



---

**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM PROMOÇÃO E PROTECÇÃO DA SAÚDE**

---

**ATITUDES, CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS MÉDICOS DE  
FAMÍLIA FACE AOS RASTREIOS DE AUTONOMIA FUNCIONAL  
MULTIDIMENSIONAL EM PESSOAS IDOSAS.**

---

VANDA MARIA GONÇALVES DOS SANTOS

**Orientador:** Professor Doutor Luís Graça

**Co-Orientadora:** Professora Doutora Ana Paula Martins Gil

LISBOA, JANEIRO 2012

Trabalho de Projecto para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública, ao abrigo do Art.º23º do Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de Março, publicado no D.R. n.º 60, Série I-A de 2006-03-24.

À Margarida  
Ao Paulo

## **Agradecimentos**

Nenhum trabalho é individual.

A realização deste projecto só foi possível com o apoio de várias pessoas que souberam motivar para não perder de vista o objectivo da aprendizagem.

A todos e todas um Bem-haja!

Um agradecimento especial ao meu orientador Professor Doutor Luís Graça, pela disponibilidade e pela pertinência das recomendações sobre este projecto.

À Professora Doutora Ana Paula Gil, co-orientadora, pelos conselhos e sugestões.

À Professora Doutora Carla Nunes e Ao Professor Doutor Teodoro Briz pelas conversas iniciais.

À Dra. Ana Gomes e Dra. Sofia Pereira pelo carinho e compreensão pelas ausências.

À Sofia Rasgado pela amizade que me acompanhou no pensamento.

Às colegas Teresa e Inês pelo incentivo sistemático, amizade e paciência.

Finalmente à minha família pela presença e apoio constante mesmo nas minhas ausências.

Agradeço ainda ao Paulo pela leitura crítica que fez deste texto.

## **Resumo**

O envelhecimento demográfico é uma constatação e ao mesmo tempo uma oportunidade para viver de forma mais saudável e autónoma o mais tempo possível. A principal razão para a admissão de pessoas idosas em instituições e para o uso desproporcionado de serviços de saúde é o declínio funcional que acompanha o envelhecimento.

Os Cuidados de Saúde Primários apresentam-se como contexto ideal para promover cuidados antecipatórios. A avaliação da autonomia funcional multidimensional permite a detecção de perturbações incipientes. Os programas de rastreios facilitam o desencadear de recursos para a detecção precoce e tratamento. Os médicos sentem diversas barreiras na aplicação dos rastreios, como a falta de familiaridade com os testes, bem como a falta de tempo ou recursos.

O estudo aqui proposto visa conhecer, a título exploratório, as atitudes dos médicos de família face aos rastreios de autonomia funcional multidimensional em pessoas idosas; avaliar o grau de conhecimento sobre esta abordagem multidimensional, no que diz respeito às áreas e instrumentos a avaliar; caracterizar as práticas na prestação de cuidados preventivos às pessoas idosas e caracterizar as condições genéricas necessárias para a aplicação destes rastreios no contexto dos cuidados de saúde primários. Para tal, irá basear-se num questionário auto-administrado aos médicos de família dos 22 Agrupamentos de Centros de Saúde, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

As suas conclusões poderão contribuir para uma uniformização do conceito de autonomia funcional multidimensional e para a realização de um levantamento de necessidades de formação sobre a abordagem multidimensional e interdisciplinar.

**Palavras-chave:** Rastreio, Idosos, Cuidados Saúde Primários, Multidimensional, Atitudes, Médicos de Família.

## **Abstract**

The population ageing is a fact and at the same time an opportunity to live healthier and more autonomous as long as possible. The principal reason to enroll older people in institutions and for the inappropriate use of health service is the functional decline that comes with ageing.

The primary health care is the ideal context to promote anticipatory care. The assessment of the multidimensional functional autonomy allows the detection of incipient disturbance. The screening programs facilitate the onset of resources for an early detection and treatment. The physicians feel several barriers in the implementation of screening, such as lack of familiarity with the tests, as well as lack of time or resources.

The aim of this exploratory study is to, determine the family physicians attitudes towards screening of multidimensional functional autonomy in older people; assess the degree of knowledge about this multidimensional approach, with regard to the areas and instruments of assessment, characterize practices in providing preventive care to the elderly and to characterize the general conditions necessary for the implementation of screening in the context of primary health care.

For this purpose, this study will be based on a self-administered questionnaire to family physicians in 22 Health Administrations Centers in the Health Region of Lisbon and Vale do Tejo.

Its findings may contribute to the clarification of the concept of multidimensional functional autonomy and help to carry out a training needs assessment about the multidimensional and interdisciplinary approach.

**Keywords:** Screening, Elderly, Primary Health Care, Multidimensional, Attitudes, Family physicians.

## Índice

1. Enquadramento e pertinência do tema .....	12
1.1. Introdução .....	12
1.2. Justificação do tema .....	15
1.3. Finalidade e objectivos do estudo.....	18
2. Enquadramento teórico .....	19
2.1. Envelhecimento Humano .....	19
2.1.1. Envelhecimento Demográfico .....	19
2.1.2. Longevidade e Morbilidade.....	20
2.1.3. Conceptualizações de Envelhecimento .....	21
2.1.4. Alguns indicadores do envelhecimento activo no contexto português.....	22
2.1.5. Saúde e capacidade/autonomia funcional.....	24
2.2. Avaliação da Autonomia funcional multidimensional.....	28
2.2.1. Capacidade funcional .....	30
2.2.2. Capacidade locomotora .....	31
2.2.3. Morbilidade .....	32
2.2.4. Saúde mental.....	33
2.2.5. Demência.....	34
2.2.6. Aspectos sócio -económicos .....	35
2.2.7. Contextos de aplicação e profissionais envolvidos .....	37
2.2.8. Instrumentos de avaliação multidimensionais para pessoas idosas.....	38
2.3. Rastreios .....	43
2.3.1 Definições de rastreio .....	43
2.3.2 Programas de rastreio .....	45
2.3.3. Considerações éticas dos rastreios .....	52
2.4. Rastreios a pessoas idosas .....	54
2.5. Rastreios em Portugal .....	63
2.6. Adesão aos rastreios .....	65
2.6.1. Modelos e teorias nos comportamentos de adesão.....	66
2.6.2. Factores preditores nos comportamentos de adesão .....	68
2.6.3. Atitudes e práticas dos profissionais de saúde face aos rastreios às pessoas idosas .....	75

3. MÉTODOS E MEIOS .....	79
3.1. Tipo de estudo.....	79
3.2. Definição da população alvo e amostra .....	79
3.3. Variáveis em estudo e instrumento de recolha de dados.....	80
3.4. Previsão da análise estatística dos dados .....	83
3.5. Previsão dos aspectos a considerar na interpretação dos resultados .....	83
3.6. Desenvolvimentos futuros possíveis.....	84
BIBLIOGRAFIA .....	87
ANEXO I – QUESTIONÁRIO .....	100
ANEXO II – COMUNICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	107
ANEXO III – CRONOGRAMA.....	110

## Índice de Figuras

Figura I	Modelo teórico do processo de declínio funcional	27
Figura II	Relação entre benefícios, danos e qualidade	52
Figura III	Fluxograma sequencial: rastreio, identificação de problemas de saúde, gestão e <i>follow-up</i>	62
Figura IV	Teoria da acção reflectida (Fishbein, Azjen, 1975)	67
Figura V	Enquadramento teórico explicativo das intenções dos médicos no rastreio do cancro	72
Figura VI	Enquadramento teórico da adesão aos rastreios	75

## Índice de Tabelas

Tabela I	Geriatric Assessment Chart	37
Tabela II	Principais critérios desenvolvidos por Wilson e Jungner (1968)	45

## Lista de Siglas e Acrónimos

AIVD	Actividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Actividades de Vida Diária
DGS	Direcção Geral de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
WONCA	Organização Mundial de Médicos de Família

# 1. Enquadramento e pertinência do tema

## 1.1. Introdução

O trabalho de projecto que a seguir se apresenta insere-se no âmbito do XI Curso de Mestrado em Saúde Pública, Especialização de Protecção e Promoção da Saúde.

Os cenários demográficos actuais dizem respeito a todos nós e os desafios e as oportunidades que são colocados à sociedade exigem uma intervenção concertada no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença. O aumento em termos absolutos e proporcionais do número de portugueses e portuguesas com mais de 65 anos tem determinado, quer por parte dos responsáveis políticos quer pela sociedade civil e mesmo por investigadores a procura de estratégias de intervenção que assegurem a todos e a todas oportunidades para envelhecer de forma saudável e autónoma o mais tempo possível.

Os rastreios e o aconselhamento fazem parte das actividades preventivas sendo componentes essenciais no sistema de saúde orientado para os cuidados primários. Os médicos de família têm acesso a uma população bem definida e podem identificar com maior facilidade os que estão expostos a factores de risco. A avaliação funcional multidimensional de idosos estabelece uma abordagem interdisciplinar, criando uma “imagem global” que compreende a avaliação de problemas médicos, funcionais, psicossociais e do meio envolvente da pessoa idosa, com o objectivo de desenvolver um plano de intervenção centrado na manutenção e recuperação da capacidade funcional. Por outro lado, num contexto de prevenção secundária, esta avaliação pode ser uma mais-valia ao desencadear atitudes que potenciam os mecanismos de compensação, predominantes nas fases mais tardias do ciclo de vida. Da revisão de literatura a recomendação dos médicos apresenta-se como um factor preditivo importante na decisão dos utentes em participar nos rastreios.

Assim, e tendo em conta a falta de informação sobre este tema, o estudo aqui apresentado, tem como finalidade estudar as atitudes, conhecimentos e práticas dos médicos de família face aos rastreios de autonomia funcional multidimensional em pessoas idosas.

O objectivo central do primeiro capítulo prende-se com a justificação e pertinência do tema em estudo e a definição dos objectivos gerais e específicos que se pretendem alcançar. No segundo capítulo, realiza-se uma revisão da literatura sobre os temas considerados como essenciais para a discussão desta problemática. O primeiro sub-capítulo faz uma breve abordagem ao envelhecimento demográfico, de forma a contextualizar alguns números. Nos sub-capítulos seguintes são elencadas algumas questões subjacentes ao impacto da longevidade na morbilidade, às concepções actuais de envelhecimento activo, dando conta ainda de alguns indicadores no contexto português. Por fim, aborda-se genericamente a capacidade e autonomia funcional como centrais na definição de saúde, tendo em conta o modelo teórico do processo de declínio funcional de Hébert (1997) e as intervenções preventivas que podem ser realizadas para retardar ou compensar o processo.

A avaliação geriátrica pressupõe uma avaliação multidimensional compreensiva, sendo que tendo em conta os objectivos deste estudo se optou por analisar e justificar as várias componentes e identificar alguns exemplos de instrumentos de forma aprofundada. Na continuação da exploração da literatura nesta área são apresentados instrumentos multidimensionais, enquadrados em abordagens que consideram a avaliação funcional mais extensa e outros de aplicação breve; os contextos de aplicação, bem como são descritos alguns estudos em contexto nacional.

De seguida são abordados os significados e utilizações da palavra rastreios, bem como os critérios essenciais e as tarefas subjacentes à organização de um programa de rastreio. Optou-se por fazer uma análise algo extensa dos conceitos epidemiológicos por detrás das vantagens dos programas, bem como a avaliação da efectividade dos mesmos. São ainda tecidas considerações sobre as questões éticas que se colocam aos profissionais aquando da prescrição de rastreios às populações.

O quarto sub-capítulo começa por justificar a pertinência de rastreios específicos a pessoas idosas, no seguimento de recomendações políticas, através de uma contextualização histórica, destacando a abordagem actual da Organização Mundial de Saúde (OMS). Simultaneamente é referida alguma da evidência sobre os rastreios geriátricos, sendo que apesar de os resultados não fornecerem um suporte sólido para a vigilância adicional de todas as pessoas mais velhas, no entanto, esta questão pode reflectir em primeiro lugar a escolha das dimensões de análise dos estudos de efectividade.

É com o contexto nacional que o sub-capítulo quinto ilustra a prática dos rastreios em Portugal, sendo que as actividades preventivas previstas para as pessoas idosas são as mesmas para a população adulta.

A adesão aos rastreios, quer por parte do utente, quer por parte do profissional é explorada no sexto sub-capítulo. A revisão de literatura nesta área aponta para um conjunto considerável de factores que interagem entre si e que afectam directamente o paciente e os profissionais de saúde, influenciando, o comportamento e contribuindo para uma maior ou menor adesão às recomendações feitas sobre as actividades preventivas, como a participação em rastreios. Sendo que os factores preditores têm sido trabalhados em diversos modelos analíticos, optou-se por descrever brevemente o Modelo de Crenças em Saúde (Glanz, 1991), a Teoria da Acção Reflectida (Fishbein, Azjen, 1975), e Teoria Social Cognitiva (Bandura, A. 1986). A atitude como um constructo hipotético referente “à tendência psicológica que se expressa numa avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica” (Lima, 2006) pode apresentar-se como um dos factores importantes na decisão de aderir e recomendar os rastreios.

Logo de seguida são revistos vários estudos que apontam para que, o conhecimento das recomendações nacionais e internacionais; a efectividade percebida do teste de rastreio e a formação sobre os instrumentos contribuem para a utilização dos rastreios. Por outro lado, a falta de tempo e as barreiras atitudinais relacionadas com a falta de expectativas de resultados e a falta de motivação relacionada com a prática, também são evidenciados como factores preditivos da recomendação dos médicos. Por último, dá se conta dos estudos internacionais que analisam as atitudes dos profissionais face aos rastreios de autonomia funcional multidimensional. Apesar de os estudos serem limitados, e por essa razão também a pertinência desta proposta de trabalho de projecto, têm sido encontrados alguns componentes chave em torno do consenso entre os médicos sobre a necessidade de tempo e recursos não só para realizar as avaliações, mas também para agir de acordo com os resultados (Shackley, Donald, 1993).

No terceiro capítulo é apresentado o desenho do processo metodológico com a definição do tipo de estudo proposto, definição da população alvo e amostra. O questionário é explicado no sub-capítulo três, e optou-se por nomear alguns dos métodos que poderiam ser utilizados para a análise estatística dos dados. No sub- capítulo cinco procedeu-se a uma identificação dos viéses que podem influenciar os resultados. Conclui-se este protocolo de investigação com algumas reflexões sobre possíveis estudos e outros temas a explorar.

## 1.2. Justificação do tema

São cada vez mais os portugueses e portuguesas que vivem até aos 65 anos e, para esses a esperança de vida tem vindo a aumentar, atingindo em média para os homens 16,36 anos e para as mulheres 19,67 anos<sup>1</sup>. Em simultâneo são cada vez menos os jovens com idade inferior a 15 anos. Esta é a expressão nacional do envelhecimento demográfico, a par com outros países da Europa e do Mundo. Os cenários demográficos, conjuntamente com as alterações nos padrões epidemiológicos e na estrutura e comportamentos sociais da sociedade portuguesa, têm vindo a determinar novas necessidades em saúde, para as quais é urgente adequar respostas, de forma a manter as pessoas saudáveis por mais tempo e com mais qualidade de vida.

A OMS já em 1998 propôs uma abordagem proactiva e positiva na forma de lidar com o risco de doença crónica dos idosos, centrada no ciclo de vida, recomendando a implementação de programas orientados para intervenções preventivas com uma forte componente comunitária (Rodrigues, 2009). Por outro lado, em 2004, no contexto nacional, o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas salientava que “(...) apesar da maioria das pessoas idosas não ser doente nem dependente, há que ter em conta as múltiplas necessidades decorrentes de um contexto específico de patologia crónica múltipla, mais frequente à medida que a idade avança, sendo necessário um modelo coordenado e compreensivo de continuidade de cuidados, que respeite o princípio da proximidade aplicado a uma população a envelhecer rapidamente. O modelo actual de prestação de cuidados de saúde, ainda muitas vezes mais organizado para responder aos episódios agudos de doença, torna-se portanto desadequado, para responder às necessidades de saúde de uma população em envelhecimento” (Portugal.MS.DGS.2006).

Os cuidados de saúde primários tendo em conta as suas características, nomeadamente, a função de primeiro contacto, a longevidade, a qual permite centrar a atenção na pessoa, ao longo do tempo e não nas doenças; a abrangência e a coordenação de cuidados apresentam-se como o contexto ideal para promover os cuidados às pessoas mais velhas (Biscaia, 2006). No entanto é manifesto que “não se faz, a nível dos Cuidados de Saúde Primários, um rastreio suficiente dos factores de fragilidade nos idosos” (Portugal. MS.DGS 2004).

Uma prestação de cuidados primários eficaz depende da identificação precisa das pessoas em risco. Esta afirmação será particularmente verdade nos idosos, cujas exigências são um pobre reflexo das suas necessidades. Os sistemas de saúde por vezes intervêm tardiamente, no que diz respeito ao declínio funcional (Hébert, 1997).

---

<sup>1</sup> Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), relativamente ao triénio (2007-2009) (Portugal.INE., 2010).

Os programas de rastreio às pessoas idosas baseiam-se no conceito de multidimensionalidade, neste sentido, a avaliação funcional deve ser o mais abrangente possível de forma a detectar as pessoas idosas em risco, prevenindo ou retardando o declínio funcional. A identificação daqueles que, entre os mais idosos, poderiam ser alvo de intervenções preventivas de modo a reduzir a hospitalização não programada é um objectivo pertinente que pode ser apoiado pela utilização de instrumentos de rastreio (De Lepeleire *et al.* 2009).

A avaliação da autonomia funcional multidimensional justifica-se, uma vez que ao permitir a detecção de perturbações ainda incipientes, funcionais, físicas, mentais e sociais, pode apoiar a fundamentação das intervenções preventivas e possibilitar os cuidados geriátricos ainda na comunidade (Botelho, 2000). Recorda-se que a igualdade de acesso à prevenção tem sido identificada como uma prioridade de saúde pública pela OMS, devendo ser sempre disponibilizado aos utentes as explicações dos procedimentos preventivos recomendados para ele, tendo em conta o seu grupo etário e as suas susceptibilidades individuais e também conseguir a sua adesão à realização de tais procedimentos.

Existe alguma literatura que refere que os médicos, assim como outros profissionais de saúde, não vêm as pessoas idosas como um grupo de utentes prioritário referindo, muitas vezes, a falta de tempo para efectuar o rastreio geriátrico (Freer, 1985). Por outro, lado as estratégias de rastreio existentes recomendadas para gerir as necessidades não identificadas na população não estão a causar o impacto desejável. Após o estudo realizado por Fletcher *et al.* (2004) um ensaio de controlo aleatorizado, que permitiu comparar a avaliação multidimensional universal ou dirigida a uma população alvo, aponta para que o processo de rastreio exaustivo como rotina de saúde trará poucos benefícios para a qualidade de vida ou resultados em saúde. Mas, tal como é referido pelos autores responsáveis pelo ensaio, não significa que este estudo tenha poder estatístico, até porque existiu uma limitação importante, a não inclusão de um grupo de controlo.

De acordo com De Lepeleire e colegas (2009) a investigação deverá centrar-se sobre a forma como a transição para uma avaliação geriátrica mais aprofundada nos cuidados de saúde primários pode ser mais eficaz e sobre o benefício de tal avaliação nas comunidades onde vivem as pessoas mais velhas.

A OMS em 2008 através do projecto “Age-friendly Primary Health Care (PHC)” realça a pertinência de equacionar estes temas, declarando que “Evidence suggests that screening for frailty, or incipient frailty, [in the community] can successfully identify people who will benefit from comprehensive geriatric services. These services now need to be put in place”.

Neste sentido, é necessária informação sobre as razões para a não utilização ou subutilização dos rastreios às pessoas idosas, por parte dos profissionais dos cuidados de saúde primários, uma vez que estes estão numa situação privilegiada para actuarem preventivamente.

São os próprios profissionais nacionais, que no contexto das tendências actuais de procura e oferta dos cuidados de saúde primários manifestam a preocupação, por vezes em tom de satisfação, outras em tom de insatisfação, para com os cuidados de saúde relacionados com o envelhecimento da nossa população (Portugal. MS. MCSP., 2007).

O grau de adesão dos utentes a actividades preventivas depende genericamente de um conjunto variado de factores, no entanto, salienta-se que a recomendação dos médicos para realizar um rastreio é uma variável que tem sido encontrada em diversas investigações (Vilaverde Cabral, Silva, 2009).

Tal como é referido por Biscaia *et al.* (2006): “O médico de família dentro do grupo dos médicos, pode ser considerado o paradigma dos médicos dos Cuidados de Saúde Primários, já que é o único que opera nos nove níveis de intervenção dos cuidados: prevenção, detecção pré-sintomática, diagnóstico precoce, diagnóstico da doença estabelecida, gestão da doença, gestão das complicações da doença, reabilitação e cuidados de fim de vida e aconselhamento.”

O médico de família tem acesso, mais ou menos imediato, a uma população bem definida e pode identificar, com maior facilidade, os que estão expostos a factores de risco, o que constitui a base de qualquer acção preventiva. Muitos destes utentes, provavelmente, não iriam por sua iniciativa à procura de cuidados médicos preventivos. Galvão (2006) afirma que necessariamente este profissional tem muito a dizer sobre as actividades preventivas nesta faixa etária, através do aconselhamento na prevenção da funcionalidade, da manutenção da qualidade de vida ou do apoio aos familiares.

Assim, tendo em conta a revisão de literatura internacional foi possível identificar uma variedade de padrões de atendimento a pacientes mais velhos por parte dos médicos (Wilkin, Williams, 1986), no entanto, foram encontrados alguns componentes chave para a recomendação destes, relativamente aos rastreios na área da autonomia funcional multidimensional (Shackley, Donald, 1993).

A estratificação do risco, o envolvimento multiprofissional, a utilização de instrumentos de avaliação padronizados, bem como, a necessidade de tempo e recursos não só para realizar as avaliações, mas também para agir de acordo com os resultados, são condições consensuais para a recomendação de rastreios (Shackley, Donald, 1993).

Em Portugal, tal como é referido por Botelho (2005) o “mote” que pode levar os profissionais à aplicação da avaliação da funcionalidade nos idosos é a resposta a várias questões, desde o contexto da sua aplicação, o levantamento das competências profissionais necessárias, bem como os instrumentos a utilizar, entre outras tantas perguntas que ficam por fazer.

É nesta discussão que cabe este estudo, que vai procurar analisar as atitudes, conhecimentos e práticas dos médicos de família face aos rastreios de autonomia funcional multidimensional em pessoas idosas.

### **1.3. Finalidade e objectivos do estudo**

O presente estudo tem como finalidade conhecer quais são as atitudes, conhecimentos e práticas dos médicos de família, face aos rastreios de autonomia funcional multidimensional em pessoas idosas.

Os objectivos específicos deste estudo são, então:

- Identificar as atitudes face ao rastreio de autonomia funcional multidimensional em pessoas idosas.
- Avaliar o grau de conhecimento dos médicos sobre a avaliação da autonomia funcional multidimensional em pessoas idosas, no que diz respeito às áreas a avaliar e instrumentos.
- Caracterizar as práticas dos médicos de família na prestação de cuidados preventivos às pessoas idosas.
- Caracterizar as condições genéricas necessárias para a aplicação destes rastreios no contexto dos cuidados de saúde primários.

## 2. Enquadramento teórico

### 2.1. Envelhecimento Humano

#### 2.1.1. Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento é um processo natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível. Isto implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral, da formação dos profissionais de saúde e de outras áreas da intervenção social. Por outro lado, é ainda necessária uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares e um ajustamento do ambiente às fragilidades das pessoas idosas (Portugal. MS. DGS., 2006).

Individualmente, o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida. O envelhecimento demográfico<sup>2</sup>, por sua vez, resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide etária, com redução de efectivos populacionais jovens e o alargamento do topo e com acréscimo de efectivos populacionais idosos (Portugal. INE, 2002).

A tendência de envelhecimento demográfico da população portuguesa é um dado conhecido e que se prevê que continue a aumentar. O INE nas projecções da população residente em Portugal para 2008-2060 prevê que a proporção de jovens com menos de 15 anos diminuirá, a par do aumento relativo da população com mais de 65 anos, que se prevê que duplique nos próximos 50 anos (Portugal. INE, 2002).

---

<sup>2</sup> Define-se como o aumento da população com mais de 65 anos na população total em detrimento da população jovem, e/ou da população em idade activa (INE, 2002).

A população idosa residente estimada em 1.901.153 pessoas representa 17,9% da população, em 2009. Entre 2004 e 2009 a proporção de jovens decresceu de 15,6% para 15,2% da população residente total, verificando-se o aumento do peso dos idosos de 17,0% para 17,9% (INE, 2010).

De acordo com estas previsões até 2060, a percentagem de população jovem no total da população diminuirá para 11,9% aumentando a proporção de idosos para 32,3%.

O peso demográfico crescente da população idosa torna particularmente premente, do ponto de vista político e social, o acompanhamento das variações, expressas nomeadamente em indicadores demográficos e epidemiológicos.

### **2.1.2. Longevidade e Morbilidade**

No que diz respeito ao impacto do aumento da longevidade na morbilidade têm surgido diferentes perspectivas, que assentam em premissas distintas e por vezes opostas.

A autora Gil (2010) refere a visão da “compressão da morbilidade” apresentada por Fries (1998), segundo a qual a adopção de estilos de vida mais saudáveis e o avanço da medicina permitem que as doenças crónicas e as incapacidades funcionais sofram um “processo de compressão” e se venham a manifestar, durante períodos cada vez mais curtos, no final da vida. Este paradigma focaliza a atenção sobre a qualidade de vida e sobre a prevenção e recuperação das situações de incapacidade. De acordo com Fries (1992; 2003), o peso da doença na população idosa pode ser reduzido, adiando o início da perda de capacidade.

Uma tendência oposta, a “pandemia das incapacidades” do ponto de vista epidemiológico, considera que a diminuição da mortalidade leva a um aumento da morbilidade com incapacidade (Schneider, Brody, 1983 citados por Botelho, 2000). Como proposta intermédia, Manton, desenvolve a ideia de “equilíbrio dinâmico”, defendendo que a esperança de vida sem incapacidade acompanha a evolução da esperança de vida total.

De acordo com Crimmins, (2004, citado por Almeida, 2009) em termos de tendências populacionais, coexistem estas várias hipóteses, não existindo ainda um modelo teórico único que permita realizar previsões das correlações entre aspectos como a mortalidade/longevidade, morbilidade e incapacidade.

### **2.1.3. Conceptualizações de Envelhecimento**

O envelhecimento humano pode ser definido como um processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo ciclo de vida (Portugal. MS. DGS, 2006).

Os conceitos nesta área de conhecimento têm vindo a evoluir, numa velocidade inferior às alterações demográficas, populacionais e sociais, desenvolvendo ajustamentos progressivos, e distanciando-se da visão da fatalidade do envelhecimento, para uma nova perspectiva de ganhos de anos de vida com saúde, com independência e funcionalidade (Ribeiro, Paúl, 2011).

A OMS na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, (realizada em Madrid em 2002), destacou o conceito mais recente de Envelhecimento Activo. Este constructo é definido como o processo de optimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, no decurso da vida, para promover a qualidade de vida à medida que se envelhece (Portugal. MS. DGS, 2006). O modelo de Envelhecimento Activo integra uma diversidade de factores determinantes e potenciadores, os quais são de ordem pessoal (factores biológicos, genéticos, e psicológicos), comportamental (participação activa nos auto-cuidados, estilos de vida e) económica (rendimentos, protecção social) do meio físico (acessibilidade e serviços de transporte), sociais (apoio social, educação, e alfabetização, prevenção da violência) e ainda relativos aos serviços sociais e de saúde de que as pessoas beneficiam, orientados para a promoção da saúde e prevenção de doenças (Ribeiro, Paúl, 2011).

A OMS pretende com a promoção do Envelhecimento Activo não só o aumento saudável da esperança média de vida, mas também a difusão da ideia de que os indivíduos são potenciadores do seu bem-estar físico, social e mental ao longo de todo o ciclo de vida, assumindo uma cidadania activa.

Os autores Ribeiro e Paúl (2011) sumarizaram os conceitos chave deste modelo da seguinte forma: autonomia (considerada no sentido do controlo individual sobre a vida e a capacidade inalienável de decisão); independência (nas actividades de vida diária e nas actividades instrumentais de vida diária, ou seja, a capacidade de cuidar de si próprio, na manutenção da sua rotina diária); expectativa de vida saudável, traduzida no tempo de vida que se pode esperar viver sem precisar de cuidados especiais e; qualidade de vida, a qual incorpora de modo complexo, a saúde física, o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais e as crenças pessoais e as características do ambiente em que a pessoa se encontra inserida.

