas são os eventos adversos mais frequentes no hospital e podem ter várias consequências como: aumento do período de internamento, aumento do grau de dependência do indivíduo, consumo de Exames Complementares de Diagnóstico, stress e ansiedade dos doentes e famílias, insatisfação com os cuidados prestados, diminuição da qualidade de vida, custos económicos e, ocasionalmente, morte (Saraiva et al, 2008, National Patient Safety Agency, 2011).

Janice Morse (1997) considera seis fatores de risco para a ocorrência de quedas: história de queda anterior, visto que a probabilidade de ocorrência de queda é maior quando já existe história de queda anterior; presença de um diagnóstico secundário, uso de ajudas para a movimentação, existência de acesso venoso, alterações da marcha e estado de consciência do doente perante as suas capacidades.

Segurança e Gestão de Risco

Notificação Electrónica de Incidentes

Estratégias:

- Aumentar a notificação;
- Identificar sistematicamente o risco do doente;
- Identificar as causas;
- Aplicar medidas para gerir os factores de risco;
- Monitorizar os indicadores.

Intervenções de Melhoria:

- Workshop sobre Risco Clínico;
- Sessões de formação – Prevenção das Quedas em Meio Hospitalar;
- Parametrização de registos CIPE
- Elaboração de panfletos de sensibilização para profissionais e utentes;
- Mês das Quedas;
- Criação de um programa – Prevenção das Quedas em Meio Hospitalar

A queda é um evento multifatorial complexo que exige investimento na investigação e formação para que a adequação das medidas preventivas aos contextos individuais e ambientais específicos permitam uma efetiva redução do número de quedas em ambiente hospitalar.

Risco Queda (ESCALA DE MORSE)

Indicador	Valor da Risco
Risco de Queda (0-24)	0-24
Risco de Queda (0-12)	0-12
Risco de Queda (0-12)	0-12

BIBLIOGRAFIA: Direção Geral de Saúde – Informação: Avaliação da Cultura de Segurança. Lisboa, Junho de 2011, 1p.; Direção Geral de Saúde – Orientação da DGS N° 021/2011. Lisboa, Junho 2011, 4 p.; OMS – World Alliance for Patient Safety. [s. l.]. OMS. 2005. 270 p. ISBN 9241592443. Ordem dos Enfermeiros – Tomada de posição sobre segurança do cliente. Lisboa, 2006; Lage, M. J. – Segurança do doente: da teoria à prática clínica. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa, ISSN 0870-9025, Vol. 10 (2010), p. 11-16; Morse, J. M. – Preventing patient falls. California: Sage Publications, 1997. ISBN 9780826103895; National Patient Safety Agency - Slips trips and falls data update. London, 2011. [Em linha]. Acedido a 16/02/2012. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/>; Nunes, L. – Perspetiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros. Lisboa, 2010. [Em linha]. Acedido a 3/04/2011. Disponível em: http://unesp.sapo.pt/adescoberta_files/PerspectivaEticaRisco_cuidados%20seguros_LN.pdf; Saraiva et al – Quedas: indicador da qualidade assistencial. Nursing. Lisboa, Ano 18, nº 235, p. 28-35.

TRANSIÇÕES DA PESSOA AO ENVELHECER: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

ANDREIA FERRERI CERQUEIRA, LUCÍLIA NUNES

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE, INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

RESUMO | ABSTRACT

A pessoa ao envelhecer vive múltiplas transições que podem condicionar a sua saúde e bem-estar, sendo crucial uma resposta eficaz da Enfermagem.

Esta Revisão Sistemática tem como finalidade descrever e comparar estudos que relatam as experiências das pessoas ao envelhecer, de forma a identificar características de transições saudáveis.

Para responder à questão: Quais as características de transições saudáveis identificadas pela pessoa ao envelhecer? Foi realizada uma pesquisa nas plataformas eletrónicas EBSCOhost e PUBMED tendo sido analisados 6 artigos.

Os resultados são reveladores de que o processo de envelhecer é complexo e multidimensional. A sua continuidade pode ser interrompida por um ou mais eventos, como a doença, a reforma ou a viuvez, determinando a consciência de uma mudança, muitas vezes acompanhada por sentimentos de incerteza, medo, insegurança ou angústia. Para que a transição decorra num caminho saudável é fundamental uma redefinição de significados e papéis e uma delinearção de estratégias promotoras de saúde por parte de quem envelhece. A Enfermagem assume um papel preponderante quer ao nível da prevenção de situações de sofrimento ou doença, quer ao nível do suporte de indicadores de transições saudáveis.

As pessoas ao envelhecer identificam como principais características de transições saudáveis a gestão de sintomas; melhoria da função física e cognitiva; atividade/envolvimento; preparação/discussão; atitudes, objetivos e expetativas realistas e positivas; aceitação da mudança/ reconhecimento e gestão de perdas; consciência da autonomia/ capacidade de decisão; controlo/competência; sentido de empowerment; reconciliação com o próprio, com os outros e nova condição. Estas características vão de encontro ao proposto por Afaf Meleis, reforçando a relevância da sua teoria.