Esta lógica foi precedida de outros quadros de referência, como o Envelhecimento Bem Sucedido (Rowe e Kahn, 1987; Baltes, 1990, citados por Botelho, 2000; Ribeiro e Paúl, 2011; Rodrigues, 2009; Almeida 2009).

A teoria de Envelhecimento Bem Sucedido, defende uma perspectiva de processo adaptativo, através de uma estratégia de optimização selectiva com compensação que permite à pessoa gerir o balanço de perdas e ganhos, tendencialmente mais desfavorável com o aumento da idade. Ou seja no desenvolvimento humano são utilizados três mecanismos psicológicos: (i) selecção - restrição e priorização de domínios, tarefas e resultados (em resposta designadamente à limitação de recursos); (ii) optimização - maximização do nível de funcionamento através do aumento, enriquecimento ou manutenção dos meios/recursos relevantes para a eficácia; (iii) compensação - utilização de meios alternativos quando os recursos deixam de ser suficientes para atingir os resultados pretendidos.

Nas fases mais tardias do ciclo de vida existe um predomínio da compensação das perdas, por recurso a património de outras aprendizagens e práticas que simplificam os processos. As compensações vão desde simples ajudas técnicas como a disponibilização de óculos, até à utilização de recursos formais, como o apoio domiciliário.

O novo paradigma de envelhecimento activo assenta numa concepção de saúde multidimensional em que a componente mental e social são tão importantes como o físico, adicionando-lhe dois pilares: participação e segurança. Todavia, como aponta Almeida (2009) a abrangência e a diversidade de factores preconizados politicamente parece tender a perder-se nas apropriações mais usuais do termo, que o circunscrevem a questões como o exercício físico ou o prolongamento das actividades produtivas.

#### **2.1.4. Alguns indicadores do envelhecimento activo no contexto português**

De acordo com os dados indicados pelo INE, a esperança de vida à nascença<sup>3</sup> era de cerca de 78,88 anos, sendo de 75,80 no caso dos homens e de 81,80 no caso das mulheres (no triénio 2007-2009).

Quanto à esperança de vida aos 65 anos<sup>4</sup> (no mesmo período), um dos indicadores mais relevantes para a população idosa, verifica-se igualmente o ritmo de melhoria da situação portuguesa, os homens poderão esperar viver em média mais 16,36 anos e as mulheres mais 19,67 anos (INE, 2010).

---

<sup>3</sup> A esperança de vida à nascença traduz o número de anos que um indivíduo à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade observadas no momento.

<sup>4</sup> A esperança de vida aos 65 anos é o número de anos de vida esperados que uma pessoa com 65 e mais anos pode viver.

Apesar da contínua melhoria, este indicador continua abaixo da média da EU a 27, que em 2009, correspondia respectivamente a 17,2 e 20,7 (Ribeiro, Paúl, 2010).

Segundo alguns autores a apreciação que as pessoas fazem da sua própria saúde pode ser considerado um indicador que sumariza a totalidade das dimensões da saúde (Crimmins, 2004, citado por Almeida, 2009), estando implícito quer aspectos relativos à morbilidade, mortalidade e funcionalidade, quer vertentes subjectivas de bem-estar físico, mental e social.

Consultando a evolução dos indicadores do Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2004-2010 é possível verificar que no que se refere à percepção do estado de saúde da população idosa portuguesa, a percentagem da população dos 65 aos 75 anos que apreciou negativamente o seu estado de saúde, em Portugal Continental, diminuiu de 34,6% para 30,4%, no género masculino e de 53,2% para 44,3%, no género feminino. Embora a evolução seja favorável, estes valores estão ainda muito acima das metas estabelecidas no próprio plano (Portugal. MS. ACS., 2010).

Tem-se constatado relativa estabilidade na auto-avaliação da saúde com o avanço da idade, sugestiva de um certo grau de adaptação da apreciação subjectiva face à deterioração das condições objectivas de saúde. O principal impacto parece ser mediado pelos efeitos de limitação da actividade, podendo assim não ocorrer um decréscimo significativo de bem-estar dos idosos, mesmo em presença de doenças graves, desde que lhes seja possível manter a independência e um nível de actividade (Leinonen *et al.*, 2002, citado por Almeida, 2009).

Os factores de risco relacionados com os comportamentos nas pessoas idosas tendem a ser predominantemente aqueles que são considerados nos outros grupos da população. Os comportamentos de risco são: os consumos de tabaco e álcool, o sedentarismo, a nutrição desadequada (“estilos de vida saudáveis”), entre outros.

A percentagem da população dos 65 aos 74 anos que fuma diariamente, em Portugal Continental, diminuiu de 14,4% para 12,1% entre os homens. Para as mulheres, no entanto, registou-se um ligeiro aumento de 0,9% para 1,3% e, conseqüentemente, um afastamento da meta. A percentagem da população dos 65 aos 74 anos que ingeriu alguma bebida alcoólica nos últimos 12 meses, em Portugal Continental, passou de 78,6% para 81,7%, no sexo masculino, e de 38,7% para 43,7% no sexo oposto. (Portugal. MS. ACS., 2010).

O sedentarismo típico dos hábitos de vida da sociedade actual contribui para o aparecimento e agravamento de doenças como a osteoporose, a diabetes e os problemas cardiovasculares. No idoso, com alterações do equilíbrio e da marcha associadas ao envelhecimento, há tendência para reduzir

ainda mais a prática de exercício físico, criando um ciclo vicioso de diminuição da actividade e da autonomia, com perda da qualidade de vida.

A população dos 65 aos 74 anos que é obesa aumentou em Portugal Continental, tanto para o sexo masculino (de 14,5% para 19,6%) como para o sexo feminino (de 19,5% para 23,5%) (Portugal. MS. ACS. 2010).

Estes indicadores demonstram a pertinência das acções de prevenção da doença e promoção da saúde nas várias fases do ciclo de vida, designadamente no envelhecimento.

A escolha dos mesmos baseou-se exclusivamente nos indicadores dependentes do Inquérito Nacional de Saúde (INS). Esta selecção pode ser considerada redutora tendo em conta o referencial teórico do modelo do envelhecimento activo, uma vez que para além do factor central saúde, existem outros pilares como a participação social<sup>5</sup>.

### **2.1.5. Saúde e capacidade/autonomia funcional**

A OMS em 1948 definia saúde como o “estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não é capacidade apenas ausência de doença ou incapacidade” (WHO 1948, citado por Ribeiro, 1998). Esta definição genérica sendo principalmente focada na ausência de doença, é de pouca utilidade no que diz respeito às pessoas idosas, nas quais a presença de diversas doenças crónicas e alterações de saúde são muito frequentes. No envelhecimento, a par de processos de perda e declínio coexistem outros, de manutenção e compensação.

Em 1978, a Conferência de Alma - Ata, perspectiva saúde como “um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento progressivo das comunidades” (Loureiro, Miranda, 2010.) Desde essa altura o conceito de saúde tem se vindo a expandir, envolvendo a plena realização do potencial de cada um (WHO, 1986, citado por Ribeiro, 1998).

No PNS de 2004-2010 define-se saúde como a “possibilidade para uma maior ausência de doença, para um maior bem-estar ou para uma maior aptidão funcional” (Portugal.MS.2004).

A saúde é, portanto, entendida como um recurso para a vida quotidiana e não como uma finalidade em si mesma. A saúde é um conceito positivo, enfatizando tanto recursos sociais e pessoais, como capacidades físicas (Carta de *Ottawa*, 1986 citada por Loureiro, Miranda, 2010.) Perspectiva-se ainda

---

<sup>5</sup> A taxa de emprego nas pessoas com mais de 65 anos poderia ser também considerada como um indicador do envelhecimento activo. Ou a proporção de pessoas idosas que mantém contactos sociais, para além dos relacionados com a rotina diária; proporção de pessoas idosas que utiliza o telefone, o Telealarme ou outras tecnologias de comunicação, de segurança e apoio, conforme é sugerido na avaliação do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.

a saúde num *continuum*, que vai além da “ausência de doença”, para abranger as noções de bem-estar, no sentido de potencial a almejar.

De facto, é difícil objectivar o conceito de saúde pois cada pessoa interpreta saúde de acordo com sistemas de valores pessoais, que são influenciados pela cultura, pela idade, pelo estatuto socioeconómico e pelas experiências pessoais de vida (Madeira, 1999, citado por Almeida, 2009). Como é referido por Ribeiro (1998) a saúde inclui dimensões objectivas, que dizem respeito à capacidade funcional (órgãos e sistemas) e dimensões subjectivas, que se referem ao sentir-se bem, sem mal-estar aparente.

O conceito de capacidade/autonomia funcional tem de ser abrangente para que a avaliação da saúde e bem-estar nos idosos possa ter validade. Assim, o processo de envelhecimento saudável está indubitavelmente ligado ao conceito de capacidade funcional. Diversos aspectos da capacidade funcional, tendem a sofrer um declínio no decurso do processo de envelhecimento normal em especial a nível físico, depois de um crescimento e pico nas fases iniciais da vida (Botelho, 2000).

A definição de capacidade funcional<sup>6</sup> corresponde à capacidade de o indivíduo poder cuidar de si próprio, desempenhando tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que vive, ou seja, a capacidade funcional caracteriza-se pela habilidade para se manter numa vida independente e autónoma. A autonomia funcional também tem sido denominada de competência funcional, referindo-se ao nível de bem-estar com o qual os indivíduos pensam, sentem, actuam, e têm comportamentos congruentes com o seu contexto envolvente (Rodrigues, 2009).

O estado funcional é um parâmetro prioritário na avaliação do estado de saúde, e da qualidade de vida da pessoa idosa. Segundo Cortés (2000) as razões para este interesse na "função" são basicamente dois, por um lado, o estado funcional é um factor determinante no risco de desenvolver dependência, institucionalização, consumo de recursos sociais e de saúde e mortalidade dos idosos frágeis, por outro, o comprometimento funcional parece ser um intermediário habitual que combina os efeitos da doença e da fragilidade da pessoa idosa.

O modelo de doença também é um *continuum*, desde o início de um processo de doença (por vezes subjacentes à fase pré-clínica) que causa incapacidade funcional, de acordo com o grau de adaptação ou capacidade de compensação individual, pode se manifestar como uma deficiência (a limitação para realizar específicas ou avançadas actividades instrumentais da vida diária) e, finalmente, como uma dependência (que necessitam de assistência de outra pessoa para realizar actividades da vida

---

<sup>6</sup> Os termos nesta área estão ainda “pouco estabilizados”, sendo que tal como é referido por Almeida (2009) existem diferenças no alcance que é dado aos conceitos. Na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS 2004) a capacidade funcional serve para designar conjuntamente os domínios relativos às funções dos sistemas orgânicos e às estruturas do corpo.

diária). No entanto, o conceito de dependência, tal como é referido por Gil (2010), não pode ser confundido com perda de autonomia, no sentido da capacidade de decidir.

De Lepeleire (2009) cita diversos autores (Reichlin, 1985; Fried, 1994) que consideram o conceito de fragilidade útil quando falamos de saúde e doença nas pessoas idosas. Fragilidade, na sua definição mais simples, é a vulnerabilidade a eventos adversos, sendo um conceito dinâmico que é diferente de incapacidade ou deficiência, mas igualmente fácil de identificar usando princípios heurísticos e mensurável através da utilização de escalas simples. Conceptualmente, a fragilidade encaixa-se bem no modelo biopsicossocial da prática da clínica geral e oferece aos profissionais ferramentas úteis para a prestação de cuidados à pessoa. É um conceito multidimensional, que considera a complexa interação dos factores físicos, psicológicos, sociais e ambientais.

O risco de mortalidade individual pode ser melhor estimado pela fragilidade do que pela idade cronológica. Com base nos estudos realizados nos Estados Unidos, estima-se que a fragilidade afecta cerca de 7% das pessoas com idade  $\geq 65$  anos, e cerca de 25-40% na faixa etária  $\geq 80$  anos (Fried *et al.* 2001, citado por De Lepeleire, 2009).

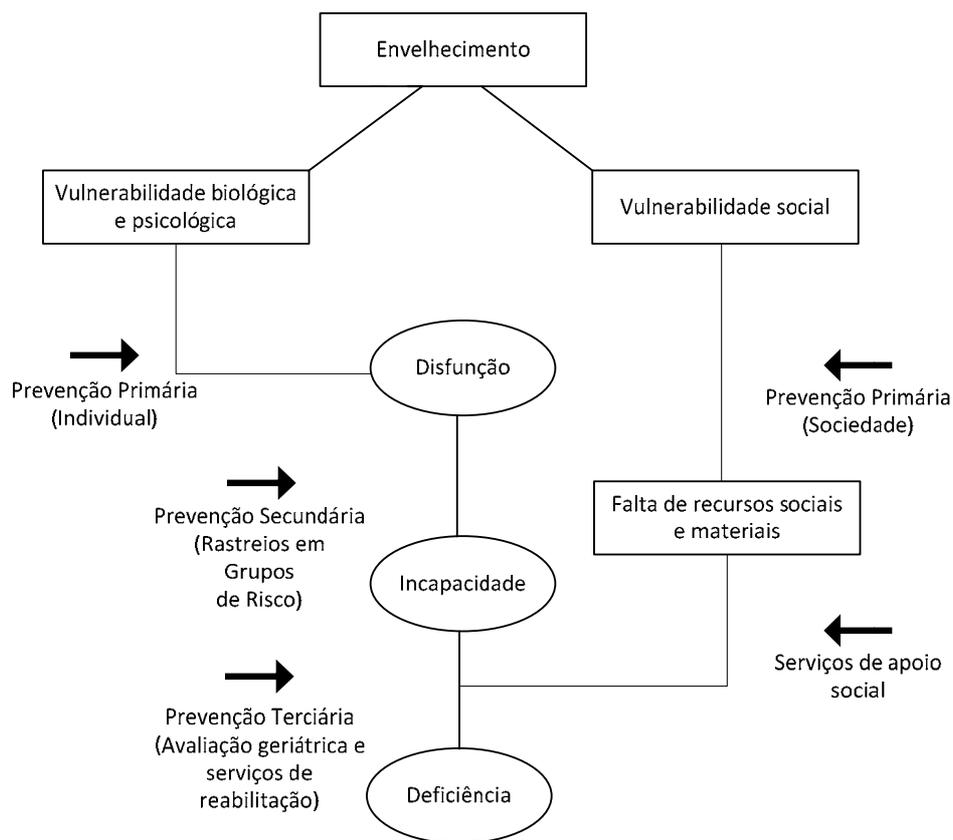
A fragilidade pode ser vista como uma perda de recursos em diversos domínios de funcionamento, o que leva a um declínio da reserva de capacidade para lidar com os factores stressantes, incluindo um aumento do risco para vários resultados adversos relacionados com a saúde, incapacidade, morbidade, quedas e hospitalização e institucionalização (Lepeleire, 2009).

Os critérios de fragilidade foram descritos por Winograd (1983), e compreendem nomeadamente: a idade de 65 e mais anos, acidente vascular cerebral, doença crónica ou invalidante, confusão, depressão, demência, perturbação da mobilidade, dependência para a realização das actividades da vida diária, queda nos últimos três meses, acamamento prolongado, escaras, desnutrição, perda de peso ou de apetite, polimedicação, défices sensoriais de visão e audição, problemas socioeconómicos e familiares, utilização de contenções, incontinência e hospitalização não programada nos últimos três meses (Portugal. MS. DGS., 2006).

Contudo, como aponta Rodrigues (2009) ainda não existe consenso no que diz respeito ao conceito, bem como aos critérios a utilizar para identificar a fragilidade.

O investigador Hébert (1997) adoptando o conceito de capacidade e autonomia funcional conceptualiza teoricamente o processo de declínio funcional aqui representado na Figura I. Neste modelo enquadra os conceitos de disfunção, incapacidade e deficiência e em simultâneo identifica as áreas de intervenção.

Figura I- Modelo teórico do processo de declínio funcional



Fonte: Rodrigues (2009), adaptado de Hébert (2007)

O síndrome de declínio funcional, em que a autonomia funcional é diminuída ou perdida, pode derivar da ocorrência de doenças agudas (como acidente vascular cerebral, por exemplo) ou apresentar um caminho mais insidioso e progressivo, em que o paciente requer uma avaliação abrangente (Hébert, 1997). Neste segundo padrão, o comprometimento funcional parece ser o marcador clínico mais precoce.

Este modelo apresenta o envelhecimento como um processo ao longo do ciclo de vida, integrando a noção do comprometimento da autonomia pela incapacidade resultante da vulnerabilidade do indivíduo ao nível fisiológico, psicológico e social.

Existem diversas intervenções que podem ser realizadas para prevenir, retardar ou compensar o processo de declínio funcional, tal como é referido pelo autor deste modelo teórico. A prevenção primária inclui o conjunto das actividades que visam evitar a exposição de um indivíduo ou de uma população a um factor de risco ou causal antes que se desenvolva um mecanismo patológico (Jamoulle, 2000; Jamoulle *et al.*, 2002 citado por Almeida, 2005).

A prevenção secundária envolve o rastreio das pessoas em risco de declínio funcional e permite uma intervenção precoce, impedindo ou atrasando o aparecimento do declínio funcional e diminuindo as suas consequências. Conforme verificado na revisão de literatura de Rodrigues (2009), este processo de selecção ou triagem pode ser oportunista - por exemplo, quando uma pessoa idosa consulta um médico - ou universal, numa abordagem populacional, por exemplo, através de um questionário enviado por correio.

O nível terciário de prevenção tem como finalidade reduzir os custos sociais e económicos dos estados de doença na população através da reabilitação e reintegração precoces e da potenciação da capacidade funcional remanescente dos indivíduos (Hespanhol, Couto, Martins, 2008).

A principal razão para a admissão de pessoas idosas em instituições e para o uso desproporcional de serviços de saúde é o declínio funcional que acompanha o envelhecimento. As estratégias eficazes para a prevenção ou reabilitação do declínio funcional vão ajudar a reduzir a incidência de deficiência e o período de dependência perto do fim da vida. Estas estratégias são pré-requisitos prioritários para controlar as despesas e, sobretudo, para permitir que as pessoas vivam de forma independente na velhice (Hébert, 1997).

Em síntese, definir saúde e envelhecimento é uma tarefa difícil e complexa. Apesar de a idade ser um elemento estatístico importante não representa uma medida adequada para determinar o estado de saúde de uma pessoa. No caso das pessoas idosas, faz sentido falar de ciclo de vida em vez de idade cronológica, avaliando o seu estado de saúde, não só através de uma perspectiva objectiva, mas, sobretudo, segundo uma compreensão pessoal e subjectiva (Madeira, 1999, citado por Almeida 2009).

Igualmente, tendo em conta os enquadramentos teóricos apresentados e que em muitas situações o declínio das funções que se associa ao envelhecimento está intimamente relacionado com factores externos, comportamentais, ambientais e sociais, é importante equacionar as estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde para esta população específica.

## **2.2. Avaliação da Autonomia funcional multidimensional**

Na perspectiva de vários autores (Rubenstein & Rubenstein, 1991; Stuck *et al.*, 1993; Ellis & Langhorne, 2004; Rubenstein, 2004; Scanlan, 2005; Botelho, 2005; Veríssimo, 2006,) a avaliação funcional multidimensional de idosos estabelece uma abordagem interdisciplinar, que compreende a avaliação de problemas médicos, funcionais, psicossociais e do meio envolvente do idoso, com o

objectivo de desenvolver um plano de intervenção centrado na manutenção e recuperação da capacidade funcional (Rodrigues, 2009).

Para além da identificação dos problemas, contribui para a determinação dos recursos médicos, psíquicos, sociais, funcionais e ambientais dos idosos avaliados, ligados a um plano geral de tratamento e seguimento a longo prazo (Stuck *et al.*, 1993, citado por Botelho, 2000).

A justificação da avaliação da funcionalidade multidimensional remete-nos para as características particulares das pessoas idosas. A pessoa idosa tem à partida uma capacidade para recuperar e repor o seu equilíbrio mais reduzida, sendo que por um lado, o padrão de doença decorre frequentemente de uma patologia múltipla e sistematicamente pouco expressiva, tendo uma estreita relação com o social, por outro, as soluções para os problemas do idoso têm quase sempre um carácter interdisciplinar, envolvendo os profissionais de diversos sectores (Veríssimo, 2006).

De acordo com a OMS (1989) as variáveis de caracterização da autonomia funcional multidimensional são as mais capazes e que permitem prever a capacidade das pessoas idosas se manterem a viver de forma autónoma e independente (Botelho, 2000).

A avaliação multidimensional do idoso, mais do que um instrumento de diagnóstico de patologias é um processo de averiguação de estados e de adequação das respostas reais às necessidades do idoso. Os objectivos desta avaliação, na opinião de Veríssimo (2006) enquadram-se no aumento da precisão do diagnóstico; na diminuição do risco iatrogénico e na adequação do prognóstico, bem como, a facilitação das condutas preventivas; orientação dos tipos de intervenção; selecção das medidas “assistenciais”; e por último, a melhoria da qualidade de vida.

A utilidade da avaliação da funcionalidade é abrangente, permitindo desde a detecção de perturbações iniciais até à monitorização do acompanhamento dos indivíduos idosos. Segundo Botelho (2005) a opção pela prática rotineira da avaliação da funcionalidade possibilita a uniformização do conceito de autonomia; a alteração de factores de dependência, como a morbilidade física e mental e a promoção de factores de independência e autonomia, como a actividade física e as adaptações ambientais.

Em síntese este conceito e a sua utilização em diversos contextos, nomeadamente, nos cuidados de saúde primários, pode contribuir para o envelhecimento activo da nossa população, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde, potenciando o aumento da longevidade sem incapacidade.

As áreas consensuais e recomendadas pela OMS (1989) a estudar na avaliação funcional multidimensional são: (i) a capacidade funcional, incluindo as actividades relacionadas com as tarefas

de cuidados pessoais, e tarefas de adaptação ao meio ambiente; (ii) a capacidade locomotora; (iii) a morbidade, mediante a caracterização do estado de saúde física e mental, bem como (iv) aspectos socioeconómicos (Botelho, 2000). Iremos de seguida estudar estas dimensões.

### **2.2.1. Capacidade funcional**

As perdas funcionais têm uma elevada prevalência nas idades avançadas e pesadas consequências potenciais, tanto na morbidade, sobrevivência, funcionalidade e qualidade de vida individual, como em custos sociais e financeiros.

O estado funcional é um parâmetro prioritário na avaliação do estado de saúde e qualidade de vida da pessoa idosa, uma vez que é um factor determinante no risco de desenvolver dependência, na institucionalização, no consumo de recursos sociais e de saúde e na mortalidade dos idosos frágeis (Fried L., Guralnick J., 1997; Reuben D., Rubenstein L., Hirsch S., 1992, citado por Córtez *et al.*, 2000).

A avaliação da capacidade funcional corresponde à capacidade do indivíduo poder cuidar de si próprio, desempenhando tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que vive (Fillenbaum, 1986, citado Ribeiro, Paúl, 2011). O conjunto de Actividades de Vida Diária (AVD)<sup>7</sup>, como lavar-se, vestir-se, utilizar os sanitários, transferir-se de posição, controlar os esfíncteres e comer, relaciona-se com o auto-cuidado.

No que diz respeito à adaptação ao meio ambiente, associado ao nível de independência da pessoa idosa, destaca-se a referência à realização das Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) que compreendem tarefas como usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro.

No contexto comunitário, onde a grande maioria das pessoas idosas está integrada e vive demonstrando independência na realização das AVD, a avaliação das AIVD assume especial interesse na identificação da fragilidade “incipiente” (Araújo *et al.*, 2008).

Apesar da observação directa ser o método mais preciso de avaliação funcional é impraticável na maior parte dos cuidados de saúde (Reuben, 1995; Sinoff, 1997; Zanetti, 1999; Lagnlois, 1996; Katz, 1963, Sager, 1992 citado por McEwans, *et al.* 1990).

Um dos instrumentos de avaliação na área da capacidade funcional mais conhecido é a escala desenvolvida por Katz *et al.* (1963) e inclui seis tarefas básicas da vida diária, mencionadas

---

<sup>7</sup> A designação internacional de *Activities of Daily Living- ADL*, sendo que a nível nacional são utilizadas as expressões de Actividades de Vida diária-AVD, alguns autores fala em ABVD (Actividades Básicas de Vida Diária)

anteriormente. Como complemento da informação sobre as actividades diárias existem as escalas de avaliação da autonomia instrumental, sendo a primeira escala deste género sido desenvolvida e validada por Lawton e Brody (1969) e que actualmente continua a ser utilizada (Botelho, 2000).

Na perspectiva de Araújo *et al.* (2008) as razões subjacentes ao uso alargado destas escalas remetem para a sua fácil aplicação e interpretação, baixo custo, a não exigência de pessoal especializado para a sua aplicação, o facto de consumirem pouco tempo no seu preenchimento e ainda devido à sua utilidade para rastreio da incapacidade.

Salvaguarda-se ainda a necessidade de ter em conta os aspectos da cultura e do género e a sua influência no desempenho destas escalas, uma vez que tal como é referido por Botelho (2005) algumas das actividades contempladas (limpeza da casa, lavagem da roupa, cozinhar), são tradicionalmente efectuadas pelas mulheres.

### **2.2.2. Capacidade locomotora**

As deficiências esquelético-motoras, são frequentes na população idosa e podem ter repercussões na capacidade motora e na actividade física. As perturbações de mobilidade mais frequentes são relativas às dificuldades nas transferências de posições (posições de deitado ou sentado), ao ficar em pé, andar e voltar-se, entre outras. Estas perturbações de acordo com Tinetti *et al.* (1986) aumentam a vulnerabilidade dos idosos para a ocorrência de quedas (Botelho, 2000).

A prevenção de quedas e lesões tem sido um foco de pesquisa, estimulada pelo envelhecimento da população e pela consciência crescente da mortalidade e morbilidade decorrentes de quedas. Na União Europeia (na sua configuração com 27 países) ocorrem perto de 40.000 mortes de idosos devido a quedas, sendo que a idade se apresenta como um grande factor de risco para lesões por quedas. A título de exemplo, as fracturas do colo do fémur são precursores comuns ao prejuízo funcional e colocação em lar de idosos. Além disso, quedas ou medo de cair pode levar alguns idosos a restringir as suas actividades, dando início a uma espiral de declínio funcional. Cerca de um terço das pessoas com mais de 65 anos caem pelo menos uma vez por ano, e cerca de metade destas quedas são de repetição (Comissão Europeia, 2010).

A avaliação de risco multifactorial das quedas seguida de orientações de intervenção nos factores de risco individuais é uma estratégia interessante, uma vez que é expectável que tenha impacto na redução do número de quedas (Gates, S. *et al.*, 2007).

Existe uma série de instrumentos de avaliação da marcha, disponíveis para os médicos dos cuidados de saúde primários. Nomeadamente, o *"Get-up and Go"* que envolve solicitar a um paciente para se levantar de uma cadeira sem usar os braços, caminhar 10 metros, virar-se e sentar-se (Mathias, 1986). A versão mais completa deste teste, o *"Timed Up and Go"* (Podsiadlo 1991) acrescenta uma componente de tempo. O Índice de Tinetti, criado em 1986 por Tinetti, Williams e Mayewski é uma escala composta por 16 itens em que 9 são para o equilíbrio do corpo e 7 para a marcha (Galvão, 2006).

As quedas podem ainda ser avaliadas através de inquéritos, com perguntas simples, conforme é sugerido por diversos autores (Botelho, 2000; Lund, J. 2007; Ribeiro, Paúl, 2011). Neste contexto, a União Europeia sugere seis perguntas de rastreio de idosos com elevado risco de quedas (Comissão Europeia, 2010):

- Sofreu alguma queda no último ano?
- Toma mais de quatro medicamentos por dia?
- Tem um diagnóstico de enfarte ou doença de Parkinson?
- Tem problemas de equilíbrio?
- Costuma parar de andar quando fala ou lhe falam?
- Consegue levantar-se de uma cadeira à altura do joelho sem usar os braços?

A utilização de instrumentos de avaliação nesta área tem importantes implicações na qualidade de vida dos idosos, uma vez que possibilita acções preventivas, assistenciais e de reabilitação.

### **2.2.3. Morbilidade**

O estudo da morbilidade dos idosos apresenta algumas dificuldades, justificadas com as características da sua expressão neste grupo etário, nomeadamente a presença de sintomas inespecíficos e/ou a apresentação de vários sintomas de situações graves (Williams, 1994, citado por Botelho, 2000).

Na avaliação multidimensional funcional de idosos é prática comum caracterizar a morbilidade pela prevalência das queixas, utilizando os sistemas classificativos internacionais, como a Classificação Internacional de Cuidados Primários – 2ª Edição Comité Internacional Classificações Wonca (WICC).

Os distúrbios sensoriais de visão e audição são também indicados para a avaliação multidimensional, tendo em conta a prevalência dos problemas nesta área e o facto de estes distúrbios terem um impacto significativo na qualidade de vida. Alguns estudos sugerem que a perda auditiva está

relacionada com o isolamento social e emocional, depressão clínica, e a actividade limitada (Mulrow, 1991, United States Preventive Services Task Force, 1997, citados por Galvão, 2006).

Em termos de visão, o rastreio é aconselhada por diversas instituições (United States Preventive Services Task Force; o Royal Australian College of General Practitioner), com a utilização da *escala de Snellen* ou através da tabela de Jaeger. É recomendado o rastreio de dificuldades auditivas através de perguntas sobre dificuldades auditivas ou através do teste do sussurro (Pirozzo, 2003 citando por Almeida, E. 2009).

A autora Botelho (2000) menciona que estas áreas não são habitualmente pesquisadas numa história e exame geral de rotina, sendo que para a sua detecção, parece ser suficiente a aplicação de questões estruturadas. Outro aspecto destacado pela autora é a consideração da avaliação subjectiva do estado de saúde na avaliação multidimensional, sendo que esta é geralmente solicitada ao próprio, tendo em conta em termos absolutos como em comparação com indivíduos da sua faixa etária.

#### **2.2.4. Saúde mental**

Tal como é referido pela investigadora Almeida E. (2009) a depressão é um importante problema de saúde pública, na medida em que é uma doença que ocupa já o primeiro lugar de prevalência, na população em geral, em vários países da União Europeia, e é das que mais pesadamente contribui para perda de saúde global a nível mundial (WHO, 2008).

Na população idosa é também um problema de relevância significativa, quer pela sua frequência, quer pelas consequências que pode ter na mortalidade, morbidade e qualidade de vida, com ênfase para o seu papel enquanto importante factor de risco para a incapacidade. Os dados de prevalência desta doença entre os europeus mais velhos são variáveis, havendo algum consenso quanto à relativa pouca expressividade da depressão *major* (possivelmente inferior a 5%) e à maior prevalência de síndromas depressivos (situa-se entre os 7,9% e 26,9%).

A depressão é por vezes “oculta”, não sendo reconhecida no contexto dos cuidados de saúde primários, se não for feita uma avaliação específica no sentido da sua detecção (Glasser, 1997; Iliffe, 1994).

A Escala Geriátrica de Depressão – Geriatric Depression Scale (GDS) foi traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988). Esta escala construída inicialmente por Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose, em 1982, foi elaborada com o objectivo de ser utilizada

especificamente para pessoas idosas. Para além disso, elimina a confusão, geralmente presente em outros instrumentos de avaliação da depressão, entre indicadores somáticos da depressão e manifestações físicas normais da velhice (Ballesteros, 1992 citados por Veríssimo, 2006).

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) é o instrumento mais utilizado para o rastreio de depressão em pessoas idosas, sendo a versão original constituída por 30 itens, tendo sido desenvolvidas versões mais sucintas (15, 10 e 5 itens), que se destinam a rastreios e estudos epidemiológicos sobre a depressão (Almeida, E. 2009)

As recomendações nesta área em termos de rastreio dependem da possibilidade de efectuar o tratamento e acompanhamento. Neste contexto, algumas instituições recomendam o rastreio oportunista (Royal Australian College of General Practitioner).

### **2.2.5. Demência**

Segundo a OMS a demência caracteriza-se por uma “diminuição progressiva da memória e da capacidade de ideação, suficientemente marcada para limitar as actividades de vida quotidiana que tenha surgido há mais de seis meses e associada a perturbação de, pelo menos umas das seguintes funções: linguagem, cálculo, avaliação, alteração do pensamento abstracto, praxia, gnosis, ou modificação da personalidade” (Almeida E., 2009).

A demência é, fundamentalmente, um diagnóstico clínico caracterizado pela perda progressiva de capacidades mentais, de natureza irreversível, resultante de uma doença do cérebro. Sabendo-se da elevada prevalência de demência, nomeadamente de Doença de Alzheimer nas pessoas idosas, que muitas pessoas não se queixam de perda de memória, e que o défice cognitivo aumenta o risco de acidentes, delírio, de não adesão ao tratamento e de incapacidade, importa a identificação precoce da mesma, que pode ser facilitada com rastreio cognitivo (Almeida, E. 2009).

Geralmente as pessoas com demência não contactam com os serviços até que ocorra uma crise, envolvendo a pessoa com demência, o cuidador ou ambos. Isto condiciona os cuidados ideais para a demência, dado que a intervenção tardia torna mais provável a institucionalização, dado que o cuidador pode já ter atingido algum grau de disrupção (Iliffe, 1994; 2003; Bush, Kozak, Elmslie, 1997).

Koch e colaboradores (2010) refere que existem algumas preocupações sobre o diagnóstico de demência por causa de potenciais impactos negativos sobre o paciente (o estigma, falta de um tratamento adequado), o cuidador (mais tempo num papel *stressante*), e prestação de serviços (sobrecarga dos serviços especializados, a incerteza de diagnóstico). No entanto, não têm sido

equacionados os benefícios em diversos níveis, por exemplo, o diagnóstico atempado permite o início precoce do tratamento e pode prolongar a fase inicial da doença, encurtando assim a fase moderada a grave, e seus encargos associados.

Vários outros estudos (Smeeth, 2001; Kerwin, 2009) sugerem que a detecção precoce permitiria também a oportunidade de planejar o futuro, e promover a consciencialização das organizações de apoio, o que pode ajudar a aliviar o sofrimento psicológico experimentado pelos cuidadores. Apesar das vantagens, a detecção precoce de demência é difícil de conseguir nos cuidados primários em diferentes sistemas de saúde, com resultados de diagnósticos entre 18 a 30 meses, e em casos extremos, até 4 anos (Koch *et al.* 2010).

Existe uma série de testes que permitem fazer a detecção de perturbação cognitiva, de que são exemplo o Abreviated Mental Test (Hodkinson 1972); o Mental Status Questionnaire (Kahan *et al.* 1980), o Short Portable Mental Questionnaire (Pfeiffer, 1975).

O instrumento mais divulgado no mundo e adaptado também para a língua e cultura do nosso país é o designado Mini Mental State Examination (Folstein *et al.*, 1975), o qual avalia diversos domínios cognitivos, concretamente: Orientação Retenção Atenção e Cálculo, Evocação, Linguagem e Habilidade Construtiva. Trata-se de um instrumento de rastreio que poderá ser utilizado por diversos profissionais de saúde (Guerreiro, *et al.*, 2010).

#### **2.2.6. Aspectos sócio -económicos**

Citando Rodrigues (2009):

*“Os aspectos sociais (recursos sociais e económico), têm implicações no estado de saúde e o seu impacto, ainda que indirecto, na saúde mental e física, aponta para que o seu estudo não seja desligado destas componentes”.*

A inclusão de factores de caracterização do contexto familiar, rede social e aspectos e económicos, no contexto da avaliação multidimensional, é primordial, tendo presente que o bem-estar social aumenta a capacidade para lidar com os problemas de saúde. Todavia, tal como é referido pela autora Botelho (2000), este domínio não é avaliado de uma forma sistemática, sendo as justificações atribuídas à pouca clarificação dos conceitos relacionados e à complexa dinâmica dos aspectos quantitativos e qualitativos.

Uma das noções a considerar na avaliação nesta dimensão é a rede social de apoio, que é um conceito que inclui as estruturas de vida social de uma pessoa, como a existência de família ou a

pertença a um grupo, quer as funções explícitas, instrumentais ou afectivas. A avaliação da rede social de apoio remete para a integração social, sendo a frequência dos contactos um dos aspectos a ser considerado; o apoio efectivo recebido e o apoio percebido (Ribeiro, 1998).

Vários estudos (Antonucci, Cortina, 2006; Shaw, Krause, Liang, Bennett, 2007) apontam para a associação entre a rede social de apoio e o estado de saúde física e mental do indivíduo, uma vez que esta variável entre outras tem um factor protector na sobrevivência do indivíduo reduzindo a mortalidade (Rodrigues, 2009).

Por outro lado, o impacto dos recursos económicos no estado de saúde reflecte-se por exemplo, na readaptação dos espaços da habitação assim como a utilização de equipamento para auxiliar na mobilidade e nas AVD (Almeida, 2009).

Um dos instrumentos mais utilizados nesta área é a Escala de Avaliação Sócio-Familiar de Gijon (González *et al.*, 1999), a qual avalia a dimensão sócio-familiar categorizando os idosos como “sem risco”, “risco social” ou “problema social”, utilizando cinco itens: (i) situação familiar, (ii) situação económica, (iii) habitação, (iv) relações sociais e (v) apoio de rede social.

Assim, apesar de se considerar que a recolha de informação pode ser feita através das respostas fornecidas pelas pessoas idosas, é oportuno equacionar se esta informação pode ou não resultar através da interoperabilidade com outros sistemas, como a segurança social.

Outro instrumento conhecido, é o Índice de Graffar, que tem por base uma classificação social internacional que tem sido utilizado na avaliação multidimensional. Este método baseia-se no estudo, não apenas de uma característica social da família, mas num conjunto de cinco critérios: (i) profissão, (ii) nível de instrução, (iii) fontes de rendimento familiar, (iv) conforto do alojamento e (v) aspecto do bairro onde habita.

Resumindo, apesar de se considerar que a recolha de informação pode ser feita através das respostas fornecidas pelas pessoas idosas, é oportuno equacionar se esta informação pode ou não resultar através da interoperabilidade com outros sistemas, como a segurança social.

Existem outros parâmetros propostos na avaliação compreensiva, alguns mais específicos, tal como a composição corporal, a força muscular, no entanto não foram aqui abordados por uma questão de concisão, sendo que se procurou explicar de forma abrangente os domínios relacionados. As áreas que podem ser consideradas são ilustradas na Tabela I.

**Tabela I – Geriatric Assessment Chart**

Quadro de análise geriátrica		
Condição alvo	Teste	Estratégias de gestão
Acuidade visual	Teste de Jaeger	Encaminhar para oftalmologista
Acuidade auditiva	Teste de Whisper	Retirar cera dos ouvidos Encaminhar para otorrinolaringologista
Incontinência urinária	Teste IKO-4	Mudar a prescrição médica existente Treino do músculo pélvico Tratamento medicamentoso Encaminhar para urologista
Depressão	Escala de depressão geriátrica	Terapia medicamentosa anti-depressiva Estratégia não medicamentosa
Perturbação cognitiva	Memory Assessment Clinic-Q	Acção de seguimento no espaço de 6 meses Encaminhar para neurologista ou psiquiatra
AVD e AIVD	Índice de Katz (4itens)  Índice de Lawton (2itens)	Avaliação aprofundada pelo Médico de família Referenciação tendo em conta o problema detectado
Circunstâncias psicossociais	Tem alguma pessoa de confiança que a ajuda em casa?	Enfermeira comunitária ou familiares
Distúrbios do sono	Sofre de problemas frequentes de sono?	Terapia não medicamentosa Mudar tratamento medicamentoso Tratamento medicamentoso Referencial para psiquiatra
Imunidade a constipações	Vacina pneumocócica no período de 3 anos	Vacina pneumocócica
Risco de queda	História de quedas Time Up and Go Test Tandem- Stan Test	Explorar a medicação Protector da cintura Substituição de sapatos adequados Exercício físico
Risco cardiovascular	Pressão sanguínea Hiperglicemia	Mudar tratamento medicamentoso de hipertensão Mudar tratamento medicamentoso de diabetes
Nutrição	Índice de massa corporal	Planear acompanhamento por médico de clínica geral
Risco de osteoporose	Lista de verificação de 9 factores de risco	Ingestão de cálcio e vitamina D

Fonte: Adaptado de Man *et al.* (2004)

### 2.2.7. Contextos de aplicação e profissionais envolvidos

A avaliação funcional multidimensional de idosos tem vindo a ser aplicada em diferentes contextos clínicos, sendo os objectivos dependentes dos contextos da aplicação, bem como dos recursos disponíveis. A sua utilização já foi proposta e realizada ao nível das pessoas idosas em ambulatório, residentes em lares e internados em unidades especializadas em geriatria (Botelho, 2009).

O autor Veríssimo (2006) faz algumas sugestões quanto aos tempos para a realização da avaliação multidimensional do idoso, designadamente, na primeira avaliação, com vista a obter-se um retrato tão fiel quanto possível do seu estado, da sua situação e dos seus problemas, de modo a servir de padrão para as comparações posteriores, como se fosse uma avaliação basal; periodicamente, a intervalos regulares, aceitando-se que se faça anualmente, particularmente depois dos 75 anos, nos idosos mais estáveis; sempre que o idoso se encontre em situação de risco: perdas de qualquer tipo (familiares, materiais, funcionais, etc.); alterações significativas do seu modo de vida, devido a doença ou outra causa (exemplo, institucionalização, hospitalar ou lar).

A avaliação multidimensional é uma abordagem interdisciplinar por excelência. Logo, a avaliação das pessoas idosas pode ser conduzida individualmente por profissionais ou por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde (Osterweil, 2003). Ao nível ambulatorio esta avaliação deverá centrar-se no médico de família, mas apelando em maior ou menor grau a outros profissionais como o enfermeiro, o assistente social, o psicólogo, o fisioterapeuta, o pessoal administrativo e noutra plano a família (Veríssimo, 2006)

Na prática, é importante reconhecer os cuidados de saúde primários como espaço privilegiado para estas acções, identificando também, as necessidades especiais de adequação ao contexto. O tempo de consulta limitada, as equipas pequenas e uma logística complexa pode causar problemas para a realização da avaliação multidimensional. Assim, para o uso em cuidados primários, os instrumentos de avaliação multidimensional devem ser concisos, de fácil execução e não implicar mais de 30 minutos (Man *et al.*, 2004).

#### **2.2.8. Instrumentos de avaliação multidimensionais para pessoas idosas**

O método habitual para se realizar uma avaliação da autonomia funcional multidimensional consiste nos questionários, quer auto-aplicados ou concebidos para entrevistas face a face, sistematizados por meio de uma série de escalas que aferem os principais componentes das dimensões associadas e recorrendo à observação directa (testes de desempenho) em algumas situações (Paixão; Reichnheim, 2005).

As medidas padronizadas possuem a vantagem de ser menos susceptíveis a viéses, mais confiáveis, mesmo quando utilizadas por equipas com diferentes níveis de formação. O uso de um teste padronizado permite ao profissional de saúde estabelecer uma linha de base. A identificação de modificações na funcionalidade pelo uso de testes permite determinar se é necessário fazer alguma

intervenção mais complexa ou antecipar cuidados que se prevêem necessários na eventualidade de declínio funcional.

Percorrendo a literatura específica, observa-se uma proliferação de instrumentos, alguns deles mais extensos, e outros mais concisos. Deste modo, têm sido desenvolvidos vários instrumentos de avaliação multidimensional de idosos que incluem a abordagem de vários domínios no que diz respeito à capacidade funcional.

Botelho (2000) a título de exemplo faz referência ao Multilevel Assessment Instrument (MAI (Lawton *et al.*, 1982), o Older American's Resources and Services – Multidimensional Functional Assessment Questionnaire - OARS-MFAQ (Fillenbaum, 1981) ou o Comprehensive Older Person's Evaluation – COPE (Pearlman 1987). Mais recentemente foi desenvolvido o Minimum Data Set – MDS (Lawton *et al.*, 1998).

Em Portugal os estudos na área das pessoas idosas e mais concretamente a abordagem da avaliação da autonomia funcional multidimensional, tem vindo a ganhar aderentes na comunidade científica. Tal como é referido por Botelho (2000) a investigação nesta área abrangeu as diferentes estratégias, alguns estudos consideraram a avaliação funcional multidimensional extensa, e outros a abordagem de inquéritos curtos ou de aplicação breve.

Em termos dos estudos mais prolongados no tempo, a autora acima referida faz menção ao estudo europeu SENECA, no qual Portugal participou durante 7 meses, e o estudo realizado pela Direcção Geral de Saúde com características de rastreio nacional que envolveu 2137 idosos (Almeida M., 1995), durante 15 meses (Botelho, 2000).

A autora Botelho (2000) desenvolveu também um instrumento de avaliação multidimensional em idosos ambulatoriais, com vista a avaliar as características funcionais, biológicas, mentais e sociais, tendo por base alguns instrumentos já aqui discutidos. Neste estudo resultante da tese de doutoramento da autora, caracterizou uma amostra de 152 idosos (com 65 ou mais anos) em ambulatório, utentes de um centro de saúde urbano com base na avaliação multidimensional. A avaliação foi feita com base num inquérito multidimensional estruturado, suportado em escalas internacionais validadas sobre a capacidade funcional, estado mental e aspectos sociais, uma observação biométrica e o cálculo dos índices da composição corporal. Destaca-se que o valor médio de duração da avaliação foi de 80 minutos, tomando como referência que se trata de uma avaliação exaustiva para contexto de investigação. Considera-se que o instrumento de avaliação utilizado pode constituir uma base de evidência para a intervenção preventiva e/ou de recuperação e acompanhamento de indivíduos idosos. Na discussão a autora conclui que o instrumento de

avaliação permitiu caracterizar perturbações numa amostra de idosos, a maioria funcionalmente independentes, sem alterações do estado mental mas apresentando morbilidade activa, tendência para a obesidade e actividade física ligeira.

Destaca-se que Older American's Resources and Services – Multidimensional Functional Assessment Questionnaire - OARS-MFAQ foi traduzido pela primeira vez para português por Rodrigues (1999), tendo sido considerado como uma versão apta a ser utilizada. Mais recentemente este investigador (2009) aplicou a metodologia OARS (Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos) a uma população idosa inscrita nos centros de saúde, onde procurou avaliar duas componentes essenciais para o planeamento da prestação de cuidados de saúde e para a alocação de serviços: o estado funcional e a utilização e necessidade sentida de serviços. Algumas das limitações do estudo conforme aponta o autor, estão relacionadas com a exigência em termos de tempo, reconhecendo ainda que apesar das vantagens da utilização integral, a recomendação da utilização de apenas algumas partes parece benéfica.

Ainda em 2009, na Universidade da Aveiro foram desenvolvidas diversos estudos, no âmbito de teses de mestrado (Almeida E. 2009), com o objectivo de analisar a validação do protocolo de Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida em pessoas idosas com 75 ou mais anos (RNAR\_75). O protocolo aborda nove dimensões, categorizando-as como estando em “risco” ou “livre de risco”, designadamente: socio-familiar, funcionalidade, depressão, cognitiva, abuso de idosos, indicadores de risco geriátrico (distúrbios nutricionais, polifarmácia, quedas incontinência urinaria, obstipação, distúrbios sensoriais e distúrbios do sono), comorbilidade e utilização de serviços de saúde/sociais.

O instrumento Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE), está devidamente documentado na literatura (Reynolds *et al.*, 2000; Orrell e Hancock, 2004, citado por Gonçalves *et al.*, 2007). É um instrumento relativamente recente que fornece uma avaliação multidimensional das necessidades de forma sistemática envolvendo vinte e quatro domínios e dois domínios relacionados com o cuidador.

As variáveis caracterizadas são: a habitação; cuidar da casa; alimentação; auto-cuidados; actividades diárias, companhia; relações íntimas; segurança (abuso; negligência; auto-negligência); benefícios; gestão do dinheiro; informação sobre a condição; doenças físicas; mobilidade (quedas); incontinência; visão/audição; drogas; problemas de memória; stress psicológico; sintomas psicóticos; cuidadores: necessidade de informação e stress psicológico. A vantagem de utilizar este instrumento é a sua capacidade de reconhecer necessidades identificadas e necessidades não identificadas.

A fase inicial do desenvolvimento da versão portuguesa do CANE foi já realizada (Gonçalves *et al.*, 2007), sendo que os resultados preliminares no desenvolvimento da versão são consistentes quanto à sua validade ecológica, facial e de conteúdo. Na opinião dos autores apresenta-se como um instrumento promissor para aplicação em contextos de investigação epidemiológica ou clínica e em versões reduzidas potencialmente útil no quotidiano dos serviços.

Existem ainda vários instrumentos de aplicação rápida que incluem as componentes multidimensionais aqui abordadas, como por exemplo, o instrumento Frailty Staging System- FSS, criado por Lachs (Lach *et al.*, 1990) ou as COOP-WONCA Charts (Nelson *et al.*, 1985).

Em 1990 Lachs e colaboradores propuseram um instrumento de rastreamento geriátrico simples para uso no contexto dos cuidados primários. A lógica deste instrumento é a utilização de uma série de perguntas "sensíveis" de rastreio. O instrumento apresenta-se como sendo fácil de utilizar, bem aceite pelos profissionais e pacientes e relativamente rápido para administrar.

A abordagem tem como base a avaliação um número limitado de domínios que são comumente disfuncionais mas muitas vezes subavaliados, quando as histórias clínicas são realizadas. O foco é nos testes de visão, audição, função dos membros, continência, estado mental, actividades de vida diária e actividades instrumentais, ambiente social e sistemas de suporte social.

Na perspectiva dos autores deste instrumento, a avaliação baseada no desempenho é uma mais-valia, uma vez que o médico observa o paciente realmente a fazer determinadas tarefas, em vez de simplesmente perguntar se consegue realizar estas tarefas.

Mateus *et al.* (1995) num estudo analítico transversal utilizaram instrumento de Lachs *et al.* (1990) para caracterizar os idosos em termos funcionais e quantificar o grau de desconhecimento dos problemas por parte dos médicos de família. Encontraram uma elevada prevalência de distúrbios funcionais dos idosos anteriormente desconhecidos e potencialmente tratáveis, e verificaram uma melhoria na relação entre os profissionais e os pacientes idosos. O grau de dependência mais elevado observado está associado a alterações do estado mental, da mobilidade, e a percepção do estado de saúde como má

Os gráficos COOP WONCA são compostos por seis escalas de item único: aptidão física, disposição ou estado afectivo-emocional; actividades do dia-a-dia; convívio e vida social; mudanças no estado de saúde e estado de saúde geral, projectadas para medir o estado de saúde funcional nos cuidados primários (Nelson *et al.*, 1985; 1990).

Na opinião de diversos investigadores é consensual a pertinência de estudar o estado de saúde, no entanto, o mesmo é difícil de medir de forma abrangente (Kinnersley. *et al.*, 1994). Os gráficos COOP WONCA, assim chamados por causa de seu desenvolvimento pelo Projecto de Avaliação Dartmouth COOP e a sua promoção subsequente pela WONCA.

Têm sido realizados vários estudos que descrevem a aceitabilidade, a distribuição dos *scores* dos gráficos, a validade de constructo, a confiança e sensibilidade. Broeiro e colaboradores (1995) efectuaram um estudo descritivo, transversal, em que foram inquiridos 189 idosos, utilizando a escala COOP/WONCA Charts. Os resultados evidenciaram a boa aceitação do instrumento, e levaram à identificação de várias limitações moderadas quer na aptidão física como 23% nos estados emocionais. Em relação à utilidade e aplicabilidade da escala na prática clínica os autores afirmam que a escala COOP/WONCA Charts contém potencialidades, uma vez que é simples; pode ser auto-aplicada ou aplicada pelos profissionais de saúde; envolve as principais dimensões de funcionalidade, incluindo a dimensão afectivo emocional e a vida social e permite atribuir um valor quantificado a cada dimensão. Todavia apontam algumas incertezas, nomeadamente quanto à validade do *score* total, e a introdução de um elemento de dispersão na consulta.

Considera-se ainda oportuno fazer uma breve referência aos instrumentos desenvolvidos para medir os níveis de fragilidade, uma vez que é um conceito cada vez mais estudado. A título de exemplo menciona-se Groningen Frailty Indicator (Slaets, 2006) um questionário simples e curto para ser usado como um instrumento de “*case finding*” para utentes mais idosos que beneficiariam de cuidados integrados. Adicionalmente o SMAF (Hébert, 1997) - *Système de Mesure de l’Autonomie Fonctionnelle*, é também um instrumento divulgado na literatura.

Os domínios avaliados em diferentes instrumentos da fragilidade são: actividades da vida diária; actividades instrumentais; funções sensoriais; medicação; memória; orientação; comportamentos; contactos sociais; funcionamento familiar; capacidade de planeamento; auto percepção da saúde; incontinência e perda de peso (De Lepeleire, *et al.*, 2009).

Este trabalho centra-se na aplicação do conceito de autonomia funcional multidimensional num contexto de prevenção secundária, abordando a pertinência deste para a realização de rastreios às pessoas idosas. Os rastreios são intervenções que envolvem recursos de forma organizada, políticas e procedimentos para a detecção precoce e tratamento de uma doença ou condição de saúde numa população definida, da mesma forma, citando Botelho (2000) a finalidade da avaliação da autonomia funcional ultrapassa a fase de diagnóstico, sendo que a sua maior valia é o desencadeamento de atitudes, face aos dados encontrados, que potenciam acções preventivas.

### **2.3. Rastreios**

Entende-se por prevenção secundária toda a intervenção efectuada na presença de uma doença diagnosticável, porém sem sintomas, com a finalidade de a detectar precocemente e, através do tratamento atempado e efectivo, de revertê-la, detê-la ou de, pelo menos, retardar o seu progresso, antes de ocorrerem danos irreversíveis.

Deste modo, a prevenção secundária tem como objectivo a detecção de um problema de saúde num indivíduo ou numa população numa fase precoce, por forma a condicionar favoravelmente a sua evolução (Almeida, 2005). Assim pressupõe, entre outros, o conhecimento da história natural da doença e a existência de um período de detecção precoce, um *lead time* (tempo ganho), suficientemente longo. É neste nível de prevenção que se enquadram os rastreios.

Rastrear doenças ou alterações não conhecidas do estado de saúde na comunidade para promover a saúde e prevenir a doença é uma das aplicações práticas da epidemiologia (Brownson, Petiti, 1998).

A ideia de examinar, de forma rotineira, pessoas saudáveis foi proposta em 1861, por Horace Dobell em Londres (Gray, 2004). Aproximadamente até 1950, o conceito de rastreio era baseado na confiança suprema no poder benéfico da ciência, tecnologia e medicina. Por volta dos anos 60, a confiança foi desafiada e passou a existir uma crescente aceitação da necessidade de avaliar os pontos positivos e negativos do rastreio, em conjunto com o dever ético de providenciar informação à população. A partir dessa altura, os rastreios foram sendo desenvolvidos em vários países da Europa, para doenças como a anemia, diabetes, bronquite, cancro do colo do útero e cancro de mama, tornando-se assim uma faceta importante da biomedicina (Raffle e Gray, 2007, citados por Mendes, 2008).

#### **2.3.1 Definições de rastreio**

A OMS define rastreio (*screening*) como um processo de identificação de indivíduos que potencialmente poderão apresentar risco mais elevado de desenvolver uma determinada patologia, de tal modo que justifique uma maior investigação ou uma acção directa (Almeida E., 2009).

No ano de 1951, a US Commission on Chronic Illness identificou rastreio como “ a presumível identificação de uma doença ou defeito desconhecidos através da aplicação de testes, exames ou outros processos que possam ser aplicados rapidamente para separar as pessoas aparentemente saudáveis que provavelmente têm a doença daquelas que provavelmente não a têm. As pessoas com

resultados positivos devem ser enviadas aos seus médicos para efeitos de diagnóstico, e se necessário tratamento” (citado por Mausner, Kramer, 2007).

De acordo com Beaglehole, Bonita, e Kjellstrom (2003), rastreio “é o processo pelo qual doenças ou alterações não conhecidas do estado de saúde são identificadas por testes que podem ser aplicados rapidamente e em larga escala. O rastreio não tem geralmente valor de diagnóstico e requer uma investigação ulterior e tratamento adequado. Para separar as pessoas aparentemente saudáveis das que provavelmente têm a doença”.

Ainda, Mittelmark *et al.* (1993) refere que rastrear pode ser definido como uma avaliação das pessoas assintomáticos de uma determinada comunidade, de forma a classificá-los como tendo provavelmente ou não a doença alvo ou a condição de saúde<sup>8</sup>. As pessoas que aparentam risco de ter a doença são referenciadas para a definição de um diagnóstico e tratamento. As pessoas que aparentemente não têm a doença são treinadas/educadas para estarem vigilantes aos primeiros sinais de alerta e encorajadas a procurar diagnósticos precoces e tratamento se necessário. Educar as pessoas que têm “resultados normais” pode influenciar positivamente os comportamentos saudáveis e encorajar o seguimento pelos cuidados de saúde primários (Brownson, Petiti, 1998).