Palavras-chave: envelhecimento; transição; Enfermagem

NOTA BIOGRÁFICA | BIOGRAPHICAL NOTE

Doutoranda em Enfermagem na UCP, Pós-Graduada em Enfermagem

CONTACTOS | CONTACTS

Andreia Cerqueira: andreia.cerqueira@ess.ips.pt

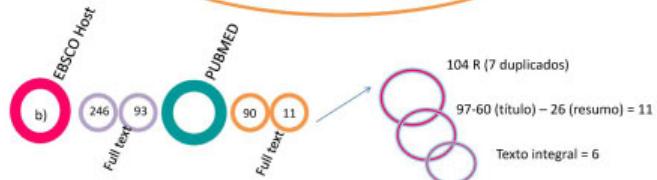
Transições da Pessoa ao Envelhecer

Uma Revisão Sistemática da Literatura

INQUIETAÇÃO: A pessoa ao envelhecer vive múltiplas transições que a podem tornar mais vulnerável e ameaçar a sua saúde e qualidade de vida. A Enfermagem assume um papel decisivo na prevenção de situações geradoras de sofrimento e doença através de intervenções centradas numa perspetiva transicional.



FINALIDADE: Descrever e comparar estudos que relatam experiências transicionais da pessoa ao envelhecer, de forma a identificar características de transições saudáveis.



ROSSEN, Eileen K [et al]
Older Women's Perceptions of Successful aging.
Activities, Adaptation & Aging, Vol.32:2 (2008) p.73-88.
Objetivo: Examinar as percepções das mulheres mais velhas acerca das características e componentes de um envelhecimento bem-sucedido.
Resultados: Os temas sobre envelhecimento bem sucedido foram: (1) aceitação (processo interno de pensamento sobre as suas próprias circunstâncias); (2) envolvimento (atividades sociais e de autocuidado); (3) comportamento (apresentação da pessoa ao mundo exterior, transmitindo respeito por si própria e interesse nos outros).

NILSSON, Margareta; [et al]
Felling old: being in a phase of transition in later life.
Nursing Inquiry, Vol.7(2000) p.41-49.

Objetivo: Identificar as experiências das pessoas muito idosas (> 85 anos) que se sentem velhas, de forma a compreender melhor o processo de envelhecimento na fase tardia da vida.
Resultados: Distinção entre ser velho e sentir-se velho. A experiência de se sentir velho caracteriza-se por: (1) ser capaz de identificar o momento a partir do qual teve início o sentimento; (2) ter medo do desamparo/abandono ou de ser incapaz de gerir a sua própria situação de vida; (3) não se reconhecer a si próprio; (4) sentir-se diferente dos outros.

WATERWORTH,Susan; JØRGENSEN, Diana
It's not just about heart failure : Voices of older
people in transition to dependence and death.
Health and Social Care in the Community,
18:2 (2010) p.199-207.

LINDH – ASTRAND, Lotta [et al]
Women's conception of the menopausal transition
- a qualitative study.
Journal of Clinical Nursing (2007) p. 509 – 517

Objetivo: Explorar as experiências das pessoas mais velhas com insuficiência cardíaca e as suas transições da independência para a dependência e para algumas a morte.

Objetivo: Explorar se as conceções da transição - Menopausa variam entre as mulheres que procuram conselho médico devido a sintomas do climatério e, se for o caso, descrever essas diferentes conceções.

Resultados: A experiência de envelhecer foi descrita em 3 grandes temas [1] reconhecer a doença; [2] sentimento de incerteza; [3] expectativa de ser alvo de compaixão. A experiência de envelhecer não é um simples processo linear de passagem de uma fase para outra. As experiências dos participantes evidenciaram a complexidade da transição e a gestão realizada durante a mesma.

Resultados: A menopausa foi descrita como um processo natural e uma fase de desenvolvimento da vida. Foram reveladas diferentes conceções sobre a transição, emergindo 2 categorias: [1] mudanças físicas (mudanças hormonais, cessação da menstruação, ausência de fertilidade, sintomas decorrentes da diminuição de produção de estrogénio, alterações corporais relacionadas com o envelhecimento); [2] mudanças psicológicas (alterações emocionais, uma nova fase da vida).

QUAIS AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DE TRANSIÇÕES SAUDÁVEIS IDENTIFICADAS PELA PESSOA AO ENVELHECER?

? PI[C]OD

GOLDBERG, Earl; NEITZ, Janice M
Aging after retirement: A social psychological process.
Activities, Adaptation and Aging, Vol.31:1 (2006) p.41-54.
Objetivo: Explorar explicações teóricas representativas do processo de envelhecimento social das pessoas idosas reformadas.
Resultados: Modelo caracterizado por 2 estadios: (1) maior atividade e bem-estar; (2) menor atividade, doença pessoal, doença e morte do cônjuge e perda de estabilidade financeira. Uma maior atividade está intimamente relacionada com uma melhor saúde e bem-estar.