Os significados, utilizações e definições mudam com o tempo e actualmente, existem vários procedimentos baseados no conceito de rastreio. Os autores Raffle e Gray, 2007, na sua revisão de literatura alertam para a ambiguidade associada ao conceito (Almeida, E. 2009). Rastreio, por vezes surge na prática dos cuidados de saúde, como um teste disponibilizado ao acaso a uma pessoa, ou um teste sistemático disponibilizado a um determinado grupo alvo ou a toda uma população. Apresenta-se ocasionalmente, como um conjunto de actividades, vagamente ligadas, que compreendem testes e intervenções dentro de um programa de rastreio, ou um rigoroso processo com garantia de qualidade baseado em provas que englobam um programa que utiliza as medidas necessárias conducentes à redução de risco.

Todavia, conforme é referido pelo National Screening Committee do Reino Unido (2000, citado por Mendes, 2008) a característica definidora do rastreio é o contexto para o teste, ao invés de qualquer atributo do próprio teste. Na sua generalidade, rastreio é sobre a redução de risco e ocasionalmente, é simplesmente sobre a oferta da informação. Assim, para ser eficaz precisa de ser um processo,

---

<sup>8</sup>A investigadora Almeida (2009) defende a designação de Condições de Saúde (terminologia da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, OMS 2004) que engloba, para além das doenças (agudas ou crónicas), perturbações, lesões ou traumatismos e outras circunstâncias, salvaguardando que para a sua codificação específica se recomenda o recurso à CID-10 Classificação Internacional de Doenças.

envolvendo uma sequência de eventos. Este *Committee* destaca igualmente que a organização dos programas de rastreio varia “enormemente” de país para país.

Um programa de rastreio é uma intervenção que desencadeia recursos de forma organizada (financeiros, humanos, materiais, tecnológicos), políticas e procedimentos para a detecção precoce e tratamento de uma doença ou condição de saúde numa população definida.

### 2.3.2 Programas de rastreio

Como vimos anteriormente, o rastreio é um programa e não é um teste, sendo que a gestão desse programa é essencial para garantir a qualidade, e a qualidade é essencial para garantir mais benefícios do que malefícios.

Os critérios desenvolvidos por Wilson e Jungner (1968) têm resistido ao teste do tempo e têm sido utilizados como princípios base aprovados pelas várias organizações responsáveis pela gestão dos programas de rastreio, mesmo que tenham sido publicados há mais de 40 anos. A listagem dos critérios desenvolvidos nos anos 60 é apresentada na Tabela II (citados por Gray, 2004).

**Tabela II - Principais critérios desenvolvidos por Wilson e Jungner (1968)**

Crítérios desenvolvidos por Wilson e Jungner (1968)
A condição a estudar deve constituir um problema importante de saúde
Deverá existir um método de tratamento eficaz para a doença a identificar
Devem existir facilidades para efectuar o diagnóstico e o tratamento
Deve existir um período de incubação ou estado sintomático precoce identificáveis
Deve existir um teste ou um método de exame adequado
O teste deve ser bem aceite pela população
A história natural da doença, incluindo a evolução desde a fase latente até à doença declarada, deve ser adequadamente compreendida
Terá que haver acordo sobre quem é que deve ser considerado doente
O custo da descoberta de casos (incluindo diagnóstico e tratamento) deve ser ponderado economicamente em relação aos possíveis gastos com o conjunto dos cuidados médicos
O processo de descoberta de casos deve ser contínuo e não uma actividade que se realiza de uma vez por todas

Fonte: Adaptado de Gray (2004) e Mausner, Kramer (2007)

Na aceção de Brownson e Petiti (1998) e tendo em conta a revisão de literatura efectuada, as tarefas operacionais necessárias para o desenvolvimento e implementação dos programas de rastreio organizados incluem: (i) definição da população - alvo; (ii) estabelecer prioridades entre as doenças a considerar e/ou condições de saúde; (iii) seleccionar testes de rastreio apropriados; (iv) avaliar a efectividade dos programas de rastreio na comunidade.

A definição da população alvo, será o primeiro passo ao planear um programa de rastreio de base populacional, porque os programas de rastreio devem ser adaptados para atender as necessidades da população alvo. No entanto, na prática, os programas de rastreio são implementados em resposta à disponibilidade de um teste de rastreio eficaz para uma condição de saúde particular. O autor Last (1998) explicita que definir a população alvo para programas de rastreio envolve a descrição dos *settings* e as características do grupo de pessoas que irão ser elegíveis para os rastreios

Esta tarefa abarca os conceitos de comunidade; *settings*; rastreios de *massa* ou selectivos; estratificação do risco; grupos de risco ou estratégias populacionais.

A realização de rastreios na comunidade implica ter em conta vários aspectos, nomeadamente a dimensão e características da população alvo devem ser adaptadas à disponibilidade e adequação dos recursos disponíveis para fornecer aconselhamento, para referenciar, e fazer o *follow-up* dos participantes (Wilson and Junger 1968, citados por Brownson e Petiti, 1998).

Mullen *et al.* (1995) valida a perspectiva que os *settings* (por exemplo, as escolas, locais de trabalho, juntas de freguesia, etc.) são importantes para as políticas de rastreio uma vez que obviam a necessidade de criar novas estruturas sociais e estão organizadas para finalidades mais abrangentes do que a melhoria da saúde. Igualmente os mesmos autores referem que, se criam eficiências em termos de tempo, recursos, acesso a populações específicas e potencia-se a influência social.

A “tipificação” dos rastreios advém das diferentes estratégias, cada uma com fins específicos. As estratégias de abordagem populacional, rastreios em *massa* em que toda a população alvo, independentemente do nível de risco para a doença ou condição de saúde alvo é elegível para ser rastreada (Last, 1998). Nos rastreios *selectivos*, a população alvo é redefinida apenas para incluir as pessoas que detêm um conjunto predeterminado de critérios elegíveis. Estes critérios de elegibilidade podem incluir a idade, género, condições de comorbilidade, ou uma combinação de factores de risco.

Adicionalmente ao papel de uma estratégia de prevenção baseada na população, o rastreio a condições de saúde específicas é igualmente importante como um serviço de prevenção clínica. São vários os investigadores que identificam a estratégia de rastreio *oportunista ou detecção oportunista de casos*, designado pelo termo “*case finding*”<sup>9</sup> (Sackett *et al.*, 1991; Lantz *et al.*, 1995; Beaglehole, Bonita, e Kjellstrom, 2003; Hespanhol, Couto, Martins, 2008).

---

<sup>9</sup> No dicionário de epidemiologia, Last (1998) define *case finding*: achado ou encontro de casos, detecção oportunista ou ocasional de casos. Procura oportunista e achado ou detecção de casos de doença, geralmente entre clientes de serviços e cuidados médicos, ou mesmo por simples pesquisa de ficheiro médico. Para Last ao contrário do que sucede nos rastreios esta detecção e diagnóstico de casos é

Sackett usou o termo “*case finding*” (detecção de casos) para caracterizar a estratégia para rastreios selectivos quando a população alvo é restringida a pessoas que visitam os médicos nas situações de doença intercorrente ou com outros objectivos não relacionados com a condição de saúde que está em causa no rastreio (citado por Brownson, Petiti, 1998). Os profissionais de cuidados de saúde primários, durante uma consulta episódica, podem fornecer este serviço às pessoas assintomáticas de todas as idades e em todas as categorias de risco.

Como é referido por Last (1998), outros autores portugueses (Almeida, 2005; Melo, 1994, 2003) diferenciam rastreio de “*case finding*”. O entendimento é que enquanto um rastreio tem um âmbito comunitário, o “achado de caso” diz respeito a indivíduos sob cuidados médicos (Jekel, Elmore e Katz, 1999; citados por Almeida, 2005).

Melo (1994) descreve que o “*case finding*” ocorre quando o médico no decorrer da sua actividade clínica detecta problemas (não relacionados com as queixas dos doentes) através de uma contínua atitude preventiva dirigida aos utentes da sua lista; por oposição, os rastreios são um processo sistemático e organizado de identificação de problemas de saúde nos membros de uma população, coexistido assim, uma finalidade fundamentalmente epidemiológica.

Citando ainda Melo (2003) na actuação diária e continuada do médico de família o “*case finding*” será talvez a arma mais importante na prevenção secundária, mas não é um substituto do “*screening*”.

Existem diferentes interpretações a cerca deste tipo de estratégia, e o facto de autores de língua inglesa definirem de forma divergente, torna a tradução em português mais difícil, logo, é possível encontrar na revisão de literatura designações diversas, como rastreio oportunista e detecção de casos.

Quanto à dimensão da estratificação do risco, este é um processo de classificação das pessoas (de uma população) em níveis de risco (baixo, médio, elevado) para a ocorrência da condição de saúde ou doença com base em factores de risco (genótipo, características demográficas; exposição ambiental e comportamento individual) que estão associados epidemiologicamente com o evento (Kelsey *et al.*, 1996, citado por Brownson e Petiti, 1998).

O investigador Geoffrey Rose (1992) desenvolve a distinção útil entre a estratificação do risco e as estratégias populacionais na medicina preventiva. As estratégias populacionais preventivas (como por exemplo, a redução do sal) são potencialmente mais eficazes do que rastreios a pessoas de alto

---

geralmente de iniciativa individual, isto é dos casos e não dos serviços de saúde. Alguns autores de língua inglesa falam ainda de “achados de caso activos” -*active case finding*- que corresponde à iniciativa da procura dos casos é dos serviços de saúde ou dos seus profissionais.

risco e estratégias de tratamento, para a prevenção de certas condições. No entanto, na opinião do autor acima referido, as duas estratégias são complementares, requerem diferentes recursos e são potencialmente sinérgicas, e muitas vezes podem ser implementadas em conjunto (Almeida, 2005).

Na sequência da definição da população alvo, a tarefa subsequente na organização dos programas de rastreio é a determinação e decisão a que condições de saúde ou doenças se deve dar prioridade. Os critérios potenciais prioritários, tal como era referido por Wilson e Jungner, incluem o “peso” dos encargos da doença; a disponibilidade de um ou mais testes de rastreio eficazes; a disponibilidade de tratamento eficaz e *follow-up* dos casos detectados precocemente; a relação custo - eficácia; os custos iniciais; a equidade e precedentes históricos (isto é experiências com programas de rastreios já em prática) (Brownson e Petiti, 1998).

Como é referido por vários autores (Gray, 2004; Beaglehole, Bonita, e Kjellstrom, 2003; Mausner, Kramer, 2007) os conceitos e princípios epidemiológicos relacionáveis com o estabelecer de prioridades entre as doenças e as condições de saúde elegíveis para rastreio são: a história natural e estádios clínicos da doença e peso do sofrimento associado (determinado pela incidência; prevalência; taxa de letalidade; qualidade de vida e custos da doença).

Os rastreios eficazes (e os tratamentos) podem alterar a história natural da doença tanto nos casos individuais como na população, melhorando os resultados de saúde. O tratamento precoce deve prolongar a vida e reduzir a morbilidade mais eficazmente do que o tratamento tardio, para tornar a intervenção uma mais-valia.

O objectivo a curto prazo dos rastreios é mudar a distribuição de casos detectados através de rastreios, no sentido de conseguir encontrar casos em fase menos avançadas de severidade da doença e para as quais o prognóstico será melhor. Por exemplo, o objectivo a curto prazo de rastrear a alta pressão arterial é detectar as pessoas que de facto são hipertensas, particularmente aquelas com doenças mais severas e reduzir a pressão a níveis seguros. A carga de sofrimento de uma população devido a uma condição de saúde, é um indicador da sua importância em termos de saúde pública. As taxas de incidência elevadas normalmente indicam a necessidade de serviços de rastreio (Mausner, Kramer, 2007).

Apesar da taxa de mortalidade ser uma das medidas mais importantes para analisar o valor dos programas de rastreio, o número de anos de vida ajustados pela qualidade<sup>10</sup> ganhos pela

---

<sup>10</sup> Anos de Vida Ajustados pela Qualidade (AVAQ), unidade de medida capaz de sintetizar num único valor o total das melhorias no estado de saúde, de uma pessoa ou grupo, em termos dos anos de vida ganhos e da qualidade de vida que lhes está associada, em resultado de uma qualquer intervenção (Pereira, 2004).

disponibilização frequente de programas de rastreio é muitas vezes usada como uma medida dos efeitos. Desta forma conduz à medição de resultados em diferentes unidades naturais de morbilidade e mortalidade. Segundo, Brownson e Petiti (1998) estas medidas de qualidade de vida serão mais adequadas na análise custo - efectividade de programas específicos, como por exemplo, programas de rastreio de defeitos no tubo neural. Esta questão enquadra-se ainda nas vantagens dos programas de rastreio, no que diz respeito a objectivos de melhoria na funcionalidade quer psicológica, quer social.

Como já foi mencionado anteriormente, na prática, a implementação destes programas depende sempre da disponibilidade de um teste de rastreio seguro, preciso, aceitável para os participantes e profissionais, e acessível em relação aos benefícios.

Como indica Melo (1994), os testes de rastreio permitem uma separação de dois grupos: um grupo de indivíduos em que o resultado do teste de rastreio foi negativo e que se presumem serem saudáveis; um segundo grupo em que o resultado do teste de rastreio foi positivo e que se presume serem doentes e terão de se submeter a outros testes mais específicos para a confirmação da doença.

O teste ideal de rastreio teria valores altos para os parâmetros da sensibilidade<sup>11</sup>, especificidade<sup>12</sup> e valor preditivo positivo. De acordo com a definição de Last (1998) as características dos testes de rastreio incluem, a exactidão, a precisão, estimativas de rendimento, reproductibilidade (confiança), especificidade, sensibilidade e validade.

Quando se fala na aplicação de testes de rastreio, podemos ainda salientar as estratégias de múltiplos testes de rastreios ou rastreios multifásicos<sup>13</sup> e as estratégias de testes sequenciais<sup>14</sup> (Beaglehole, Bonita, e Kjellstrom, 2003).

A oportunidade de rastrear numa única ocasião diversas doenças tem obviamente várias vantagens em termos da conveniência para os participantes e em termos da eficiência potencial para as organizações. De acordo Mausner, Kramer (2007) quando se rastreia vários aspectos de saúde, a probabilidade de encontrar um resultado positivo é maior, mas como cada teste produz alguns falsos positivos, as despesas com o acompanhamento posterior aumentam com o número de testes realizados.

---

<sup>11</sup> É a proporção de indivíduos verdadeiramente doentes na população rastreada, que são identificados como doentes (positivos) pelo teste de rastreio. (Last, 1998)

<sup>12</sup> É a proporção de indivíduos verdadeiramente não doente que são identificados como não doentes (negativos) pelo teste de rastreio. (Last, 1998)

<sup>13</sup> Envolve a aplicação simultânea de vários testes de rastreio numa mesma altura Beaglehole, Bonita, e Kjellstrom, 2003

<sup>14</sup> Combina testes diferentes em sequência, o segundo teste é feito apenas se o primeiro der um resultado positivo.

Esta questão é levantada por diversos autores, afirmando que as vantagens da conveniência e eficiência podem ser contestadas pelas desvantagens da complexa logística que envolvem, como o *follow-up* posterior, a diluição da motivação para a mudança quando múltiplos problemas são encontrados na mesma pessoa (Mittelmark *et al.*, 1993 citado por Brownson e Petiti, 1998) e o aumento do consumo de recursos sem a produção de benefícios esperados (Melo, 1994).

A abordagem destas vantagens e desvantagens dos rastreios multifásicos é pertinente, no enquadramento nos rastreios à população idosa, como será discutido posteriormente.

Por último, no que diz respeito às tarefas de desenvolvimento de um programa de rastreio, destaca-se a dimensão essencial da avaliação da efectividade dos procedimentos de rastreio, sendo esta definida por Teutsch (1992), como a possibilidade de melhoria de um resultado de saúde que as estratégias de prevenção podem produzir numa comunidade típica.

Da revisão de literatura efectuada, salienta-se que a recomendação dos profissionais de saúde para a realização de um rastreio depende das evidências recolhidas sobre determinado programa, quer seja, em termos dos testes e procedimentos de diagnóstico, bem como, o tratamento e intervenção.

A decisão de iniciar, modificar ou terminar o esforço de realizar rastreios na comunidade deve ser baseado em evidências empíricas da efectividade actual ou expectável do rastreio. A efectividade real é determinada pela medição dos ganhos em saúde em função de um programa que foi implementado. A efectividade expectável ou esperada é uma estimativa efectuada antes do início da implementação do programa do seu impacto (Brownson e Petiti, 1998).

A maioria dos investigadores considera que a melhor evidência da efectividade dos procedimentos de rastreio são os ensaios controlados aleatorizados<sup>15</sup> (frequentemente designado como ensaio controlado randomizado).

Tomando como exemplo a avaliação da tensão arterial a pessoas com mais de 18 anos de 2 em 2 anos, este rastreio tem um nível de evidência de boa qualidade, obtida de revisão sistemática de todos os ensaios controlados aleatorizados. (Hespanhol, A., Couto L., e Martins, C. 2008).

Cadman *et al.* (1984), enuncia outros indicadores ou critérios, para além dos estudos e ensaios controlados aleatorizados, como a capacidade adequada do sistema de saúde para lidar com os encaminhamentos das pessoas diagnosticadas e as elevadas expectativas do cumprimento com os

---

<sup>15</sup> Ensaio controlado aleatorizado, ou ensaio controlado aleatoriamente (Randomized Control Trial). Um estudo epidemiológico experimental em que os indivíduos são distribuídos aleatoriamente por grupos, geralmente designados por grupos “estudo” e grupos “controlo”, submetidos ou não a um processo, intervenção terapêutica. Os resultados são apreciados por meio de uma comparação entre taxas de doença, morte, ou outro resultado considerado apropriado. (Last, 1998).

conselhos subsequentes e intervenções, entre as pessoas rastreadas que testam positivo nos testes (Brownson e Petiti, 1998).

Quando um programa de rastreio ineficaz é implementado em larga escala, desvia recursos de actividades mais benéficas, enfraquece a credibilidade dos profissionais de saúde pública e torna a avaliação de intervenções potencialmente melhores mais difícil. Finalmente os rastreios inapropriados podem sobrecarregar o sistema de saúde, com o seguimento desnecessário, exposição ao excesso de responsabilidade jurídica; e aumentar os custos dos cuidados médicos (Gray, 2004).

Bragança (2003) destaca ainda alguns viéses que podem ocorrer na análise da efectividade de um rastreio, dando o exemplo do viés do tempo de antecipação, *“Lead Time Bias”*, em que o aumento da sobrevivência a partir do diagnóstico, demonstrado como sendo resultado do programa de rastreio, poderá apenas resultar do facto da doença ser conhecida mais cedo no tempo e o viés da adesão, *“Compliance Bias”*, sendo que os indivíduos que se oferecem como voluntários para programas de rastreio são, frequentemente, aqueles que teriam resultados favoráveis por outros motivos, designadamente por terem mais cuidado com a sua saúde.

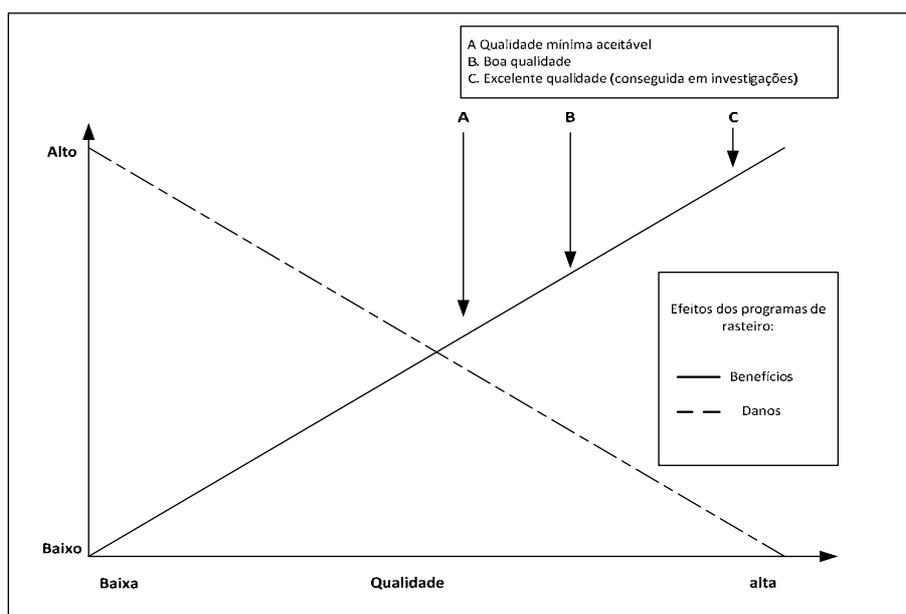
Qualquer programa de rastreio tem benefícios, custos e danos, havendo uma obrigação ética de maximizar os benefícios e minimizar os danos. Além disso, quando os recursos da comunidade são usados para financiar os rastreios deverá haver um consenso sobre os benefícios dos programas por forma a justificar o dispêndio de erário público ou privado.

Gray (2004) discute a necessidade dos ensaios controlados aleatorizados estudarem a evidência do dano, afirmando que ensaios controlados aleatorizados com “poder” suficiente para identificar o benefício do rastreio podem não ter “poder” suficiente para identificar o dano.

Este autor afirma que a gestão do programa de rastreio é essencial para garantir a qualidade, por outro lado, a qualidade é essencial para garantir mais benefícios do que malefícios. O equilíbrio entre as duas dimensões é essencial para comparar os desempenhos de programa e tal só é possível se existir uma gestão nacional dos programas.

A relação entre a qualidade e o dano, e a necessidade de normas nacionais é ilustrada na Figura II.

Figura II- Relação entre benefícios, danos e qualidade



Fonte: Adaptado de Gray (2007)

As orientações fornecem aconselhamento aos clínicos, profissionais da saúde pública, organizações de cuidados de saúde e o público em geral, de como se pode melhorar a efectividade e o impacto das intervenções clínicas e intervenções de saúde pública (Gray, 2007).

Assim, no sentido de minimizar os danos e efectuar um rastreio de qualidade, devem ser assegurados os seguintes aspectos: definição clara dos objectivos globais do programa, espírito de equipa forte, garantia de execução consistente e equitativa, regendo-se por políticas e normas de qualidade e ainda canais de comunicação locais e regionais ou nacionais assegurados; formalização de acordos de gestão do programa, sistema explícito de gestão da qualidade; investigação como suporte à elaboração e desenvolvimento de um programa de rastreio (Almeida E., 2009).

### 2.3.3. Considerações éticas dos rastreios

Identificar e reduzir riscos tornou-se hoje um objectivo central da saúde pública, e desta forma a gestão de riscos é nuclear ao discurso de promoção da saúde e prevenção da doença. Os programas de rastreio têm como finalidade a redução de risco e apesar das vantagens em termos epidemiológicos e preventivas, têm vindo a ser discutidos alguns problemas dos rastreios, que levantam questões éticas.

Neste sentido, vários investigadores têm chamado a atenção para as considerações de ordem prática e ética relevantes para a prescrição de rastreios às populações (Mausner, Kramer, 2007). O facto de

uma investigação ser iniciada por ou sob a responsabilidade dos médicos cria a convicção de que não só a técnica de rastreio é de confiança como o tratamento é possível e será disponibilizado às pessoas que dele o necessitam. Na perspectiva dos autores, Hespanhol, Couto, Martins (2008), enquanto numa consulta a preocupação principal é com o diagnóstico da doença, sendo que o médico embora aceite a obrigação de tentar ajudar o utente, não se pode comprometer com o sucesso, no rastreio, quer seja oportunista ou dirigido a grupos específicos, o médico responsabiliza-se automaticamente pelo benefício que advirá para o utente daquele tipo de intervenção.

Torna-se, por isso, necessário ter em conta os potenciais efeitos nocivos a que sujeitamos uma pessoa saudável, ao incluí-la num programa de rastreio, nomeadamente os riscos possíveis dos testes ou exames realizados em pessoas aparentemente saudáveis, não só para realização do rastreio mas também para eventual confirmação do diagnóstico, sobretudo quando os benefícios do rastreio, por si só, são reduzidos.

No “discurso” dos profissionais de saúde destaca-se o princípio da não - maleficência, em que os médicos defendem o princípio ético de não provocar dano nos seus pacientes (*primum non nocere*). Os falsos positivos de alguns testes de rastreio podem entrar em conflito com este princípio ético.

Melo (2007) enquadra o excesso de programas de rastreio (muitos deles não validados) como o exemplo daquilo que a prevenção quaternária deve ter em atenção. A prevenção quaternária implica o respeito pela autonomia do utente, o que pressupõe a possibilidade de este aceitar ou rejeitar opções terapêuticas ou preventivas (uma vez devidamente informado), bem como o direito de não ser confrontado com “rastreios” oportunistas, não relacionados com o motivo que o levou a consultar o seu clínico.

A prevenção quaternária também designada por prevenção da iatrogenia está definida no dicionário da WONCA (Organização Mundial dos Médicos de Família) como “a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para os proteger de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis”.

Almeida (2005), identifica este nível de prevenção como particularmente pertinente no grupo etário dos idosos, atendendo à redução fisiológica da sua reserva funcional e conseqüente risco acrescido de iatrogenia, nomeadamente farmacológica.

## 2.4. Rastreios a pessoas idosas

Uma prestação eficaz de cuidados primários depende da identificação precisa das pessoas em risco. Esta aceção será particularmente verdade nos idosos, cujas exigências são um pobre reflexo das suas necessidades. Os serviços prestadores de cuidados frequentemente, só intervêm após o processo de declínio funcional ter iniciado e por outro lado, a efectividade dos programas de prevenção terciária é limitada pela irreversibilidade dos danos já causados.

A detecção precoce de pessoas idosas em risco de perder a sua autonomia (prevenção secundária) através de métodos de rastreio e a implementação de um programa de avaliação e vigilância poderia prevenir ou retardar o início do declínio funcional (Hébert, 1997) e possibilitar os cuidados geriátricos ainda na comunidade<sup>16</sup>.

Estima-se que uma percentagem de 96,61% (Ribeiro, Paúl, 2011) da população maior de 65 anos vive nas suas casas ou nas de familiares. Consequentemente o papel dos cuidados de saúde primários é fundamental na prevenção de mortes precoces e na melhoria da funcionalidade e qualidade de vida destas pessoas, pelas características da sua intervenção no contexto familiar e comunitário, assentes na compreensividade e continuidade de cuidados. Os doentes idosos e as suas famílias atribuem muitas vezes os sintomas à experiência normal do envelhecimento, quando estes podem estar associados a uma doença específica e a efeitos adversos de medicação. Assim, podem adiar o tratamento médico e em resultado disso desenvolver consequências mais severas que podiam ser contidas se o tratamento tivesse sido iniciado mais cedo.

Embora alguns estudos demonstrem a disposição dos idosos a participar em programas de promoção da saúde, existe o perigo das intervenções chegarem apenas aos que já são um sucesso em termos de envelhecimento saudável, sendo por isso necessárias estratégias específicas que assegurem que os grupos de elevado risco são alvo de actividades preventivas (Sims *et al.*, 2000).

O interesse do possível benefício da avaliação regular dos idosos foi originado pelos primeiros estudos há várias décadas no Reino Unido (Freer, 1985). O exemplo de Anderson e Cowan, 1952, foi pioneiro de outras investigações ao demonstrar que existe uma prevalência de problemas físicos, sociais e psicológicos não detectados na população idosa através da história clínica e do exame físico. Os problemas encontrados eram assintomáticos (como uma pressão arterial alta ou nível de glicose), e sintomáticos, mas desconhecidos para a equipa de cuidados primários (Williamson, 1964).

---

<sup>16</sup> Alguns investigadores (Ribeiro, Paúl, 2011) fazem referência às estratégias do paradigma do *Aging in Place*, que define que as pessoas idosas possam continuar num estilo de vida nas suas comunidades de forma mais normal possível, os Cuidado de saúde em Ambulatório, serão disso um exemplo.

Freer (1985) refere que a existência dos problemas sintomáticos que nem sempre são desconhecidos dos doentes, mas não são denunciadas aos médicos, muitas vezes porque o idoso pode pensar que o problema não é legítimo ou remediável ou que é de se esperar com a velhice. Acrescenta-se ainda as dificuldades de comunicação devido a factores como a audição ou perda de memória ou um estado de confusão mental. Por outro lado, a percentagem de consulta aos médicos de família é elevada por parte das pessoas idosas, sugerindo que os problemas detectados não poderiam ser atribuído à falta de contacto. Desde então surgiram várias investigações que destacaram a importância e necessidade de uma abordagem sistemática para detecção de problemas.

No seguimento destes resultados, foram encontrados consensos políticos que levaram à existência de recomendações específicas do Conselho da Europa na área promoção da saúde e prevenção da doença das pessoas idosas. A Recomendação n.º 87 de 22 Outubro de 1987, “On the screening and surveillance of elderly persons” (Europa, Conselho da Europa, 1987) reconhece que os objectivos do rastreio e vigilância das pessoas idosas são eficazes para prolongar a vida, melhorar o bem-estar subjectivo, melhorar o funcionamento social e diminuir a incidência e a duração da doença, e recomenda aos governos dos Estados membros, a disponibilização de rastreios viáveis e seguros. Esta recomendação destaca ainda o papel primordial dos médicos de família e de clínica geral na vigilância e prestação de cuidados a esta faixa etária, e a criação de incentivos à pesquisa sobre o custo-efectividade dos rastreios. Anexo à Recomendação eram indicadas as condições de saúde a rastrear (por exemplo, audição, visão, alterações do equilíbrio, depressão, etc.), tendo em conta os critérios de prevalência, métodos confiáveis, eficácia do teste e resultados satisfatórios de intervenção.

O Reino Unido neste contexto introduziu uma nova obrigação para os *General Practitioners* (GP), em 1990, a qual implicava um exame de saúde anual para as pessoas com 75 anos e mais <sup>17</sup>(“75 and over checks”). A oferta deste exame de saúde tornou-se uma exigência para os médicos de clínica geral. Ao mesmo tempo que eram especificadas áreas de avaliação - social (estilo de vida, rede social), mobilidade (andar, sentar, uso de ajudas técnicas), mental, sentidos (audição e visão), incontinência e revisão da medicação - e deixava-se unicamente ao critério do médico a aplicação “adequada” das mesmas (Fletcher, 1998).

A avaliação geriátrica terá sido iniciada pela médica inglesa Marjory Warren (1935). Entre 1975 e 1995 ocorreram vários ajustamentos ao modelo, especificamente com o desenvolvimento da

---

<sup>17</sup> Este exame é designado por diferentes termos ao longo do trabalho, nomeadamente, avaliação regular dos 75 anos ou mais; “75 and over checks”, ou rastreio. Apesar do termo inglês *assessment* ser diferente de *screening*, no contexto de revisão de literatura é possível aferir que os estudos que analisam os “75 and over checks”, consideram que este termo compreende várias significâncias, nomeadamente rastreio e avaliação.

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), sendo que presentemente a integração deste modelo de avaliação multidimensional do idoso faz parte do sistema de cuidados de saúde (Rubenstein, 2004, citado por Rodrigues, 2009). De acordo com Carlos Paixão (2005) esta avaliação tem como objectivo o diagnóstico precoce de problemas de saúde e a posterior orientação para serviços de apoio, se necessário, com a finalidade de manter a pessoa idosa na sua casa.

Os benefícios da avaliação geriátrica citados na literatura internacional são variados, tais como a (i) detecção de problemas que, de outra forma, poderiam passar despercebidos e apenas serem detectados na sua fase aguda, (ii) melhoria da capacidade funcional, (iii) diminuição das readmissões hospitalares assim como institucionalização, (iv) redução da mortalidade, (v) melhoria da condição física e cognitiva, (vi) compensação da perda de autonomia, com o apoio necessário e, por último, (vii) melhoria da qualidade de vida (Ellis e Rubenstein, citados por Almeida, E., 2009).

Freer (1985) refere que a evidência não é persuasiva sobre os benefícios para a saúde e economia, que podem ser obtidas através dos rastreios geriátricos, relatando um estudo de médicos de clínica geral no noroeste de Inglaterra, que revelou que apenas cerca de 10 por cento dos médicos tentaram qualquer forma de rastreio com os doentes mais velhos. Salaria ainda que um dos critérios dos programas de rastreio - que deveria haver uma fase assintomática ou sintomática precoce - é difícil de cumprir nos rastreios geriátricos. Muitos dos problemas vividos pelos indivíduos acima de 65 ou 75 anos de idade não são susceptíveis de ser tão facilmente definidos ou identificados. Quando existem problemas de saúde que frequentemente ocorrem juntos e sobrepõem-se ao processo de envelhecimento, cujas características variam no tempo, gravidade e sequência de indivíduo para indivíduo. A evolução dos problemas peculiares nesta faixa etária não tem uma história natural distinta e há pouca informação sobre esta.

O mesmo autor indica que a efectividade do rastreio geriátrico é talvez a menos bem estabelecida de todos os tipos de rastreio. Remete para três estudos de caso controlo aleatorizados e estudos de seguimento de dois a três anos (Thlloch e Moore 1979; Vetter e colegas 1984. Hendriksen C, Lund E, Stromgard E., 1984), sendo que os resultados apontam para o aumento da utilização dos cuidados de saúde e serviços sociais e uma redução na duração prevista da estada no hospital. Estes resultados não fornecem ainda um suporte sólido para a vigilância adicional de todos os pacientes mais velhos, no entanto, esta questão pode reflectir primeiramente a escolha dos resultados, como a mortalidade, a frequência de consultas com o médico de família e internamento hospitalar para estabelecer a efectividade. Existem provavelmente outros efeitos mais dificilmente medidos, nomeadamente a satisfação dos pacientes com os rastreios, apresentando-se como uma

oportunidade para melhorar a comunicação entre pacientes e membros da equipa de cuidados de saúde primários.

Stuck et al. (1993) na sua análise dos estudos controlados aleatorizados aponta para que os resultados obtidos relacionam-se sobretudo com as características da concepção dos estudos, opções metodológicas e definição dos critérios de inclusão (Botelho, 2000).

No estudo de Pathy e Harding (1992), no final de três anos de seguimento, houve uma diferença significativa na mortalidade a favor do grupo de intervenção (18% contra 24%). Não houve diferenças nos internamentos hospitalares, mas a duração do internamento foi cinco dias mais curtos para os pacientes mais jovens no grupo de intervenção, mas não para o grupo como um todo. Houve melhorias na auto-avaliação de estado de saúde, mas não em qualidade de vida. O uso de serviços aumentou no grupo de intervenção, por exemplo, para podologia, cuidados domiciliário (Fletcher, 1998).

Desta forma, têm vindo a ser desenvolvidos vários trabalhos que levantam uma série de questões. O aspecto fundamental é o facto do custo destes programas ser ou não justificado pelos benefícios adquiridos. Outras dúvidas dizem respeito à organização de programas efectivos e incluem aspectos como a adequação (ou não) da identificação de grupos de alto risco entre os idosos (Shackley, 1993).

Uma forma de resolver os problemas logísticos do rastreio regular a todos os pacientes mais velhos seria o estabelecimento de critérios que definam uma subpopulação que mais beneficiariam de prevenção secundária (Williamson, 1988; Freer, 1985; Shackley, 1993). Logo, tem sido sugerido, que a identificação dos chamados grupos “em risco” dentro da população específica seria uma estratégia de rastreio preferível.

Na base da necessidade da estratificação do risco está a noção de que, ao identificar grupos de alto risco e limitando assim o número de pessoas seleccionadas, seriam poupados tempo e recursos sem o efeito concomitante de reduzir a eficácia global do programa de triagem, uma vez que aqueles que não são seleccionados são, por definição, de baixo risco.

De acordo com a revisão de literatura de Shackley (1993) vários métodos têm sido sugeridos para a identificação de grupos de alto risco, sendo que entre os mais citados são: (i) a identificação de pessoas muito idosas (por exemplo, mais de 85 anos de idade), (ii) as recentemente enviuvadas, (iii) os que vivem sozinhos, (iv) os casais sem filhos, (v) aqueles que recentemente se mudaram, e (vi) aqueles que tiveram recentemente alta do hospital. No entanto, Holland e Stewart (1990) argumentam que a delimitação destes de grupos de risco pode não ser útil na identificação daqueles com maior necessidade. Por exemplo, eles afirmam que os idosos que vivem sozinhos podem estar

em numa fase das suas vidas onde eles desenvolveram uma rede de amigos em quem podem confiar e, como tal não estão num grupo de alto risco (Hebert, 1996).

Um estudo realizado por Taylor e Ford (1983) fornece evidência para sustentar essa tese. Os resultados indicaram que apenas 4 categorias foram consideradas indicadores válidos de alta vulnerabilidade. Esses grupos foram os recém-saídos do hospital, aqueles que tinham se mudado recentemente de habitação, os muito velhos, e aqueles que são divorciados ou separados (Roworth, 1989).

Uma outra estratégia selectiva incorpora duas fases, num primeiro momento um questionário postal era aplicado para a identificação da população em risco e posteriormente decorria uma intervenção nas situações identificadas. Barber *et al.* (1980) utilizou questionários de auto-avaliação por parte dos idosos, para identificar as pessoas em risco (Freer, 1985; Hébert, 1996). O questionário, composto por nove perguntas simples sobre as actividades da vida diária e estado de saúde, foi enviado a uma amostra aleatória de idosos acompanhados pelos cuidados primários em Glasgow (1980). Ao avaliar as necessidades de cada idoso, aproximadamente 80% dos pacientes obrigaram a uma avaliação mais aprofundada.

Será ainda importante destacar a abordagem dos rastreios oportunistas que aparecem como uma alternativa à abordagem populacional, quando falamos em prevenção secundária com idosos. Pathy e colegas (1992) utilizaram também questionários e demonstraram que os rastreios oportunistas podem ser aplicados em serviços de assistência domiciliária ou através dos médicos de família.

Todavia, relativamente a esta abordagem colocam-se algumas dificuldades, do ponto de vista da adequação à população idosa e do ponto de vista logístico. Por um lado, existe alguma preocupação quanto à proporção relativamente pequena de pessoas idosas na lista de um médico de família, e a observação do facto que algumas pessoas não frequentam as consultas regularmente<sup>18</sup>. Apesar de alguns estudos terem demonstrado que as pessoas que não utilizam as consultas com tanta frequência, têm melhor saúde do que os frequentadores, mas têm níveis apreciáveis de morbilidade (Roworth, 1989).

Quanto aos aspectos logísticos, as limitações de tempo na consulta de clínica geral apresentam-se como um obstáculo, uma vez que não se espera que o clínico possa adicionar cinco ou dez minutos a cada encontro com os seus pacientes idosos. Uma outra dificuldade potencial com esta abordagem é que o paciente idoso ao consultar o médico com um problema estará vulnerável a esse problema e

---

<sup>18</sup> Esta questão tinha sido abordada por J. Tudor Hart (1971), que enunciou a histórica "*the inverse care law*" ou "a lei da inversão dos cuidados de saúde", onde identificava que os que mais necessitam tendem a ser os que menos procuram e os que menos cuidados de saúde recebem (Ramos, 2003).

pode resultar em alguma ansiedade que influenciará a vontade para discutir temas que não estão relacionados com os sintomas e necessidades expostas.

Mais recentemente Fletcher *et al.* (2002, 2004) efectuou um ensaio controlo aleatorizado, onde participaram 33.000 pessoas idosas com mais de 75 anos de idade no contexto dos cuidados de saúde primários no Reino Unido.

O estudo convidou as pessoas com 75 ou mais anos para completar um questionário de rastreio sucinto. No grupo alvo apenas aqueles que relataram uma série de problemas pré-especificados foram convidados a ter uma avaliação detalhada multidimensional, enquanto que no grupo de rastreio universal, todas as pessoas foram solicitadas a comparecer numa avaliação detalhada. A especificidade do questionário de rastreio foi alta, mas a sensibilidade foi abaixo de 50% para todas as dimensões. A segunda questão analisada no estudo estava relacionada com o follow-up em termos de gestão dos cuidados subsequentes, apresentados por uma equipa de cuidados geriátricos ou pela equipa de cuidados de saúde primários.

Os resultados deste ensaio corroboram as evidências descritas há 40 anos, confirmando a elevada frequência de necessidades não satisfeitas e não declaradas das pessoas idosas. Por exemplo, 26% dos participantes apresentaram problemas de audição. No entanto, os resultados sobre a mortalidade e internamentos hospitalares são reduzidos, com poucas diferenças após 3 anos de acompanhamento. O rastreio universal foi associado a uma redução de 17% nas admissões institucionais, mas este não conseguiu chegar a níveis pré-especificado de significância estatística. Demonstraram-se ainda pequenos ganhos em qualidade de vida. Estes achados devem ser interpretados à luz de design do ensaio e tendo por base uma limitação importante, ou seja, a não inclusão de um grupo de controlo sem avaliação geriátrica, uma vez que a partir de 1990 todos os idosos com mais de 75 anos foram “rastreados”.

Tal como é concluído pelos autores Fletcher *et al.* (2004) embora este ensaio tenha sido um dos maiores realizados, não significa que ele tenha poder estatístico suficiente para detectar todos os efeitos clinicamente importantes. Os resultados são compatíveis com estudos anteriores de visitas domiciliárias preventivas em idosos, sendo que o impacto nas admissões em lares de idosos parece depender de múltiplas visitas de acompanhamento.

Após o estudo realizado por Fletcher *et al.* (2004), as evidências de benefício do rastreio populacional tornam-se frágeis, sendo que no Reino Unido, a obrigatoriedade da realização dos “75 and over checks” foi sendo abandonada, muito antes de ter desaparecido do contrato com os General Practitioner (GP) em 2004.

A falta de evidências a apoiar a implementação generalizada de rastreios geriátricos nos cuidados de saúde primários não deve desencadear o abrandamento do entusiasmo para os cuidados preventivos e de antecipação aos pacientes mais velhos, nem deve diminuir o reconhecimento dos benefícios importantes de prevenção, nas áreas nomeadamente, da funcionalidade e qualidade de vida (Freer, 1985; Roworth, 1989, Fletcher *et al*, 2002; Mcclane, 2006)

Na perspectiva de De Lepeleire *et al.*, 2009, o conceito de fragilidade também fornece um quadro conceptual interessante para o desenvolvimento dos rastreios geriátricos. Alguns instrumentos têm sido desenvolvidos para medir o nível de fragilidade, sendo uns mais adequados ao rastreio oportunista e outros ao rastreio populacional. Exista ainda alguma discussão sobre a sua viabilidade na prática, sendo que os médicos dos cuidados de saúde primários necessitam de instrumentos simples que permitam uma abordagem em duas etapas, com uma ferramenta heurística simples num primeiro passo, e uma avaliação mais complexa e abrangente como o segundo passo. Em muitos países europeus, os médicos poderiam integrar o primeiro passo no seu trabalho diário, e delegar a segunda etapa ao grupo de profissionais de enfermagem.

A investigação, de acordo com os autores acima referidos, deverá ainda centrar-se sobre a forma como a transição para uma avaliação geriátrica mais aprofundada nos cuidados de saúde primários pode ser mais eficaz e sobre o benefício de tal avaliação nas comunidades onde vivem as pessoas mais velhas. Uma revisão sistemática das evidências sobre a relevância do conceito de fragilidade ou sobre a eficácia das intervenções baseadas numa definição operacional do conceito pode revelar informações valiosas para o trabalho clínico diário. É importante que sejam conhecidas as melhores ferramentas de trabalho para *detecção de casos* nos cuidados primários, quer para o diagnóstico, como para avaliar a efectividade das intervenções. São necessárias medidas de política de saúde para os idosos frágeis (e aqueles que cuidam deles).

A OMS não tem estado alheia a este debate, sendo o projecto “age-friendly Primary Health Care (PHC)” da OMS (2008) ilustrativo da pertinência de equacionar estes temas. No âmbito deste projecto é declarado:

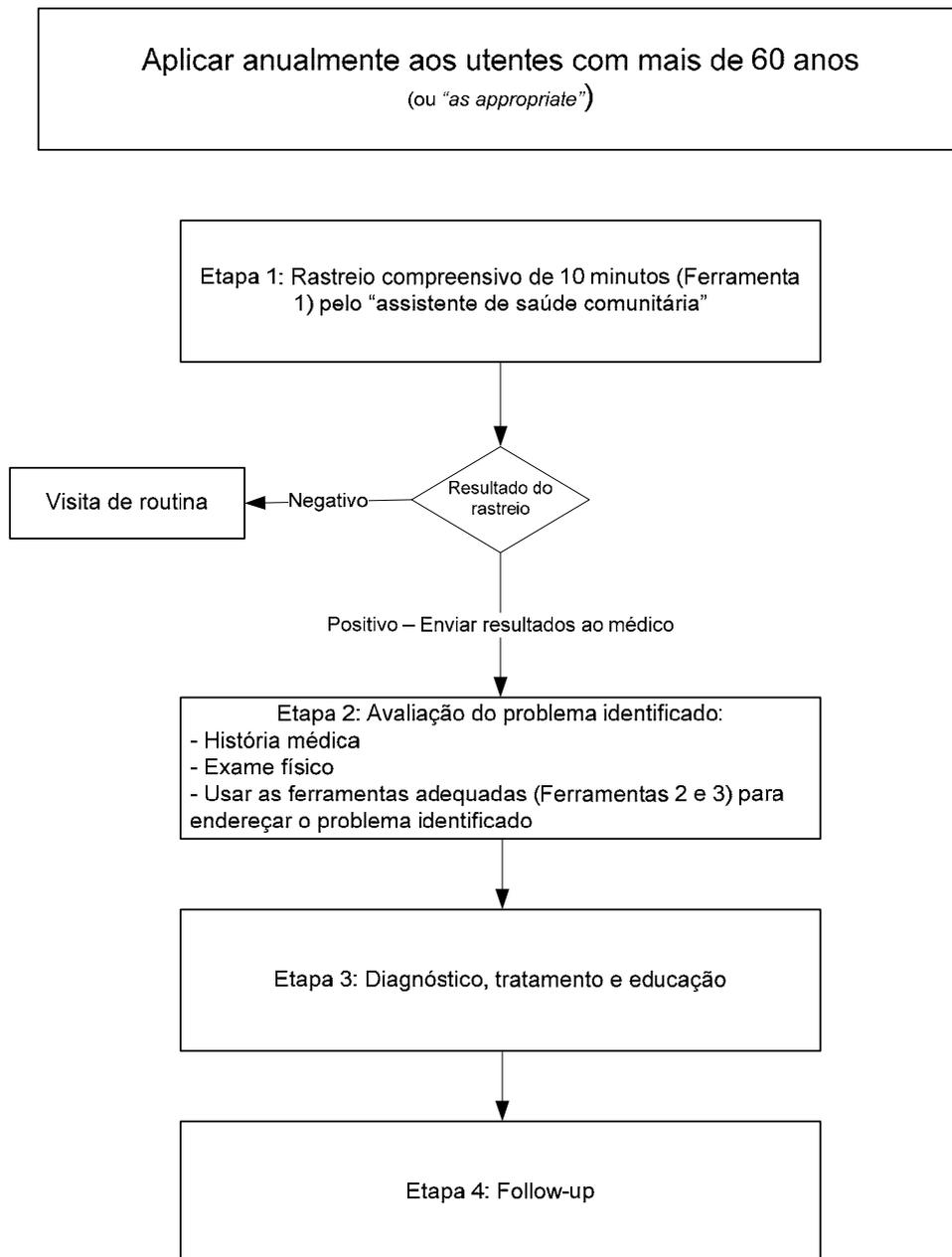
*“Evidence suggests that screening for frailty, or incipient frailty, [in the community] can successfully identify people who will benefit from comprehensive geriatric services. These services now need to be put in place.”.*

Este estudo desenvolve ainda uma série de princípios para os centros de saúde, centrados em três áreas prioritárias: “(i) melhorar as atitudes, educação e formação dos profissionais de saúde para que eles possam avaliar e tratar doenças que afectam os idosos e capacitá-los a permanecer saudáveis;

(ii) adaptação dos sistemas de gestão dos cuidados de saúde primários às necessidades das pessoas idosas; (iii) tornar mais fácil o acesso físico para idosos, designadamente para aqueles que podem ter problemas de visão de mobilidade, ou a audição" (OMS, 2008).

Na sequência dos estudos e evidências a OMS sugeriu procedimentos de rastreio, os quais estão ilustrados na Figura III.

Figura III - Fluxograma sequencial: rastreio, identificação de problemas de saúde, gestão e *follow-up*



Fonte: Adaptado da OMS (2008)

Em suma, segundo Paixão (2005) uma avaliação geriátrica eficiente e completa, a custos razoáveis, torna-se cada vez mais premente. Os seus objectivos passam pelo diagnóstico precoce de problemas de saúde e a orientação para serviços de apoio onde e quando são necessários, com o fim de manter as pessoas nas suas casas. A história, o exame físico e o diagnóstico diferencial tradicionais não são suficientes para um levantamento extenso das diversas funções necessárias à vida diária do indivíduo idoso. A prática clínica geriátrica, se preocupada com a qualidade de vida dos idosos, deve incluir também uma ampla avaliação funcional em busca de perdas possíveis destas funções.

## 2.5. Rastreios em Portugal

De acordo com Brownson, Petiti (1998) frequentemente os profissionais que desenvolvem e organizam os rastreios não têm o tempo, experiência e recursos necessários, para avaliar os méritos de um determinado rastreio. Deste modo, a maioria dos profissionais conta com o aconselhamento de entidades credíveis através de normas e orientações/recomendações técnicas.

As recomendações das organizações traduzem os resultados das investigações e transformam os projectos em informação de saúde pública acessível e útil, sendo que normalmente são publicadas pelas entidades governamentais e não governamentais, incluindo as associações de profissionais de saúde.

Em diversos países da Europa e do Mundo, existem associações nacionais que fazem uma gestão centralizada dos programas preventivos e neste sentido são eles que emitem as recomendações para os profissionais sobre os rastreios. Exemplificando, podemos mencionar algumas das mais conhecidas, como *National Screening Committee* no Reino Unido, *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF), o *Royal Australian College of General Practitioners* (RACGP) e a *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC).

Em Portugal, as recomendações nesta área são dadas pelo Ministério da Saúde, através da Direcção Geral de Saúde (DGS), bem como por intermédio do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Portugal. MS, DGS., 2004) que faz considerações sobre determinadas condições de saúde a rastrear. Existem ainda associados ao PNS os programas e projectos de âmbito nacional, nomeadamente o Programa Nacional da Visão e o Plano Oncológico Nacional.

Importa destacar a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG) que através do Núcleo de Actividades Preventivas, publica recomendações que aconselham os profissionais, abordando os níveis de evidência para os rastreios e os procedimentos a adoptar.

De acordo com a síntese dos autores Pinto, Corte-Real, Nunes, (2010) enumera-se as seguintes recomendações:

- O rastreio da hipertensão arterial feito a todos os adultos com mais de 18 anos, sem diagnóstico prévio de Hipertensão Arterial, através de uma medição da pressão arterial a cada dois anos (metade em cada ano). O rastreio de dislipidémia feito aos homens com 45 ou mais anos através de uma medição dos lípidos no sangue de cinco em cinco anos (um quinto em cada ano).

- Para rastreio do cancro da mama<sup>19</sup> considera-se necessária a realização de uma mamografia de dois em dois anos nas mulheres dos 50 aos 69 anos, inclusive (metade das mulheres em cada ano).
- Para rastreio do cancro do colo do útero<sup>20</sup> considera-se necessária uma colpocitologia em cada três anos nas mulheres entre os 25 e os 64 anos, inclusive (um terço das mulheres em cada ano).
- Para rastreio do cancro do cólon e do recto considera-se necessária a realização de uma pesquisa de sangue oculto nas fezes anual nos adultos entre os 50 e os 74 anos, inclusive.

Foi, ainda possível encontrar na revisão de literatura as seguintes recomendações:

- Segundo o Ministério da Saúde, os rastreios do cancro do colo do útero e os rastreios do cancro do cólon e recto apresentam uma base populacional que cobre parte das regiões (Portugal. MS, 2010).
- O Programa Nacional da Visão prevê a realização de exame oftalmológico periódico, com pelo menos uma observação de 4 em 4 anos às pessoas com idade igual ou superior a 46 anos (Portugal. MS, 2004).

Interessa ainda realçar que no contexto português é possível encontrar algumas organizações não governamentais que organizam rastreios mais ou menos abrangentes, tais como o Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva, a Liga Portuguesa contra o Cancro, a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, entre outras.

No que diz respeito aos rastreios às pessoas idosas, Galvão (2006) referencia que no contexto nacional, não existem recomendações específicas, sendo que se considera as mesmas orientações para a população adulta (acima referidas) e as que tenham indicação para continuar após os 65 anos.

Se nos reportarmos às linhas orientadoras para as políticas de saúde, o Plano Nacional de Saúde reconhece este tema e indica que “não se faz, a nível dos Cuidados de Saúde Primários, um rastreio suficiente dos factores de fragilidade nos idosos” (Portugal. MS, 2004). Da mesma forma, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas enquadra num dos seus pilares - adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas – a importância de rastrear os critérios de fragilidade (Portugal. MS, 2006).

---

<sup>19</sup> Para as mulheres com mais de 70 anos: evidência é insuficiente para recomendar a favor ou contra o rastreio por mamografia; com o aumento da expectativa de vida, a algumas mulheres pode colocar-se a hipótese de rastreio, numa decisão partilhada com o médico de acordo com as comorbilidades e a esperança de vida e preferências individuais. (Fonte: Recomendações do Núcleo de Actividades Preventivas da APMCG)

<sup>20</sup> Em relação à idade de interrupção do rastreio, não se dispõe de evidência suficiente para se estabelecer uma idade limite. A interrupção deste rastreio deve ocorrer apenas após a obtenção de três citologias consecutivas satisfatórias e negativas nos últimos 10 anos.

No entanto, estas indicações (genéricas) não aparecem ainda reflectidas nos documentos orientadores dos cuidados de saúde primários.

Como exemplo, na carteira básica de serviços das Unidades de Saúde Familiar consta na área de saúde do adulto e idoso o seguinte: “cuidados preventivos aos mais idosos (70 anos) organizando-os de acordo com a identificação estruturada das necessidades específicas de cada pessoa orientando-os para actuar sobre os determinantes da autonomia e independência” (Portugal. MS, 2006)

Na perspectiva de Galvão (2006) os profissionais dos cuidados de saúde primários:

*“deverão estar atentos às recomendações a nível nacional e internacional e aproveitar todas as oportunidades para intervir preventivamente neste grupo populacional. As intervenções deverão ser consensualizadas com o doente e a família ou cuidador, quando tal for pertinente, e adaptadas caso a caso, em função do estado de saúde, do grau de autonomia e da esperança média de vida de cada um dos pacientes. Cuidados antecipatórios adequados podem contribuir para melhorar a saúde do idoso e para promover a sua qualidade de vida”.*

Em síntese, face ao progressivo envelhecimento da população e revisitando a literatura já aqui mencionada, será importante equacionar e discutir de forma mais alargada as acções destinadas a esta faixa etária.

## **2.6. Adesão aos rastreios**

Um rastreio pode não representar um ganho em saúde se o público não cooperar nos inquéritos e não adoptar uma atitude preventiva perante os problemas surgidos. Deste modo, o sucesso dos programas de rastreio depende dos factores psicológicos e sociais que afectam a participação nas actividades de prevenção e que geralmente se designam por comportamentos perante a saúde (Mausner, Kramer, 2007).

Nos estudos sobre o tema da adesão, seja à adesão às terapêuticas prescritas ou às actividades preventivas, os termos “cumprimento” (*compliance*) e adesão (*adhrence*) têm sido utilizadas simultaneamente ao longo do tempo. *Compliance* na definição atribuída por Haynes (1981) é entendido como sendo o “nível de coincidência entre o comportamento de uma pessoa e o aconselhamento médico ou de outro profissional de saúde” (Vilaverde Cabral, Silva, 2009). Por outro lado, o termo adesão é um sinónimo de concordância, implicando um envolvimento voluntário, mais colaborante em aceitar um determinado comportamento com o qual, pretende atingir um resultado desejado, preventivo ou terapêutico (Costa, Leal, 2005). O conteúdo do primeiro termo é conotado

com um papel mais passivo do doente, admitindo que este é obediente e segue estritamente as instruções e prescrições dos técnicos de saúde, enquanto a adesão reconhece que o sujeito é activo e que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde.

Diversos estudos têm demonstrado que os pacientes pretendem cada vez mais sentir-se incluídos no processo clínico, procurando obter mais informação e exigindo uma maior interacção com os profissionais de saúde. Esta ideia enquadra-se numa abordagem biopsicossocial que encara os doentes como sujeitos activos, parceiros no percurso terapêutico durante as consultas e no quotidiano (Falvo, 2004).