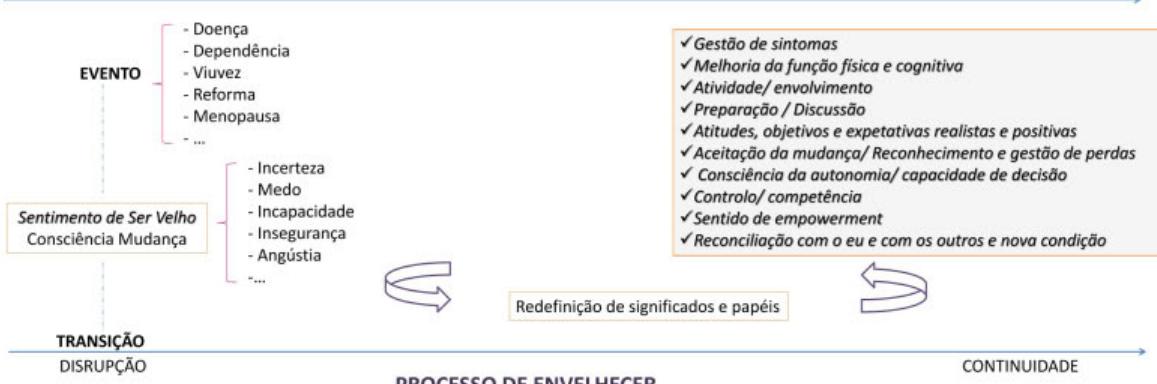
MAHADEEN, A.I.; CALISTER, L.C
Menopause: a qualitative study of Jordanian women's perceptions.
International Nursing Review, 55 (2008) p.427-433.

Objetivo: Descrever as percepções das mulheres de meia-idade que vivem a transição da menopausa.
Resultados: O tema mais emergente foi a transição. Subtemas: (1) um tempo de ausência de obrigações reprodutivas com mudanças de papéis; (2) um tempo para gerir os sintomas pré-menopausa; (3) um tempo de crescimento pessoal aceitando o envelhecimento como parte da vida.

PREVENIR TRANSIÇÕES NÃO SAUDÁVEIS

PERSPECTIVA TRANSICIONAL ENFERMAGEM

SUPORTAR INDICADORES DE TRANSIÇÕES SAUDÁVEIS



ACHADOS: O processo de envelhecer é complexo e multidimensional. A transição, envolvida por sentimentos de incerteza, incapacidade e insegurança, tem origem na tomada de consciência de uma mudança, decorrente de um evento disruptivo, sendo imprescindível uma redefinição de significados e papéis por parte de quem a vivencia e uma delineação de estratégias promotoras de saúde. A Enfermagem deve atender aos significados atribuídos pelas pessoas em relação aos eventos que interrompem a continuidade das suas vidas, uma vez que os mesmos envolvem geralmente perdas, são relativamente longos, implicando um risco acrescido de a transição se desenvolver num sentido pouco saudável.

a)- Figura em: <http://negociosdiversos.wordpress.com/2011/10/15/palavras-chave/>
b)- Via EBSCOhost foram selecionadas todas as bases de dados apresentadas [academic search complete; business source complete; cinahl plus with full text; medline with full text; medline plus with full text; psychology and behavioral sciences collection; eric; regional business news, nursing reference center; library, information science technology abstracts; cochrane central register of controlled trials; cochrane database of systematic reviews; cochrane methodology register]. Definimos como critérios de inclusão a pesquisa de estudos qualitativos, que abordassem as experiências transicionais da pessoa ao envelhecer na perspetiva da pessoa que vivencia a transição, incluindo qualquer tipo de transição, sem limitação de idade dos participantes. Excluímos os artigos que não apresentavam informações imprescindíveis de serem analisadas, como os participantes, intervenções, resultados e o desenho do estudo.

Referências

- MELEIS, Afaf Ibrahim; SCHUMACHER, Karen L.; JONES, Patricia S. In Transition: Theory, Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice: Helping Elderly Persons in Transition: A framework for research and practice. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN 978-0-8261-0533-6. p.129-144.
- Rebecca; WATERS, Elizabeth. Guidelines: Systematic Reviews of Health Promotion and Public Health Interventions. July 2007, version 2. Cochrane Health Promotion and public health field. Disponível em: http://ph.cochrane.org/sites/ph.cochrane.org/files/uploads/Guidelines%20HP_PHN%20Reviews.pdf

Andreia Ferreira Cerqueira, Equipe para a Assistente na ESS IPS,
Doutoranda em Enfermagem na UCP, Pós-Graduada em Enfermagem Oncológica.
andreia.cerqueira@ess.ips.pt Sub-temática Transições

Orientadora: Lucílio Nunes, Professora Coordenadora na ESS IPS. Doutorada. Investigadora UI&DE



www.cieg2012.org