Turk e Meichenbaum (1991) corroboram que um comportamento de adesão aos cuidados de saúde implica, por parte do indivíduo, uma atitude de envolvimento activo, voluntário de aceitação e de colaboração com a manutenção da saúde, prevenção ou tratamento da doença (Patrão, Leal, 2002).

O grau de adesão está dependente genericamente de um conjunto considerável de factores que interagem entre si e que afectam directamente o paciente, determinando o seu comportamento e contribuindo para uma maior ou menor adesão às recomendações feitas sobre as actividades preventivas, como a participação em rastreios. Estes factores podem ser agrupados em três grandes dimensões: (i) factores de demográficos, sociais e económicos; (ii) os factores relativos à própria doença e ao regime terapêutico prescrito; (iii) os factores ligados à relação do paciente com os profissionais de saúde e serviços de saúde (Vilaverde Cabral, Silva, 2009).

### **2.6.1. Modelos e teorias nos comportamentos de adesão**

Segundo Ribeiro (1998), as teorias de adesão, mais especificamente os factores preditores da adesão à terapêutica têm sido trabalhados em diversos modelos analíticos, no âmbito da psicologia da saúde, designadamente, o Modelo de Crenças em Saúde (Glanz, 1991), a Teoria da Acção Reflectida (Fishbein, Ajzen, 1975), e Teoria Social Cognitiva (Bandura, A. 1986).

O Modelo de Crenças em Saúde (MCS) foi desenvolvido na tentativa de explicar a incapacidade das pessoas para participarem em programas que visavam prevenir ou evitar as doenças. Este estudo salienta que o comportamento é função do valor subjectivo de um resultado e da probabilidade ou expectativa que uma acção particular conduzirá a esse resultado. O termo “crença” intrínseco à teoria subjacente ao MCS difere do sentido que lhe é dado no senso comum. De acordo com Kirscht (1974), crença abrange qualquer proposição ou hipótese sustentada por uma pessoa que relacione dois ou mais objectos ou elementos psicológicos. (Ribeiro, 1998). A atitude para qualquer objecto

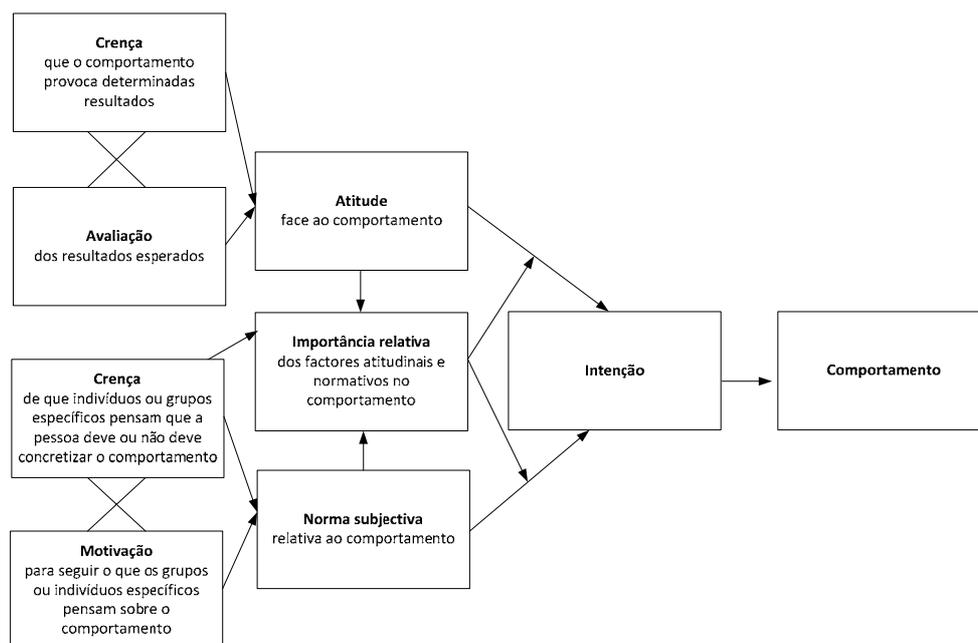
psicológico representa uma colecção de crenças em que existe uma com componente avaliativa (isto é uma dimensão bom - mau).

Neste modelo explicativo a disposição para a implementar comportamentos de saúde é determinada pela percepção da ameaça (a percepção da susceptibilidade a uma doença e da gravidade). Perante determinada ameaça o indivíduo avalia a sua acção em termos dos benefícios potenciais que ela pode trazer na redução da ameaça, pesando as barreiras existentes à aplicação dos comportamentos e os seus custos (expectativa do resultado).

Ao longo dos anos o modelo foi sendo aperfeiçoado, com a introdução do conceito de auto-eficácia definido por Bandura (1977), em que afirma que, a percepção da auto-eficácia é relativa às convicções que os indivíduos possuem nas suas capacidades de organização e execução de acções, no sentido de gerir prováveis acontecimentos (Patrão, Leal, 2002). Deste modo, a expectativa do resultado é diferente da expectativa de eficácia, sendo que estas duas são variáveis do modelo.

Na teoria da acção reflectida os seus autores consideram que todo o comportamento é uma escolha, uma opção ponderada entre várias alternativas, pelo que o melhor preditor do comportamento será a intenção comportamental. Os componentes desse modelo são: comportamento; intenção de realizar determinado comportamento; atitude para com determinada acção; crenças normativas e a motivação para actuar de acordo com as crenças (Lima, 2006). Este modelo explicativo é ilustrado na Figura IV.

Figura IV- Teoria da acção reflectida (Fishbein, Azjen, 1975)



Fonte: Lima (2006)

Ajzen (1986) veio a reformular o modelo e acrescentar uma outra variável, como determinante da intenção comportamental – o controlo percebido - corresponde à dificuldade percebida na realização do comportamento (como o conceito de auto-eficácia).

Tal como é referido pela autora Lima (2006), a atitude é apenas um dos factores importantes na decisão e neste modelo é vista como, o resultado do somatório das crenças acerca das consequências do comportamento pesadas pela avaliação dessas consequências. O outro factor importante na definição da intenção comportamental tenta integrar as pressões sociais e refere-se à norma subjectiva face ao comportamento, isto é, às pressões de outros.

Eagly e Chaiken (1993), definiu atitude como um constructo hipotético referente “à tendência psicológica que se expressa numa avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica” (Lima, 2006). Deste modo, a atitude tem por base um elemento de avaliação. De acordo com Fazio e Petty (2008) que corroboram o modelo ABC- “Affect, Behavior, Cognition”- (Katz e Stotland, 1990; Rosenberg e Hovland, 1960) as atitudes consistem em três classes de informação: (i) componente cognitiva (reflecte os pensamentos da pessoa acerca das características do objecto da atitude), (ii) componente afectiva (emoções e sentimentos que as pessoas têm em resposta ao objecto) e (iii) componente comportamental (acções em que a pessoa realiza ou tenciona realizar face ao objecto da atitude).

Salvaguarda-se como propõe Fazio, que as expressões de atitudes são consideradas num *continuum*, sendo o resultado duma aprendizagem gradual, através da recuperação de experiências e memórias das associações relativas ao objecto da atitude e avaliações correspondentes. As atitudes não são inatas, mas sim adquiridas e reflectem assim, uma determinada interacção e objectivo, sendo passíveis de mudança. Têm uma dimensão dinâmica porque os indivíduos adquirem continuamente informação e experiências novas que se relacionam com o objecto da atitude (Fazio, Petty 2008).

### **2.6.2. Factores preditores nos comportamentos de adesão**

Os modelos analíticos apresentados anteriormente procuram explicar os factores preditores da adesão aos comportamentos de saúde.

Resnick (2003) agrupa as variáveis (factores preditores) relacionadas com os pacientes da seguinte forma: factores socioeconómicos; crenças e atitudes de ambos, pacientes e médico; incentivo do prestador de cuidados de saúde; a motivação específica baseada em crenças de eficácia e acesso a recursos.

A probabilidade do paciente seguir as indicações médicas depende da sua motivação, a qual se relaciona com a forma como assume o seu estado de saúde e como encara efectivamente a sua vulnerabilidade à doença e as consequências que dela podem advir, bem como o impacto real que pode ter no seu bem-estar e na qualidade de vida. Em simultâneo a pessoa tem que acreditar que as recomendações efectuadas pelo seu médico terão igualmente um impacto positivo no seu estado de saúde (Vilaverde Cabral, Silva, 2009). A adesão pode ainda ser afectada por factores cognitivos e emocionais, tais como o esquecimento, a falta ou diminuição de motivação, a ausência de percepção da necessidade, a ansiedade inerente ao tratamento subsequente e regimes terapêuticos complexos.

A participação efectiva dos utentes nos rastreios compreende a aceitação dos exames e testes, a cooperação no fornecimento de informação, como a história médica e familiar e o cumprimento instruções referentes a exames ulteriores, terapêuticas e modificação de hábitos de vida com a vista a diminuir os riscos (Mausner, Kramer, 2007).

Na revisão de literatura efectuada por Subramanian *et al.*, 2004, a idade foi um factor significativo para adesão, sendo que os resultados apontam para que os indivíduos mais velhos cumprem mais que indivíduos mais jovens. Em geral, a adesão é menor entre aqueles com menos de 65 anos e aqueles com mais de 85 anos, sendo o “pico” da adesão aos 75 anos. Ou seja, apesar das pessoas mais idosas encontram-se particularmente em risco devido à deterioração do seu estado de saúde, que origina muitas vezes multipatologia e à eventual condição crónica, os índices de cumprimento com as recomendações podem ser similares ou até mais elevados nos doentes mais idosos por comparação com as faixas etárias mais jovens (Horne, R. 2001; Hughes, C. 2004). Em contraste, outros autores (Griffith, 1999), referem que, com o avançar dos anos, a não adesão tende a agudizar-se (Vilaverde Cabral, Silva, 2009).

Lewis (2006) examinou o comportamento de rastreio do cancro em adultos com mais de 64 anos, e encontrou algumas evidências que sugerem que a educação sobre os prós e contras dos rastreios pode influenciar o comportamento de adesão. Por outro lado, as respostas dos participantes à pergunta, "O que pode fazer você parar o rastreio do cancro?" foram: (i) a idade, (ii) a deterioração da saúde, (iii) qualidade de vida, (iv) a preocupação com a confiança dos testes e a (v) recomendação dos médicos. Além disso, uma minoria acreditava que a necessidade de considerar a expectativa de vida tendo em conta a realização do rastreio era importante.

Quanto às variáveis de níveis de educação e os rendimentos não parecem ter uma influência consistente significativa, embora alguns estudos relatam que os rendimentos mais elevados levam a maiores “taxas” de adesão. Com maior estabilidade, o reconhecimento que a doença alvo do rastreio é evitável/tratável e uma percepção positiva dos testes, demonstraram contribuir para um aumento

da adesão. A história familiar associada à doença, o compromisso com o rastreio (a atitude positiva em relação ao rastreio) e a convicção de que é benéfico, foram positivamente relacionadas com a adesão em todos os estudos (Subramanian *et al.*, 2004).

No que diz respeito à interação entre os cuidados de saúde e o utente, Nguyen e colegas (2009) referem que da sua análise constataram que as pessoas que utilizam os cuidados de saúde de forma regular, têm três vezes mais probabilidade de aderirem aos rastreios. Verificaram ainda que os não cumpridores tinham menos probabilidade de serem acompanhados pelo médico de família. As consultas médicas regulares mostraram-se significativamente correlacionadas com uma maior adesão por parte dos utentes.

A forma como os serviços de saúde estão estruturados pode também ter algumas implicações no grau de adesão, nomeadamente, acessibilidade e qualidade, o facto de todos os médicos capacitados para o efeito realizarem o rastreio, o baixo custo do teste, a diminuição do tempo de espera por uma consulta, para realizar o teste e até para obter o resultado (Patrão, Leal, 2002).

Finalmente, o reconhecimento dos factores ligados à relação do paciente com os profissionais e serviços de saúde como determinantes para a adesão terapêutica tem vindo a tornar-se cada vez mais relevante. A recomendação do médico para realizar um rastreio tem-se manifestado sempre correlacionada significativamente com a adesão dos pacientes (Lewis, Jensen, 1996 e Kelly, Shank 1992, citado por Vilaverde Cabral, Silva, 2009)

As autoras Costa e Leal (2005) realçam o importante papel desempenhado pelos profissionais de saúde no estímulo à adesão, não só no uso de estratégias comunicacionais e educacionais, mas também, na mobilização de outros recursos como sejam, a participação dos membros da família nos cuidados de saúde.

As atitudes dos profissionais e dos pacientes, bem como a sua interação são factores críticos na avaliação da adesão às recomendações e orientações para os rastreios.

Como afirma McCron and Budd “das fontes de informação de saúde disponíveis à população adulta, o médico de família é a mais confiável, e cujo aconselhamento tem mais impacto” (Melo, 1993). Este profissional, pela natureza continuada e global dos cuidados que presta, está em posição privilegiada para uma prática preventiva efectiva, sustentada por evidências científicas adequadas. Entre os procedimentos preventivos utilizados pelo médico de família enquadra-se o “*case finding*”, ou a possibilidade do rastreio oportunista, e os rastreios selectivos cuja aplicação deve obedecer a princípios fundamentais e respeitar aspectos éticos, sob o risco de se poderem causar danos ao doente e de se desperdiçar valiosos recursos de saúde (Hespanhol, Couto, Martins, 2008)

O médico de família tem, obrigatoriamente, uma palavra a dizer na promoção da saúde da população idosa, nomeadamente, tendo presente os objectivos da OMS nesta área da Saúde do Idoso: prevenção da perda de funcionalidade, manutenção da qualidade de vida, manutenção do idoso no seu ambiente e apoio à família (Galvão, 2006).

No âmbito da prestação dos cuidados antecipatórios a recomendação para a realização de rastreios tem uma importância fulcral. De acordo com a revisão de literatura efectuada por Subramanian e colegas (2004) os factores preditivos da recomendação dos médicos incluem adesão do paciente, a efectividade percebida do teste de rastreio, características demográficas; formação; conhecimento das recomendações nacionais e internacionais e correspondente aceitação/concordância com as mesmas e os obstáculos à realização dos testes (tais como falta de equipamento).

Os autores acima referidos, indicam que a idade e o género não se apresentam como variáveis sistematicamente significativas em todos os estudos, no entanto, a especialidade médica é um determinante significativo em alguns estudos, que indicam que os médicos de família e os de medicina interna recomendam mais o rastreio.

Adicionalmente vários estudos sobre os rastreios no cancro (Delva *et al.* 2011), observam que os profissionais que recebem formação num determinado teste, recomendam e aplicam com mais facilidade esse mesmo teste. Assim, os médicos que receberam várias sessões de esclarecimento e que têm de registar as actividades de rastreio de forma resumida são mais propensos a cumprir as recomendações. No entanto, os investigadores apontam para a necessidade de realizar mais estudos para entender que tipo de programas de educação/formação e que tipos de estratégias e metodologias de trabalho devem ser utilizadas para facilitar a adesão dos profissionais.

A sensibilização e o conhecimento das orientações emitidas relativamente aos rastreios é também um dos factores relatado nos diversos estudos, com uma relação de significância. Uma das principais conclusões de Klabunde *et al.* 2003 remete para que várias das recomendações do cancro do cólon e recto e as práticas relatadas pelos médicos eram inconsistentes com as directrizes nacionais, levantando questões sobre a pertinência e qualidade dos rastreios dentro do contexto dos cuidados de saúde primários. É sugerido que em alguns casos só uma discussão ampla dos conhecimentos, atitudes e práticas pode trazer uma mudança sustentável de comportamento, aumentando a taxa de adesão.

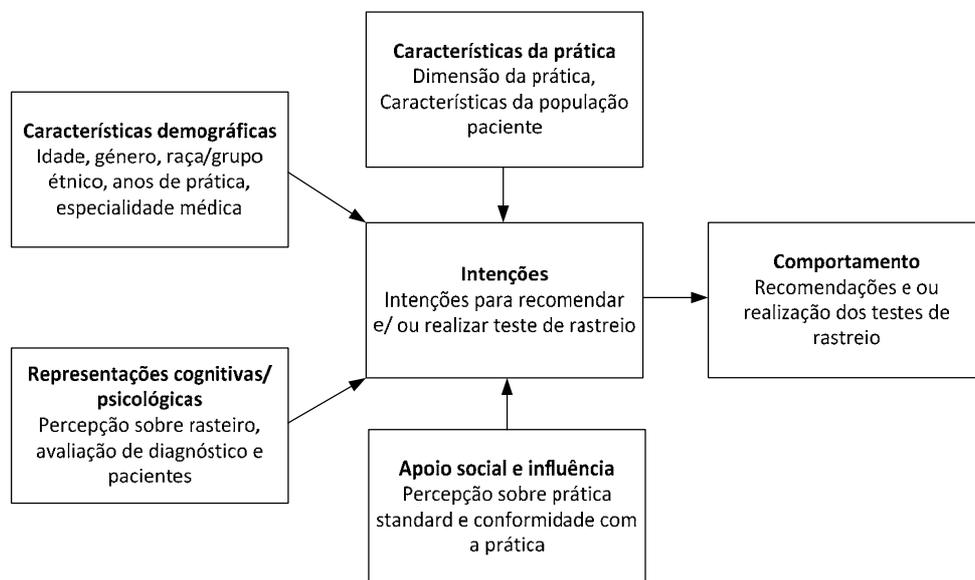
Ainda no contexto dos trabalhos sobre os rastreios do cancro do cólon em adultos mais velhos, Lewis e colaboradores (2006) verificaram que a tomada de decisão dependia de factores clínicos, factores

individuais do doente, a probabilidade de procurar tratamento se o cancro for encontrado, e como esses factores pesam para tomar uma decisão. Os médicos manifestaram que as suas decisões eram limitadas pela incerteza inerente aos benefícios do rastreio para o paciente, destacando a expectativa de vida, idade e estado funcional como importantes factores clínicos na tomada de decisão. No entanto, relativamente ao processo de decisão os médicos expuseram que esta é baseada num processo *gestalt* mais do que no ponderar e contrabalançar todos os benefícios e danos. Foi ainda reforçado a importância do conhecimento que detém do paciente e o relacionamento de longo prazo com o mesmo.

Por outro lado, a percepção da baixa adesão do paciente tem sido citada em alguns estudos (Schroy *et al.* 1997) como tendo um impacto negativo sobre a recomendação do médico, mas esta correlação não é significativa na maioria dos estudos revisitados (Subramanian *et al.*, 2004)

Myers e colegas (1999) ilustraram o enquadramento teórico explicativo da intenção dos médicos relativamente ao rastreio do cancro, que sintetiza grande parte dos factores já mencionados. Este enquadramento tem por base as teorias e modelos de comportamentos em saúde, tal como ilustrado pela Figura V.

**Figura V- Enquadramento teórico explicativo das intenções dos médicos no rastreio do cancro**



Fonte: Adaptado de Myers *et al.* (1999)

Na revisão de literatura efectuada foram ainda encontrados diversos estudos sobre a recomendação dos profissionais nos rastreios nas demências. Considerou-se por isso também oportuno explicitar algumas evidências nesta área, pressupondo a oportunidade de encontrar alguns paralelismos com a investigação nos rastreios de autonomia funcional multidimensional às pessoas idosas.

De acordo com o estudo de Iracleous e colegas (2010) é possível verificar que no geral, as atitudes dos médicos de cuidados primários para rastreio cognitivo são positivas. Ou seja, os médicos apoiam fortemente a noção de avaliação cognitiva, rejeitam a sua falta de utilidade e assumem-na como uma componente da sua prática. A eficácia e a facilidade de administração do teste de rastreio foram as características mais preditivas de frequência de utilização. No entanto, como é mencionado pelos autores todos os testes de rastreio admitem falsos positivos e falsos negativos e uma vez que se trata de uma busca pró-ativa para sinais precoces da doença, iniciada pelos prestadores de cuidados de saúde, a razão entre os benefício e os danos da intervenção deve ser cuidadosamente analisada.

No mesmo estudo, para além da eficácia e facilidade de aplicação foram ainda identificados como atributos ideais do instrumento de rastreio, a validade, o tempo necessário, a confiança, e a aceitação dos pacientes. Especificamente os participantes quando questionados sobre o tempo ideal de aplicação no contexto dos cuidados primários, defenderam um tempo médio óptimo de aproximadamente 10 minutos.

Pimlott *et al.* (2009) citando Cabana e colegas (1999) identificou várias categorias de obstáculos à adesão aos rastreios cognitivos por parte dos profissionais. Estas incluem: as barreiras relacionadas com o conhecimento (falta de consciência, falta de familiaridade), barreiras atitudinais relacionadas (falta de acordo com as orientações específicas ou gerais, a falta de expectativas de resultados, falta de auto-eficácia, e a falta de motivação ou inércia relacionada com a prática anterior, com hábitos e rotinas), e barreiras relacionadas ao comportamento (factores ambientais, como falta de tempo ou recursos, constrangimentos organizacionais, etc.).

Vários estudos (Bush, Kozak, Elmslie, 1997; Koch *et al.*, 2010; Turner *et al.* 2004) têm identificado a falta de suporte ao cuidador, como sendo uma grande barreira para a detecção precoce e a gestão de casos de demência. A falta de apoio assume segundo os autores várias formas, nomeadamente, a escassez de apoios e educação aos cuidadores; insuficiência de recursos do médico para dar apoio, sendo que as expectativas são elevadas; acesso limitado a serviços secundários (especialistas); falta de conhecimento sobre o acesso aos serviços e recursos da comunidade ou o acesso e por último, a ausência de equipas interdisciplinares para melhorar a gestão de casos no contexto dos cuidados primários.

Os profissionais deste nível de cuidados estão na posição ideal para reconhecer os sintomas e sinais precoces de demência, e desencadear as investigações necessárias para estabelecer um diagnóstico, devido à sua estreita relação com os pacientes, a sua capacidade de monitorizar e avaliar os pacientes ao longo do tempo e, portanto identificar as alterações à cognição e humor. No entanto, a detecção precoce da demência é difícil de obter, e o atraso no diagnóstico tem se mostrado um

problema para os profissionais de cuidados primários a todo o mundo (Iliffe, Manthorpe, Eden, 2003).

Um dos factores centrais expresso como obstáculo é a incerteza de diagnóstico (Koch *et al.*, 2010). Os profissionais reconhecem os riscos na divulgação de um diagnóstico no local ou hora errada, o estigma, a incerteza sobre o limite entre envelhecimento normal e comprometimento cognitivo, mas também admitem que às vezes o simples acto de “investigar o paciente”, por si só pode permitir que os doentes e/ou suas famílias compreendam as possibilidades e façam um planeamento antecipado dos cuidados a prestar. Na opinião dos autores existe algum niilismo terapêutico, revelando que a atitude por parte dos médicos resume-se à crença que o diagnóstico é inútil porque não há tratamentos disponíveis, logo não há benefícios na detecção precoce.

A prestação de cuidados de saúde primários é caracterizada também pela dimensão da incerteza, marcada pela amplitude e complexidade, associada à variedade de problemáticas e indicadores económicos e clínicos. Os investigadores, Evans e Trotter, (2009) identificam três tipos de recursos cognitivos necessários para combater a incerteza, ou seja, os conhecimentos técnicos, os recursos pessoais e as reacções de *coping* dos médicos quando confrontados com a incerteza.

Os resultados de Pinto, Corte-Real, Nunes (2010) num estudo no contexto português corroboram a falta de tempo como obstáculo para as actividades preventivas, ou seja, os autores afirmam que o tempo necessário para seguir as recomendações relacionadas com actividades preventivas e vigilância de doenças crónicas é superior ao que os médicos de família podem acomodar. No seu estudo procuraram medir o impacto, por exemplo, do rastreio de certos cancros, no número de consultas e tempo dispendido. Os dados encontrados apontam, para que no total, seriam necessárias 2848,5 consultas por ano para levar a cabo as actividades preventivas e de vigilância estudadas numa lista de 1587 utentes.

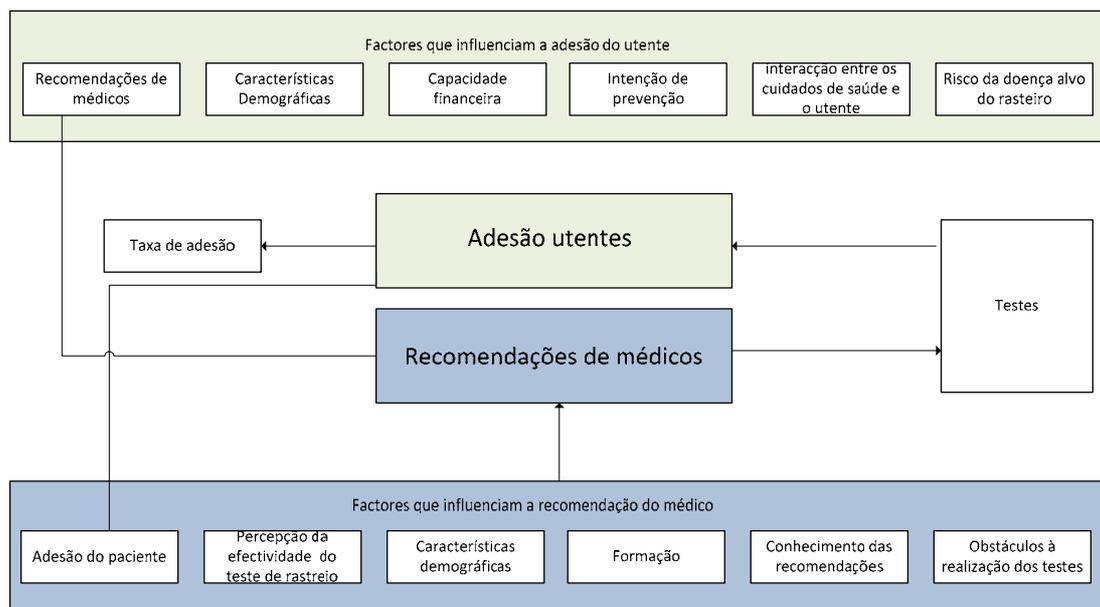
Outras investigações (Tremellen, Jones, 1989; Mant, 1994; Veríssimo, 2006) têm se centrado no papel de outros profissionais de saúde (como os enfermeiros, pessoal administrativo, etc.), na realização das actividades de prevenção secundária, nomeadamente, os rastreios, sugerindo que para além da atribuição de mais tempo para estas acções, a utilização de equipas e outros profissionais pode facilitar a organização dos cuidados nesta área.

A existência de sistemas de informação de suporte é outro aspecto identificado como facilitador da organização dos rastreios. O potencial dos registos clínicos electrónicos/processo clínico electrónico está devidamente documentado nesta área. Este tipo de estrutura permitiria, por exemplo, a utilização de lembretes aos prestadores de cuidados de saúde, resultando como vários estudos

indicam numa maior participação nas actividades de promoção da saúde (Klabunde *et al.* 2003; Resnick, 2003).

Em suma, a adesão aos rastreios resulta da interacção crítica entre os factores preditores do utente e do profissional. A figura VI ilustra este enquadramento.

**Figura VI - Enquadramento teórico da adesão aos rastreios**



Fonte: Adaptado de Subramanian et al.. (2004)

### 2.6.3. Atitudes e práticas dos profissionais de saúde face aos rastreios às pessoas idosas

Do conhecimento geral adquirido através da revisão de literatura efectuada é possível constatar que a maioria dos estudos de rastreio a idosos tendem a preocupar-se com a eficácia e as consequências da sua aplicação, em termos de recursos e custos associados e que existem poucos estudos que discutam as atitudes dos profissionais sobre o tema da autonomia funcional multidimensional, daí ter sido considerada a pertinência da sua investigação.

Os autores Wilkin e Williams (1986) basearam-se em relatos de 89.030 consultas com pacientes de todas as idades, dos quais 17.771 foram com pacientes acima de 65 anos de idade. Relativamente ao padrão de atendimento a pacientes mais velhos identificam uma grande variedade por parte dos médicos. No estudo, os clínicos gerais manifestam claramente opiniões muito diversas, reflectindo interpretações do que é adequado, sendo sugerindo que esta diversidade é consequência das diferentes percepções do papel do médico de clínica geral e de outras profissões e sectores. Dos resultados observados verificou-se que os clínicos gerais realizam mais actividades de

acompanhamento com os pacientes idosos do que com os seus pacientes mais jovens e fazem mais visitas ao domicílio e encaminhamentos para serviços de enfermagem e sociais. No entanto, trabalham menos ao nível da investigação com as pessoas idosas e o nível de referência para especialidades é o mesmo para pacientes de todas as idades.

A menor utilização de exames laboratoriais para os idosos sugere que os médicos podem não estar dispostos a submeter seus pacientes idosos, possivelmente a procedimentos de investigação desagradáveis ou pode reflectir o facto de as pessoas mais idosas estarem a receber cuidados de acompanhamento dos hospitais. Segundo os autores, a aparente discrepância entre o elevado nível de morbilidade desconhecida entre pacientes mais velhos e o baixo nível de trabalho de investigação pelos médicos de clínica geral deve ser analisado.

No estudo de Woods, Patten, Reilly (1983) foram utilizados questionários para analisar a percepção dos profissionais dos cuidados saúde primários sobre a gestão e a vigilância dos seus doentes mais velhos. Os resultados identificaram que apenas 14% dos médicos tinham realizado rastreios aos seus pacientes e mantêm um registo das “pessoas em risco”. Observaram que metade dos médicos de clínica geral e enfermeiros e mais de três quartos dos “visitantes de saúde” sentiam-se insatisfeitos com a prestação de cuidados a esta faixa etária.

Um dos primeiros trabalhos importantes nesta área foi a investigação realizada em 1989, por Tremellen e Jones que teve como objectivo analisar as atitudes e práticas dos membros da equipa de cuidados primários no que diz respeito à avaliação das pessoas idosas na comunidade (“75 and over checks”). Foram aplicados questionários de auto-preenchimento aos médicos de família, enfermeiros e “visitantes de saúde”. Este instrumento era constituído por quatro secções: caracterização demográfica (idade, tempo decorrido desde a qualificação, n.º de anos de prática, tipo de prática, localização, tamanho, número de pacientes e percentagem de pacientes com idade superior a 75 anos); análise dos padrões das práticas de avaliação de médicos e enfermeiros; a política de avaliação; quem fez a avaliação e com que frequência, e por último, as atitudes em relação à avaliação.

As atitudes globais foram questionadas através da pergunta fechada "Você acha que a avaliação dos idosos é necessária?" classificada com as respostas “desnecessária, necessária, importante ou essencial”, enquanto as atitudes sobre as áreas a incluir na avaliação foram classificadas com uma escala de Likert (concordo, discordo fortemente e discordo). Um outro aspecto que os autores procuraram estudar foi a influência do tempo de aplicação nas atitudes em relação ao trabalho com pessoas idosas.

Os resultados deste estudo mostraram que os três grupos de profissionais sentiram que a avaliação do idoso na comunidade era necessária e importante. Houve um consenso quase total entre as profissões sobre as áreas a considerar, nomeadamente, os factores ambientais, sociais e actividades de vida diária, sendo que a avaliação clínica foi ponderada menos positivamente. Observou-se uma concordância com a estratégia de rastreio oportunista em vez do rastreio de base populacional. Foi ainda relatado pelos mesmos que as avaliações devem ser realizadas no domicílio do paciente e por uma equipa de cuidados de saúde primários, com os “visitantes de saúde” a assumir um papel fulcral. Os profissionais manifestaram a sua preocupação com o tempo disponível para a realização da avaliação. Um pequeno número de médicos de clínica geral sentiu que o “*case finding*” para os idosos era desnecessário, pois conheciam as necessidades não cobertas dos seus pacientes.

Tremellen (1992) realizou outro estudo sobre os “*75 and over checks*”, em que procurou determinar as opiniões dos pacientes e a perspectiva dos médicos e enfermeiros. Os resultados apontam para uma variedade de atitudes entre os médicos de clínica geral e enfermeiros, sendo que os primeiros consideram que a avaliação é desnecessária, assumindo que os problemas dos seus pacientes já são conhecidos. Em contraste mais da metade dos enfermeiros classificaram as avaliações como importantes ou vitais, posição esta adoptada apenas por 16% dos clínicos. Foram ainda relatadas diferenças nas atitudes no que diz respeito à promoção da saúde, sendo que 90% dos enfermeiros em comparação com 58% dos médicos vêm a promoção da saúde como uma parte fundamental da avaliação. A maioria dos médicos considera que a estratégia oportunista é forma mais adequada para um atendimento pró-activo. O autor concluiu que as disparidades encontradas entre as atitudes dos profissionais conduzem à pertinência de continuar a investigar uma maneira de prestar cuidados de forma consistente, salientando que as necessidades educacionais dos profissionais devem ser abordadas de futuro.

Na Escócia em 1992, foi também realizado um estudo por Shackley, Donald, Ritchie, que através de um questionário postal enviado a directores dos médicos de clínica geral, abordou, nomeadamente: as estimativas da carga de trabalho e os custos envolvidos nas avaliações anuais; os principais problemas detectados; as políticas para idosos, antes da introdução da nova obrigatoriedade, e os pontos de vista dos médicos em termos da adequação e a eficácia da avaliação. Os resultados verificaram que 55% dos médicos eram a favor de alguma forma de avaliação dos idosos, mas apenas 18% manifestavam-se a favor a favor do regime vigente, dada a falta de evidências científicas para indicar que tais avaliações produzem benefícios significativos para a saúde. No que diz respeito à sua perspectiva sobre a concepção de um programa de avaliação efectiva para idosos, as definições foram muito diversas. No entanto, foram encontrados alguns componentes chave, designadamente a segmentação de grupos de risco específicos, um envolvimento multiprofissional, bem como a

utilização de instrumentos de avaliação padronizados que permitam uma comparação de dados válida ao longo do tempo. Observou-se ainda um consenso entre os médicos sobre a necessidade de tempo e recursos não só para realizar as avaliações, mas também para agir de acordo com os resultados (Shackley, Donald, 1993).

Os clínicos gerais no Reino Unido mostraram-se inconsistentes nas suas opiniões sobre a prevenção. No entanto, globalmente, a maioria dos médicos continua a manifestar um forte apoio ao princípio da prevenção e a sua inclusão como dimensão fundamental da boa prática clínica (Mant, 1994).

Por último faz-se referência à investigação de Man e colegas (2004) que analisou a aceitabilidade do Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) verificando que os médicos concordam com a avaliação geriátrica, confirmando que esta fornece novas informações sobre o estado de saúde dos seus pacientes e que este tipo de avaliação era possível na prática diária.

Salienta-se ainda que da pesquisa efectuada em publicações nacionais, bem como das referências de trabalhos em geriatria, não foram encontrados estudos nacionais nesta área, no entanto, é expectável que existam investigações não mencionadas.

## 3. MÉTODOS E MEIOS

Este capítulo é dedicado ao enquadramento metodológico, centrado na explicação da concepção do projecto de investigação. A partir da observação de fenómenos colocam-se questões a investigar, seguindo-se um trabalho metodológico que implica passos de verificação para aferir o plano estabelecido.

### 3.1. Tipo de estudo

O estudo que se propôs aqui realizar, é de carácter exploratório, observacional, de natureza descritiva e transversal.

O facto de terem sido encontrados poucos trabalhos realizados com as mesmas finalidades que pretendemos estudar, confere-lhe um carácter exploratório. Ao caracterizar este estudo como exploratório assumimos a concepção frequentemente atribuída aos estudos descritivos delineados por forma a aumentar a familiaridade do investigador com o problema que este pretende estudar.

Podemos também definir este estudo como descritivo, uma vez que a escassez de estudos suficientemente robustos neste tema, não permitiu lograr a existência de evidências sólidas, tendo por isso, este estudo abster-se de elaborar hipóteses, e pretendo apenas observar o que acontece na “natureza”, pois estamos de facto a explorar a realidade.

Esta investigação, tal como um estudo descritivo, pretende ser um ponto de partida. Um estudo descritivo almeja apenas descrever os fenómenos nas populações e os seus possíveis achados destinam-se apenas a ser explorados posteriormente. O seu objectivo é formular um problema para uma investigação numa fase subsequente, depois de clarificar conceitos, poderá desenvolver hipóteses. (Ribeiro, 1999).

### 3.2. Definição da população alvo e amostra

A população alvo é genericamente os médicos de família. Logicamente esta população é extensa, tornando-se impraticável e dispendioso incluir todas as suas unidades de observação no estudo, pelo

que se procedeu à selecção da amostra. Segundo Biscaia *et al.* (2006) com os dados de 2002 existiam 5.491 especialistas em medicina geral e familiar, nos centros de saúde, em Portugal continental.

Embora tenha sido referido ao longo deste trabalho o termo geral de profissional de saúde, foi possível verificar que as investigações encontradas foram realizadas na perspectiva do médico. Tal como é referido, por Hespanhol *et al.* (2009) o especialista de medicina geral e familiar está numa posição privilegiada para prestar cuidados de medicina preventiva em diferentes níveis, que vão desde a prevenção primária até à prevenção quaternária.

A investigação optou pela abordagem de amostragem (subgrupo da população seleccionado para obter informações relativas às características dessa população), dado as vantagens financeiras e temporais decorrentes desta abordagem (Ribeiro, 1999).

A amostra definida é constituída pelos médicos de família dos 22 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.<sup>21</sup>

Nesta investigação a amostra é do tipo não probabilística, pois ainda que reconhecendo-se as suas limitações, a sua utilização é necessária, uma vez que se desconhece quão representativa a amostra é da população alvo.

O estudo preconiza uma amostragem de conveniência, em que se utiliza um grupo de indivíduos, médicos de família, que estejam disponíveis para responder ao questionário criado no âmbito da investigação.

Para a definição da dimensão da amostra foi estimado obter a resposta de 250 profissionais, atendendo ao objectivo metodológico de conseguir uma percentagem da amostra sobre o universo de 4,5%. Para se conseguir alcançar este objectivo numérico de 250 respostas é estimado que será necessário enviar o questionário a 600 profissionais, pressupondo que a taxa de resposta terá uma variação entre 52% a 70%, tal como verificado em estudos análogos (Iracleous *et al.*, 2009; Tremellen, 1992).

### **3.3. Variáveis em estudo e instrumento de recolha de dados**

O instrumento, neste caso o questionário foi construído com base na revisão de literatura internacional sobre os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde (Subramanian *et*

---

<sup>21</sup> De acordo com um estudo citado por Biscaia (2006) na região de Lisboa a estrutura etária dos médicos de família revelou que 97,2% têm actualmente mais de 40 anos de idade.

*al.*, 2004; Delva *et al.* 2011; Klabunde *et al.* 2003; Lewis *et al.* 2006; Myers *et al.*, 1999; Iracleous *et al.* 2010; Pimlott *et al.*, 2009; Tremellen, Jones, 1989; Mant, 1994; Shackley, Donald, 1993).

O questionário é constituído por três secções, contendo dezassete itens no total, tal como é patente no Anexo I deste documento. A primeira secção é constituída por seis questões sobre as características demográficas e profissionais que incluem: idade, género; ano de conclusão da formação; percentagem de pacientes com idade superior a 65 anos (escolha múltipla); anos de prática de medicina familiar e formação pós graduada em geriatria.

A segunda parte contém três questões sobre a prática profissional em termos das recomendações preventivas às pessoas idosas: a primeira é sobre as actividades recomendadas (escolha múltipla), de seguida o grau de satisfação com a prática realizada (escala de Likert de cinco pontos) e uma questão aberta sobre razão da resposta pouco satisfeito, ou nada satisfeito. As actividades preventivas indicadas fazem parte do conjunto de recomendações referidas no contexto nacional.

A terceira secção contém oito questões, sobre o tema da autonomia funcional multidimensional, por forma a identificar os (i) conhecimentos dos inqueridos sobre as áreas da avaliação multidimensional (escolha múltipla); (ii) conhecimento dos instrumentos multidimensionais (dicotómica) (iii) conhecimento dos instrumentos específicos de cada área (dicotómica); (iv) a aplicação dos instrumentos na prática (dicotómica); (v) contexto da aplicação; (vi) a percepção sobre as condições necessárias para a aplicação do rastreio (resposta classificada por ordem crescente, segundo o critério de importância); (vii) as estratégias de rastreio; (viii) e a última questão envolve um grupo de afirmações (seis) onde se pede ao inquerido para se posicionar relativamente ao objecto rastreio, através de uma escala de Likert de cinco pontos.

Esta última questão pretende identificar atitudes face ao rastreio à autonomia multidimensional, através de um conjunto de afirmações que manifestam a posição favorável ou desfavorável em relação ao objecto, apresentando assim dois campos de variação, um de concordância, outro de discordância. As afirmações seleccionadas para esta escala (não validada) foram construídas com base nos estudos já referidos, nomeadamente dos autores Tremellen e Jones (1989).

No que diz respeito às condições elencadas para a implementação do rastreio à autonomia funcional (questão quinze), é importante mencionar que estas se apresentam como os principais critérios identificados por Wilson e Jungner (1968), essenciais para o desenvolvimento de programas de rastreio, e que de uma forma consensual se mantêm na actualidade.

Procurou-se construir um questionário breve, com o número “adequado” de questões tendo em conta os princípios de economia e eficiência em detrimento de um questionário extenso, o qual produz um efeito dissuasor nos respondentes, aumentando a probabilidade de não resposta.

O instrumento é auto-administrado, devendo os respondentes inserir as suas respostas num formulário disponível na Internet.

A validação do conteúdo responde se o instrumento é capaz de medir aquilo a que se propõe medir. O questionário será submetido a um pré-teste (teste piloto) num grupo de 10 médicos, seleccionados ao acaso, potenciais candidatos da amostra final, com o objectivo de recolher o *feedback* dos participantes. Depois do preenchimento do questionário, será solicitado a opinião acerca da clareza da linguagem, dificuldade em perceber ou responder as perguntas; se as categorias das respostas estão adequadas às perguntas; se as categorias das respostas são objectivas ou vagas; se há algum aspecto que não foi incluído e que deva ser; se há algum aspecto que deva ser retirado e sobre tempo de preenchimento.

Depois de executado o pré-teste e feitas as alterações necessárias (sendo que se forem significativas de conteúdo terá que ser feito novo pré-teste), o questionário será transferido para uma plataforma electrónica, baseada na Internet, que permite (i) autenticar o respondente (para acesso ao formulário do questionário é necessário introduzir uma código fornecido anteriormente, o qual impede que o profissional responda por mais que uma vez ao questionário); (ii) validar o preenchimento por completo das perguntas do questionário e (iii) que regista as respostas obtidas numa base de dados.

Para a validação da consistência interna é necessário que o instrumento já tenha sido respondido. O mais comum é o coeficiente de Alfa Cronbach.

O questionário será divulgado por uma carta de apresentação enviada aos Conselhos Clínicos de cada Agrupamento de Centros de Saúde, a solicitar a divulgação aos seus médicos de família (tal como patente no Anexo II deste documento). Posteriormente será enviado por correio electrónico os dados para acesso ao questionário online, conforme o cronograma patente no Anexo III deste documento.

No sentido da prevenção das não respostas, serão enviadas duas novas mensagens de seguimento (*follow-up*) a intervalos de três e duas semanas para incentivar os profissionais a participarem. As respostas deverão ser recolhidas e validadas ao fim de 8 semanas.

O consentimento informado por parte dos participantes deverá ser obtido, após a apresentação do projecto com vista a esclarecer o que se pretende do participante. A confidencialidade das respostas será assegurada.

### **3.4. Previsão da análise estatística dos dados**

A análise dos dados resultantes do instrumento de avaliação será feita no software informático SPSS.

Num primeiro momento será feita uma análise de tipo estatística descritiva simples, para caracterizar os dados da amostra, nomeadamente nas variáveis demográficas, com tabelas de frequência, através da verificação das frequências e do cálculo das medidas de localização central e de dispersão para cada variável isoladamente.

Seguidamente, poderá ser feita uma análise bivariada, utilizando tabelas de contingência, para analisar as relações entre variáveis. Poderá ser utilizado o teste de independência do Qui-Quadrado. Para as variáveis contínuas, de distribuição normal, será aplicado o teste T de Student.

A título de exemplo, relativamente às respostas à questão dezassete, poderá ser feita uma análise de clusters, agrupando os inqueridos em grupos mais homogêneos de forma a procurar identificar os diferentes grupos de “atitude” em relação à aplicação do rastreio.

O facto de ser um estudo exploratório em que não foram identificadas hipóteses para verificar não permite realizar inferências causais entre as variáveis a observar.

### **3.5. Previsão dos aspectos a considerar na interpretação dos resultados**

A interpretação dos resultados e a verificação da validade interna e externa da investigação não deve perder de vista a finalidade de investigação. Ora, neste domínio, é pertinente reflectir sobre os objectivos definidos para este estudo. Como referido, a investigação proposta tem como finalidade identificar as atitudes face aos rastreios à autonomia funcional multidimensional. Ora, as atitudes são corolário de um processo de aprendizagem gradual, através de experiências (Alcobia, 2001, Lima, 2006) e sendo a aplicação de rastreios nesta área ainda não uma prática corrente é justo questionar a oportunidade de se estudar desde já as atitudes dos profissionais.

Não obstante estas dúvidas, consideramos que a utilidade que os estudos de atitude possuem para reflectir e prever uma acção positiva ou negativa face a determinado objecto (Lima, 2006) justifica a obra a que propomos.

Podemos antecipar as seguintes limitações na interpretação dos resultados:

- As limitações de um estudo como este advêm logo, da possibilidade das baixas taxas de resposta. Assim, um viés a ter em conta é o dos “não-respondentes”. Este é um erro de selecção que se deve à cobertura incompleta da amostra.
- Iguamente poderá surgir um viés de selecção, uma vez que os profissionais mais interessados nesta temática e dispostos a participar em estudos que avaliam os conhecimentos, atitudes e práticas são habitualmente profissionais que têm uma atitude mais positiva em relação às questões da promoção e prevenção da doença nas pessoas mais velhas.
- O facto do questionário ser apenas aplicado na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo permitirá apenas inferir resultados em relação aos profissionais desta região do país.
- No que diz respeito ao questionário auto - administrado, ou seja, quando é o próprio a preencher, podem, ser considerados alguns aspectos que influenciam as respostas, nomeadamente a desajustabilidade social e as respostas aleatórias, quando o respondente não está motivado, assinalando a resposta quase de modo aleatório, sem qualquer critério (Ribeiro, 1999).
- A obtenção de dados por auto-resposta está sempre limitada, uma vez que as respostas poderão não reflectir a realidade das atitudes e práticas dos profissionais de saúde.
- Na escala de Likert o facto da resposta ser graduada em 5 graus, onde existe um ponto intermédio “não concordo, nem discordo”, pode conduzir a mais respostas “neutras”. No entanto, tendo presente o eventual desconhecimento desta área, fez sentido incluir a posição de “indeciso”.
- O questionário é curto, pode assim limitar o âmbito da informação.

### **3.6. Desenvolvimentos futuros possíveis**

A realização deste trabalho de projecto estimulou a reflexão sobre futuras investigações nesta temática.

Nesse sentido, podemos equacionar se a metodologia de *Focus Groups* seria uma abordagem a considerar neste domínio, pelo facto desta área ser ainda pouco investigada em Portugal. Esta possibilidade de investigação levaria a organizar sessões do tipo "discussões de grupo", técnica utilizada numa abordagem qualitativa, na qual se emprega a discussão moderada de entre 8 e 12 participantes. Em abono desta metodologia, pode-se salientar que a mesma já foi utilizada em

estudos internacionais relacionados com a adesão aos rastreios na área da demência (Cahill *et al.*, 2008).

O paradigma qualitativo oferece uma abordagem holística, sendo esta adequada a contextos de maior incerteza em termos de conhecimento e quando ainda subsistem muitas questões e poucas respostas. O conhecimento existente não permite a suficiente definição do problema em linguagem quantitativa.

O guião para os grupos integraria uma primeira questão sobre as suas práticas (padrões) relativamente à prestação de cuidados às pessoas mais velhas, e solicitar-se-ia posteriormente para pensar em coisas que tornam mais fácil ou mais difícil para as pessoas fazer o rastreio. O objectivo seria discutir potenciais obstáculos conceptuais e logísticos para o rastreio e eventualmente abordar o tema do idadismo<sup>22</sup>.

O idadismo pode ser definido como: atitude negativa e comportamento discriminatório em relação aos outros devido a estes pertencerem a um determinado grupo etário, ou práticas institucionais que subordinam as pessoas de um determinado grupo etário (Ribeiro, Paúl, 2011)

Tal como afirma o autor Falvo (2004), se as atitudes em relação ao envelhecimento são negativas, os profissionais de saúde tornam-se incapazes de conduzir as acções de promoção da saúde e prevenção da doença de forma efectiva com as pessoas idosas. Exemplos de “preconceitos” prejudiciais podem incluir o sentimento de “futilidade” do potencial de mudança em termos de comportamento dos idosos. Esta noção de incapacidade de mudança do comportamento dos idosos não é corroborada por investigações que indicam que a recomendação de parar de fumar é mais acatada pelos inquiridos mais seniores, com idades superiores a 66 anos de (Vilaverde Cabral e Silva, 2009).

Falvo (2004) menciona ainda que a crença de que a educação para a saúde em pacientes idosos é considerada como não eficaz em termos de custo, tendo em conta a esperança de vida dos idosos. Os profissionais de saúde podem acreditar que tendo em conta os recursos limitados, mais tempo e esforço devem ser gasto com os pacientes mais novos que ainda estão em fase produtiva. Os pacientes mais velhos causam ansiedade aos profissionais porque podem fazê-los recordar do seu próprio envelhecimento e mortalidade. Pode haver sentimentos de frustração se os pacientes experienciam problemas complexos em termos de medicação e problemas não tratáveis.

---

<sup>22</sup> O termo ageism (idadismo) foi introduzido em 1969 por Butler (1969, p.243), definindo-o como um processo de “estereótipos e discriminação sistemática contra as pessoas por elas serem idosas, da mesma forma que o racismo e o sexismo o fazem com a cor da pele e o género (Ribeiro e Paúl, 2011).

Tendo presente estas análises, podemos perspectivar que em relação às pessoas idosas existe um considerável número de estereótipos e sendo que o trabalho directo com pessoas idosas é uma realidade efectiva, nos âmbitos da saúde e da assistência social, seria pertinente associar ao questionário desta investigação uma escala breve de atitudes face ao envelhecimento, como por exemplo, o questionário de avaliação de apetência para o trabalho com pessoas idosas (Quest\_GW-3), utilizado no contexto português (Ribeiro, Paúl, 2011).

Por último, é importante destacar que as atitudes positivas por parte dos profissionais dos “cuidados” relativamente aos mais de 65 anos fomentam a efectividade das acções de promoção da saúde com esta população. Embora esteja a crescer o interesse pela introdução das matérias relacionadas com o envelhecimento no currículo dos profissionais de saúde, muitas vezes essa informação é centrada nos aspectos negativos de envelhecer, esquecendo a perspectiva “centrada na família e no ciclo de vida”, abordagem esta que pode “permitir uma melhor percepção, mais integrada, do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários, nos diferentes papéis sociais que vão assumindo ao longo da vida” (Portugal, MS. DGS, 2004)

## BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, E. – Perfis de Risco em Pessoas Idosas na Comunidade. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2009. Tese de Mestrado em Gerontologia. [Consult. 3 Maio 2011] Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3231/1/2009001187.pdf>

ALMEIDA, M. F. – Promoção da Saúde depois dos 65 anos: elementos para uma política integrada de envelhecimento. Lisboa: ENSP/UNL, 2009. Tese de Doutoramento em Saúde Pública: Especialidade Promoção da Saúde.

ALMEIDA, L. – Da prevenção primordial à prevenção quaternária. [Em linha]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 23: 1 (2005) 91-98 [Consult. 2 Maio 2011] Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-07-2005.pdf>

ARAÚJO, F., *et al.* – Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: I. Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva & S.Marques (Edts.). Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde (pp.217-220). Lisboa: ISPA, 2008

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTROM, T. – Epidemiologia básica. Lisboa: ENSP, 2003.

BISCAIA, A. R., *et al.* – Cuidados de Saúde Primários Em Portugal, Reformar Para Os Novos Sucessos. Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2006.

BOTELHO, A – Autonomia Funcional em Idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano (1ª Ed.). Porto: Laboratórios Bial, 2000

BOTELHO, A. – Idade avançada - características biológicas e multimorbilidade. [Em linha] *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23: (2007) 191-5. [Consult. 12 Janeiro 2011]. Disponível em: [http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=33568&artId=111](http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=33568&artId=111)

BOTELHO, A. – A funcionalidade dos idosos. In PAÚL, C. ; FONSECA, A. – Envelhecer em Portugal. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2005.

BRAGANÇA, E; SANTOS, I. – A prevenção da doença baseada na evidência. [Em linha] *Postgraduate Medicine*. 21: 2 (2004) [Consult. 2 Fevereiro 2011] Disponível em: [http://www.fcm.unl.pt/departamentos/cligeral/ensino\\_5ano/PG\\_prevencao\\_doenca.pdf](http://www.fcm.unl.pt/departamentos/cligeral/ensino_5ano/PG_prevencao_doenca.pdf)

BROEIRO, P. *et al.* – Avaliação dos estados funcionais no idoso. Exercício de aplicação de uma versão portuguesa da escala COOP/WONCA Charts. *Acta Med Port.* 1995; 8:279-288.

BROWNSON, R; PETITI, D. – *Applied Epidemiology: Theory and Practice.* New York: Oxford University Press, 1998. ISBN 0-19-512202-X.

BUSH C, KOZAK J, ELMSLIE ,T. – Screening for cognitive impairment in the elderly. [Em linha] *Canadian Family Physician.* 43:1763-1768 (1997) [Consult. 21 Janeiro 2011] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2255451>

CAHILL, S. *et al.* – The attitudes and practices of general practitioners regarding dementia diagnosis in Ireland. [Em linha] *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 663–669. [Consult. 21 Janeiro 2011] Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5a29f90b-6868-4463-9581-7ecfef8e7b0a%40sessionmgr112&vid=2&hid=125>

CORTÉS, J., *et al.* – Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. [Em linha] *Med Clin (Barc);* 115: 704-717 (2000) [Consult. 2 Junho 2011] Disponível em: de <http://www.elsevier.es>

DELVA, F. *et al.* – Factors influencing general practitioners in the referral of elderly cancer patients. [Em linha] *BMC Cancer.* 11:5 (2011) [Consult. 2 Junho 2011] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3024300/?tool=pubmed>

DE LEPELEIRE, J. *et al.* - Frailty: an emerging concept for general practice. [Em linha] *British Journal of General Practice.* May 2009. [Consult. 2 Junho 2011] DOI: 10.3399/bjgp09X420653. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2673187/?tool=pubmed>

EICHLERA K *et al.* - Preventive health risk appraisal for older people and impact on GPs' patient management: a prospective study. [Em linha] *Family Practice.* 24:6 (2007) 604-609. [Consult. 20 Jan. 2011]. Disponível em <http://fampra.oxfordjournals.org/content/24/6/604.short>

COSTA E., LEAL, I. – Dimensões socio-cognitivas na adesão das mulheres à contracepção. [Em linha] *Análise Psicológica,* 3: XXIII (2005) 247-260. [Consult. 20 Jan. 2011] Disponível em: [www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n3/v23n3a01.pdf](http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n3/v23n3a01.pdf)

EVANS, L., Trotter, MA. – Epistemology and Uncertainty in Primary Care: An Exploratory Study. [Em linha] *Fam Med* 2009; 41(5):319-26.) [Consult. 20 Jan. 2011] Disponível em: <http://www.stfm.org/fmhub/fm2009/November/Lance691.pdf>

FALVO, D. – Effective patient education: a guide to increased compliance / Donna R. Falvo. - 3rd ed. - Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett, 2004.

FAZIO R, PETTY R – Attitudes: their structure, function, and consequences. Edited by Russell H. Fazio, and Richard E. Petty. 2008

FLETCHER, A. – Multidimensional assessment of elderly people in the community. [Em linha] *British Medical Bulletin*. 54: 4 (1998) 945-960 [Consult. 20 Jan. 2011] Disponível em: <http://bmb.oxfordjournals.org/content/54/4/945.full.pdf>

FLETCHER, A. *et al.* - The MRC trial of assessment and management of older people in the community: objectives, design and interventions. [Em linha] *BMC Health Services Research*. 2:21 (2002) [Consult. 26 Jan. 2011] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC134467/pdf/1472-6963-2-21.pdf>

FLETCHER, A. – Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: a cluster-randomised factorial trial. [Em linha] *The Lancet*. 364: 1667–77 (2004) [Consult. 29 Jan. 2011] Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)17353-4/fulltext#](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)17353-4/fulltext#)

FREER, C. – Geriatric screening: a reappraisal of preventive strategies in the care of the elderly. [Em linha] *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35, 288-290 (1985) [Consult. 29 Jan. 2011] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1960041/pdf/jroyalcgprac00162-0025.pdf>

FRIES, J. – Strategies for reduction of morbidity. [Em linha] *Am J Clin Nutr* 55:257S-62S (1992). *American Society for Clinical Nutrition* [Consult. 23 Fev. 2011] Disponível em: <http://www.ajcn.org/content/55/6/1257S.full.pdf+html>

FRIES, J. – Measuring and Monitoring Success in Compressing Morbidity. [Em linha] *Annals of Internal Medicine*. 139:5 (2003) 455-459 [Consult. 23 Fev. 2011] Disponível em: [http://www.annals.org/content/139/5\\_Part\\_2/455.short](http://www.annals.org/content/139/5_Part_2/455.short)

GALVÃO, C. – Actividades preventivas no idoso. [Em linha] *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 22:731-7 (2006) [Consult. em 2 Junho 2011] Disponível em <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070525191539417577.pdf>

GATES, S *et al.* – Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis *BMJ* 336 2007. 336: 7636 (2007) [Consult. em 2 Junho 2011] Disponível em [www.bmj.com/content/336/7636/130.full](http://www.bmj.com/content/336/7636/130.full)

GIL, A. P. – Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência. Lisboa: FCG/FCT, 2010.

GLASSER M; GRAVDAL A. – Assessment and Treatment of Geriatric Depression in Primary Care Settings. [Em linha] *Arch Fam Med.* 6:433-438 (1997) [Consult. em 2 Junho 2011] Disponível em: <http://archfami.ama-assn.org/cgi/reprint/6/5/433.pdf>

GONÇALVES-PEREIRA, M. *et al.* - Versão portuguesa do CANE (Camberwell Assessment of Need for the Elderly): desenvolvimento e dados preliminares. [Em linha] *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* VOL. 25, N.o 1 — JANEIRO/JUNHO 2007 [Consult. em 2 Junho 2011] Disponível em: [www.ucl.ac.uk/cane/references/goncalves-pereira.pdf](http://www.ucl.ac.uk/cane/references/goncalves-pereira.pdf)

GRAY, J. A. - New concepts in screening. [Em linha] *British Journal of General Practice.* 54, (2004) 292-298. [Consult. em 9 Junho 2011] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314856/pdf/15113498.pdf>

GUERREIRO M. - Testes de rastreio de defeito cognitivo e demência: uma perspectiva prática. [Em linha] *Revista Portuguesa Clínica Geral.*26:46-53 (2010) [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em: <http://www.apmcg.pt/Download.aspx?file=+H9KsPBBThmkjxXxYr2tnWqcllg8AFhHulvnn9qbno/e7ds625NqelAxE4FdG3zVcCNe1vuZHfRslwZkfd3C62y0dNKdM35seq13PilrFe4IsiPD5Jq06Ht86Axwalqm&name=Testes%20de%20rastreo%20de%20defeito%20cognitivo>

HESPANHOL, A., COUTO, L., MARTINS, C. - A medicina preventiva. [Em linha] *Revista Portuguesa Clínica Geral.* 24:49-64. (2008) [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em:

<http://www.apmcg.pt/Download.aspx?file=+H9KsPBBThmkjxXxYr2tnWqcllg8AFhHulvnn9qbno/e7ds625NqelAxE4FdG3zVcCNe1vuZHfRslwZkfd3C68TmSNsP+IOHdy7V6fjkOHvkWXech7ylqXYialTKstbX&name=A%20medicina%20preventiva>

HESPANHOL, A., *et al.* - Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar. [Em linha] *Revista Portuguesa Clínica Geral.* 25:242-52. (2009) [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em:

<http://www.apmcg.pt/Download.aspx?file=+H9KsPBBThmkjxXxYr2tnWqcllg8AFhHulvnn9qbno/e7ds625NqelAxE4FdG3zVcCNe1vuZHfRslwZkfd3C60Brr19PzqhffbsEJGjWJDPqe3t7NIM6L6OzNVWglcDj&name=Educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20sa%C3%BAde%20e%20preven%C3%A7%C3%A3o...>

HESPANHOL, A. - Problemas éticos em Medicina Geral e Familiar. [Em linha]. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 19:389-95 (2003) [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em: <http://www.apmcg.pt/Download.aspx?file=+H9KsPBBThmkjxXxYr2tnWqcllg8AFhHulvnn9qbno/e7ds625NqelAxE4FdG3zVcCNe1vuZHfRslwZkfd3C62y0dNkM35seq13PilrFe4IsiPD5Jq06Ht86Axwalqm&name=Testes%20de%20rastreo%20de%20defeito%20cognitivo...>

HÉBERT, R. - Functional decline in old age. [Em linha] *Canadian Medical Journal*. 157:1037-45 (1997) [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em: <http://www.canadianmedicaljournal.ca/content/157/8/1037.short>

HEBERT, R *et al.* - Predictive Validity of a Postal Questionnaire for Screening Community-dwelling Elderly Individuals at Risk of Functional Decline. [Em linha] *Age and Ageing*. 25:159-167 (1996) [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/25/2/159.short>

IRACLEOUS, P. *et al.* - Primary care physicians' attitudes towards cognitive screening: findings from a national postal survey. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 25:1 (2010) 23–29. DOI: 10.1002/gps.2293 466 [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2293/abstract>

ILIFFE, S. *et al.* - Evaluation of the use of brief screening instruments for dementia, depression and problem drinking among elderly people in general practice. [Em linha] *British Journal of General Practice*, 44:388 (1994) 503-507 [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239047/>

ILIFFE, S; ORRELL, M. - Identifying unmet health needs in older people: comprehensive screening is not the answer. [Em linha] *British Journal of General Practice*, June 2006 [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1839013/>

ILIFFE, S., MANTHORPE J, EDEN, A. - Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice: a qualitative study. [Em linha] *Family Practice* 20: 4 (2003) [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/20/4/376.short>

KLABUNDE, C. *et al.* - A national survey of primary care physicians' colorectal cancer screening recommendations and practices. [Em linha] *Preventive Medicine*. 36:3 (2003) 352–362. [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009174350200066X>

KOCH *et al.* - Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review. [Em linha] *BMC Family Practice* 11:52 (2010) [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/52/>

KINNERSLEY, P. *et al.* - Measuring functional health status in primary care using the COOP-WONCA charts: acceptability, range of scores, construct validity, reliability and sensitivity to change. [Em linha] *British Journal of General Practice*, 44:389 (1994) 545-549 [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239076/>

KESTIN, K. SAVAGE, R. - Geriatric screening in a rural practice: the financial implications. [Em linha] *British Journal of General Practice*, 40:341 (1990) 513–515 [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1371451/>

KERWIN, D. - How to prevent a delayed Alzheimer's diagnosis. [Em linha] *The Journal of Family Practice*. 58:1 (2009) [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19141265>

LAST, J. – Um Dicionário de Epidemiologia. 2ª ed. Lisboa : DEPS, 1988. ISBN 972-675-038-5.

LACHS, M. *et al.* - A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. [Em linha] *Annals of Internal Medicine*. (1990) [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1c599f76-358e-481d-90df-fc2f2d6b31a6%40sessionmgr114&vid=2&hid=125>

LEWIS, C. *et al.* - Physicians' Decisions About Continuing or Stopping Colon Cancer Screening in the Elderly: A Qualitative Study. [Em linha] *J Gen Intern Med* 24(7):816–21 DOI: 10.1007/s11606-009-1006-9 [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695516/pdf/11606\\_2009\\_Article\\_1006.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695516/pdf/11606_2009_Article_1006.pdf)

LEWIS, C. *et al.* - Older adults' attitudes about continuing cancer screening later in life: a pilot study interviewing residents of two continuing care communities. [Em linha] *BMC Geriatrics* 2006, 6:10 doi:10.1186/1471-2318-6-10. [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695516/pdf/11606\\_2009\\_Article\\_1006.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695516/pdf/11606_2009_Article_1006.pdf)

LIMA, L. (2006). ATITUDES: ESTRUTURA E MUDANÇA. In VALA, J. MONTEIRO, M. *Psicologia Social*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian. 7ª Edição.

LIPSCHITZ, S. Comprehensive geriatric assessment. [Em linha] *Continuing Medical Education*. 25: 9 (2007) [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em: <http://www.cmej.org.za/index.php/cmej/article/view/205>

LOUREIRO, I. MIRANDA, N. – Promover a saúde dos -fundamentos à acção. 1ª Edição. Coimbra, Almedina. 2010.

MANT, D. – Prevention. [Em linha] *The Lancet*. 344: 1343-1346 (1994) [Consult. 4 Maio 2011] Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067369490698X>

MAN,E., *et al.* – Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: Results from a pilot study in Vorarlberg, Austria. [Em linha] *BMC Geriatrics*, 4: 4-10 (2004). [Consult. 4 Maio 2011] Disponível em:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S14067369392884V>

MATEUS, A *et al.* – O que sabemos dos nossos idosos. Um estudo sobre a avaliação funcional. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 12:92-99 (1995).

MAUSNER, J.; KRAMER, S. – Introdução à epidemiologia. 4ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2007.

MCCLANE, K. - Screening Instruments for Use in a Complete Geriatric Assessment. [Em linha] *Clinical Nurse Specialist*. 20: 4 (2006) [Consult. 21 Maio 2011]. Disponível em [http://www2.bakersfieldcollege.edu/thill/B29\\_Unit1/Screening%20Instruments%20for%20Use%20in%20a%20Complete%20Geriatric%20Assessment.pdf](http://www2.bakersfieldcollege.edu/thill/B29_Unit1/Screening%20Instruments%20for%20Use%20in%20a%20Complete%20Geriatric%20Assessment.pdf)

McEWANS, I. *et al.* - Screening elderly people in primary care: a randomized controlled trial. [Em linha] *British Journal of General Practice*, 40: 94-97 (1990) [Consult. 21 Maio 2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1371072/pdf/brjgenprac00082-0006.pdf>

MELO, M. - A prevenção quaternária contra os excessos da Medicina. [Em linha] *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23: 289-93 (2007) [Consult. 21 Maio 2011]. Disponível em <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20071001154558208390.pdf>

MELO, M., BRAGA, - R. Rastreio do cancro do cólon e do recto. [Em linha] *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 19:471-82 (2003) [Consult. 21 Maio 2011]. Disponível em : [www.apmcg.pt/Download.aspx?...](http://www.apmcg.pt/Download.aspx?...)

MELO, M. - Procedimentos Preventivos nos Adultos.*Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 11: 33-39 (1994)

MYERS, R *et al.* - Physician Intention to Recommend Complete Diagnostic Evaluation in Colorectal Cancer Screening. [Em linha] *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 8: 587–593 (1999). [Consult. 7 Maio 2011]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009174350300313X>

NELSON, E *et al.* - Assessment of function in routine clinical practice: description of the COOP Charts Method and Preliminary Findings. [Em linha] *J. Chron Dis*, 1985. Vol 30, Suppl 3 pp 555-635. [Consult. 4 Maio 2011]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021968187800334>

NELSON, E. *et al.* - The Functional Status of Patients: How Can It Be Measured in Physicians' Offices? [Em linha] *Medical Care*, 1990), Vol. 28, No. 12. pp. 1111-1126. [Consult. 15 Maio 2011]. Disponível em: <http://digilib.bc.edu/reserves/nu643/dema/nu64362.pdf>

NGUYEN, M *et al.* - Quebec breast cancer screening program. A study of the perceptions of physicians in Laval, Que. *Canadian Family Physician* 2009;55:614-20 [Consult. 21 Maio 2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2694089/>

PAIXÃO, C.; REICHNHEIM, M. – Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. [Em linha]. *Cadernos de Saúde Pública*. 21: 1 (2005) 7-19. [Consult. 21 Maio 2011]. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n1/02.pdf>

OSTERWEIL, D - Comprehensive Geriatric Assessment: Lessons in Progress. [Em linha]. *IMAJ* 2003;5:371±374 Consult. 30 Maio 2011]. Disponível em <http://www.ima.org.il/imag/dynamic/web/ArtFromPubmed.asp?year=2003&month=05&page=371>

PATHY M. - Randomised trial of case finding and surveillance of elderly people at home. [Em linha] *The Lancet*. 340:8824 (1992) [Consult. 21 Maio 2011]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014067369293294W>

PATRÃO, I. LEAL, I. Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: estudo exploratório numa amostra de utentes do centro de saúde de Peniche. [Em linha] *Psicologia, Saúde & Doenças* 3: 1 (2002) 103-112. [Consult. 21 Maio 2011]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v3n1/v3n1a07.pdf>

PEREIRA, J. – Economia da saúde: glossário de termos e conceitos. Lisboa: Edição da Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 2004.

PIMLOTT N, *et al.* - Family physicians and dementia in Canada. [Em linha] *Canadian Family Physician*. 55:506-7. (2009) [Consult. 21 Maio 2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2682312/>

PINTO, D.; CORTE-REAL, S.; NUNES, J. - Actividades preventivas e indicadores – Quanto tempo sobra? [Em linha] *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 26:455-64 (2010) [Consult. 21 Maio 2011]. Disponível em [http://danielpinto.net/trabalhos/actividades\\_preventivas.pdf](http://danielpinto.net/trabalhos/actividades_preventivas.pdf)

PORTUGAL. INE. - Estatísticas Demográficas 2009. Instituto Nacional de Estatística, 2010. [Em linha] Consult. 7 Maio 2011]. Disponível em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=83385202&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=83385202&DESTAQUESmodo=2)

PORTUGAL. INE. - O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. In *Revista de Estudos Demográficos*, n.º 36, p. 185-208, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. (2002).

PORTUGAL. MS. ACS. - Evolução dos Indicadores do PNS 2004-2010 dezembro 2010. [Em linha] [Consult. 5 Maio 2011]. Disponível em : [www.acs.min-saude.pt/files/2011/01/EvolucaoIndicadoresPNS\\_FINAL.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/files/2011/01/EvolucaoIndicadoresPNS_FINAL.pdf)

PORTUGAL. MS. DGS. Elementos Estatísticos Informação geral saúde/2008. – Lisboa: DGS, 2010. [Em linha] [Consult. 7 Maio 2011]. Disponível em [www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf)

PORTUGAL MS.DGS. - Programa Nacional Para a Saúde Das Pessoas Idosas. – Lisboa: DGS, 2006 [Em linha] [Consult. 1 Dez 2010]. Disponível em [www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74.../0/i006346.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74.../0/i006346.pdf)

PORTUGAL. MS. MCSP. FERREIRA, P, ANTUNES, P PORTUGAL, S. - O valor dos cuidados primários: perspectiva dos utilizadores das USF-2009. Lisboa: Min. Saúde, 2010 [Em linha] [Consult. 18 Maio 2011]. Disponível em : [www.observaport.org/node/254](http://www.observaport.org/node/254)

PORTUGAL. MS. MCSP.. SANTOS, O. et al. Os Centros de Saúde em Portugal A satisfação dos Utentes e dos Profissionais. Lisboa: Min. Saúde, 2007 [Em linha] [Consult. 18 Maio 2011]. Disponível em : <http://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/2062/1/Osvaldo+Santos+2007.pdf>

PORTUGAL. MS. MCSP. Modelos organizacionais das Unidades de saúde familiar. Carteira de Serviços das US: Lisboa: Min. Saúde, 2006 [Em linha] [Consult. 1 Março 2011]. Disponível em [www.mcsp.min-saude.pt/.../Cuidados%20Continuados%20nos%20CSP.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/.../Cuidados%20Continuados%20nos%20CSP.pdf)

PORTUGAL. MS. DGS. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume I – Prioridades. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004. [Em linha] [Consult. 1 Março 2011]. Disponível em [www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol2.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf)

Recomendação n.º 87 de 22 de Outubro de 1997, Comité de Ministros do Concelho da Europa - On the screening and surveillance of elderly persons. [Em linha] [Consult. 1 Março 2011]. Disponível em : [www.jle.com/fr/revues/medecine/stv/e-docs/00/04/12/6D/article.phtml](http://www.jle.com/fr/revues/medecine/stv/e-docs/00/04/12/6D/article.phtml)

RESNICK, B - Health promotion practices of older adults: testing an individualized approach. [Em linha] *Journal of Clinical Nursing*. 12: 46–55 (2003) [Consult. 2 Maio 2011] Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1446.2003.20102.x/full>

RIBEIRO, O. PAÚL, C. - Manual de Envelhecimento Activo. Lisboa: Edições LIDEL, 2011

RIBEIRO, J. - Psicologia e Saúde. Lisboa: Edições ISPA, 1998

RIBEIRO, J. – Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde. Lisboa: Edições Climepsi, 1999

RODRIGUES, R. Avaliação Comunitária de uma população de idosos. Da funcionalidade à utilização de serviços. 2009. Coimbra: Edições Mar da Palavra

ROWORTH M. - Screening in the Elderly. [Em linha] *Public Health*, 103:5 (1989) 377 383 [Consult. 2 Maio 2011] Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350689800083>

SANTOS, I *et al.* - A morbilidade dos idosos em cuidados de saúde primários - um estudo piloto. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1995; 13:109-116.

SANTOS, I. *et al.* - Comorbilidade e Funcionalidade. Estudo Observacional de um Coorte de Doentes. *Acta Med Port* 2009; 22: 779-788 [Consult. 2 Maio 2011] Disponível em [www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2009-22/6/779-788.pdf](http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2009-22/6/779-788.pdf)

SERRANO; S. – Os técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: Atitudes, crenças e intenções comportamentais. [Em linha] *Análise Psicológica*, 2:23 (2005) 137-150 [Consult. 2 Janeiro 2011] Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a06.pdf>

SHACKLEY, P. DONALD, S. – Prevention in primary care: the annual assessment of elderly people. [Em linha] *Health Policy*. 25: 1-2 (1993) 51-62 [Consult. 2 Maio 2011] Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016885109390102U>

SIMS, J. *et al.* – Health promotion and older people: the role of the general practitioner in Australia in promoting healthy ageing. [Em linha] *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 24:4

(2000) [Consult. 2 Janeiro 2011] Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-842X.2000.tb01592.x/abstract>

SMEETH, L. – Randomised comparison of three methods of administering a screening questionnaire to elderly people: findings from the MRC trial of the assessment and management of older people in the community. [Em linha] *BMJ*. 323:1403–7 (2001) [Consult. 2 Maio 2011] Disponível em [www.mendeley.com/.../clustered-randomise..](http://www.mendeley.com/.../clustered-randomise..)

STARFIELD, B. – Políticas e Prestação de Cuidados Primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 13: 297-302 (1996).

STUCK, A. *et al.* – Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. [Em linha] *The Lancet*. 342: 8879 (1993) 1032-1035 [Consult. 2 Maio 2011] Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067369392884V>

STUCK, A. *et al.* – A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. [Em linha] *The New England Journal of Medicine*. 333: 1184-1189(1995) [Consult. 2 Maio 2011] Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199511023331805#t=article>

STUCK, A. *et al.* – A Randomized Trial of In-Home Visits for Disability Prevention in Community-Dwelling Older People at Low and High Risk for Nursing Home Admission. [Em linha] *Archives of Internal Medicine*. 160:7 (2000) 977-986 [Consult. 16 Março 2011]. Disponível em: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/160/7/977>

SUBRAMANIAN, S.; KLOSTERMAN, M.; AMONKAR, M.; HUNT, T. – Adherence with colorectal cancer screening guidelines: a review. [Em linha] *Preventive Medicine*. 38: 5 (2004) 536–550 [Consult. 16 Março 2011]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743503003499>

TREMELLEN J., JONES, D. - Attitudes and practices of the primary health care team towards assessing the very elderly. [Em linha] *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 39: 321 (1989) 142-144. [Consult. 16 Março 2011]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1711830/>

TREMELLEN J. – Assessment of patients aged over 75 in general practice. [Em linha] *BMJ*. 305: 12 (1992) [Consult. 16 Março 2011]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/305/6854/621.abstract>

TURNER S *et al.*, – General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. [Em linha] *Age and Ageing*. 33: 6 (2004) 461–467 [Consult. 16 Março 2011]. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/33/5/461.short>

VERÍSSIMO, M. – A avaliação multidimensional do idoso. In Firmino, H. Psicogeriatrics. Coimbra: Editora Almedina, 2006

VILAVERDE CABRAL, M. SILVA, P. – A adesão terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população perante as prescrições médicas, os hábitos de saúde e o consumo de medicamentos. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2009

WALTERS, K. *et al.* – Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: the Camberwell Assessment of Need for elderly people in primary care. [Em linha] *Age and Ageing*. 29 (2000) 505-510. [Consult. 2 Maio 2011] Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/29/6/505.short>

WENSING, M. – A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: description of the research domain. [Em linha] *Social Science & Medicine*. 47: 10 (1998) 1573-1588 [Consult. 2 Maio 2011] Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953698002226>

WILKIN, D.; WILLIAMS, E. – Patterns of care for the elderly in general practice. [Em linha] *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 36: 293 (1986) 567-570. [Consult. 2 Maio 2011] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1960653>

WILLIAMSON, J. *et al.* – Old people at home; their unreported needs. [Em linha] *The Lancet*. 1: 1117-1120 (1964) [Consult. 2 Maio 2011] Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014067369392884V>

WIELAND D., FERRUCCI, L. – Multidimensional Geriatric Assessment: Back to the Future. *J Gerontol A* [Em linha] *The Journals of Gerontology*. 63:3 (2208) 272–274 [Consult. 21 Maio 2011]. Disponível em <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/63/3/272.extract>

WIELAND, D., HIRTH, V. – Comprehensive Geriatric Assessment. [Em linha]. *Cancer Control*. 10: 6 (2003) [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/465308>

WILLIAMS, M. – Why Screen for Functional Disability in Elderly Persons? [Em linha]. *Annals of Internal Medicine*. 112:639-640 (1990) [Consult. 2 Maio 2011] Disponível em: <http://www.annals.org/cgi/reprint/112/9/639>

WHO. – Age-friendly PHC Centres toolkit. Geneva: World Health Organization, 2008. [Em linha]. [Consult. 2 Maio 2011] Disponível em : [www.who.int/ageing/publications/AF\\_PHC\\_Centretoolkit.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/AF_PHC_Centretoolkit.pdf)

WOODS, J., PATTEN, M., REILLY, P. – Primary care teams and the elderly in Northern Ireland. [Em linha]. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 33: 693-697 (1983) [Consult. 2 Maio 2011] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1972966/pdf/jroyalcgprac00083-0011.pdf>

## **ANEXO I – QUESTIONÁRIO**



Os cenários demográficos apontam para um aumento substancial da população idosa, acompanhada pelo aumento da morbilidade. A promoção da saúde e autonomia das pessoas idosas através de estratégias preventivas está na ordem do dia em termos de saúde pública. As actividades preventivas, nomeadamente os rastreios, constituem uma abordagem prioritária do sector da saúde no quadro da manutenção, o mais tempo possível, da máxima autonomia e independência destas pessoas.

Assim, no âmbito do Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública, foi desenvolvido o questionário que se segue que integra o projecto de investigação com o título “Atitudes, Conhecimentos e Práticas dos Profissionais de Saúde face aos Rastreios de Autonomia Funcional Multidimensional em Pessoas Idosas”.

Levará cerca de 15-20 minutos a completar este questionário. Está dividido em três partes. A primeira parte pretende recolher dados sociodemográficos, a segunda parte consiste em duas questões sobre a sua prática de cuidados de saúde às pessoas idosas e a terceira parte aborda o tema da avaliação da autonomia multidimensional funcional e as condições para o rastreio nesta área.

O Questionário é constituído essencialmente por perguntas fechadas, devendo a sua resposta ser assinalada com (X) no respectivo quadrado ou quadrados.

Este questionário é anónimo e confidencial e o seu tratamento e resultados serão usados de acordo com o objectivo do questionário.

Muito obrigada pela colaboração e atenção dispensada.

N.º do Questionário

Data de Aplicação \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011

## I - Caracterização sociodemográfica

1. Género      Feminino       Masculino

2. Idade \_\_\_\_\_

3. Em que ano conclui a sua formação pré-graduada? \_\_\_\_\_

4. Qual é a percentagem de pacientes com mais de 65 anos na sua prática profissional?

- <10%
- 10 a 20%
- 20 a 30%
- 30 a 50%
- > 50 %

5. Há quantos anos exerce medicina familiar? \_\_\_\_\_

6. Já alguma vez teve formação pós graduada na área de geriatria?

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

## II – Recomendações Preventivas

**7. Que actividades preventivas realiza na prestação de cuidados de saúde às pessoas idosas (mais de 65 anos)?** (escolha uma ou mais respostas)

Vacinação	<input type="checkbox"/>
Rastreio da hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>
Rastreio do cancro da mama	<input type="checkbox"/>
Rastreio do cancro do colo do útero	<input type="checkbox"/>
Rastreio do cancro do cólon e do recto	<input type="checkbox"/>
Outra(s)? Diga qual(ais)? _____	<input type="checkbox"/>

**8. Está satisfeito com a sua prática de prestação de cuidados de saúde às pessoas idosas?**

Nada satisfeito	<input type="checkbox"/>
Pouco satisfeito	<input type="checkbox"/>
Satisfeito	<input type="checkbox"/>
Muito Satisfeito	<input type="checkbox"/>
Totalmente satisfeito	<input type="checkbox"/>

**9. Se respondeu nada satisfeito ou pouco satisfeito à questão 8, refira porquê?**

---

---

## III – Autonomia Funcional Multidimensional

**10. Identifique as áreas da avaliação da autonomia funcional multidimensional que considera pertinentes na sua prática profissional com as pessoas idosas?** (escolha uma ou mais respostas)

Capacidade funcional (actividades de vida diária; actividades instrumentais de vida diária)	<input type="checkbox"/>
Mobilidade	<input type="checkbox"/>

Estado mental	<input type="checkbox"/>
Depressão	<input type="checkbox"/>
Visão	<input type="checkbox"/>
Audição	<input type="checkbox"/>
Aspectos socioeconómicos	<input type="checkbox"/>
Outra (s). Qual (ais)? _____	<input type="checkbox"/>

### 11. Instrumentos de avaliação multidimensional

Identifique os instrumentos que conhece? (responda Sim ou Não para cada instrumento)

	SIM	NÃO
Escala COOP/WONCA Charts (Nelson, 1987)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frailty Staging System- FSS (Lachs <i>et al.</i> , 1990)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Older american's resources and services – Multidimensional Functional Assessment Questionnaire- OARS- MFAQ (Fillenbaum, 1981)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camberwell Assessment of Need for the Elderly –CANE (Reynolds <i>et al.</i> , 2000)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multilevel Assesement Instrument – MAI (Lawton <i>et al.</i> , 1982)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprehensive Older Person's Evaluation – COPE (Pearlman, 1987)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minimum Data Set – MDS (Lawton <i>et al.</i> , 1998)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 12. Instrumentos de avaliação em áreas específicas

Identifique os instrumentos que conhece? (responda Sim ou Não para cada instrumento)

	SIM	NÃO
Índice de Katz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Índice Lawton-Brody	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Índice de Tinetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala de Depressão Geriátrica (GDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mini Mental State Examination (MMSE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teste do Relógio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Índice de Graffar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Alguma vez utilizou estes instrumentos na prática clínica?**

Sim, qual (ais)? _____	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**14. Se responde Sim à questão 13, em que contexto utilizou o (s) instrumento (s)?**

---



---

**15. Que condições seriam necessárias para aplicar o rastreio à autonomia funcional multidimensional em pessoas idosas?**

Assinale com o número de 1 a 8, por ordem crescente de importância (1-Muito Importante; 8-Nada importante)

Instrumento de rastreio validado, breve e de fácil de aplicação	<input type="checkbox"/>
Instrumento de rastreio aceitável para a população.	<input type="checkbox"/>
Recomendações nacionais e internacionais sobre os procedimentos a adoptar	<input type="checkbox"/>
Método de tratamento acessível, efectivo, aceitável e seguro	<input type="checkbox"/>
Equipa multidisciplinar para a aplicação do rastreio	<input type="checkbox"/>
Formação aos profissionais sobre os testes de rastreio	<input type="checkbox"/>
Recursos acessíveis para aconselhamento, referenciação e <i>follow-up</i>	<input type="checkbox"/>
Instalações, meios logísticos e sistemas de informação de suporte à aplicação do rastreio	<input type="checkbox"/>

**16. Que tipo abordagem consideraria mais eficaz para implementar o rastreio à autonomia funcional multidimensional? (escolha apenas uma resposta)**

Rastreio de <i>massa</i> ou base populacional	<input type="checkbox"/>
Rastreio <i>oportunista</i> ou <i>deteção oportunista de casos</i>	<input type="checkbox"/>
Rastreio <i>selectivo</i> ou <i>dirigido</i>	<input type="checkbox"/>
Nenhuma	<input type="checkbox"/>

**17. Em seguida encontra algumas frases relativas aos rastreios à autonomia funcional multidimensional em pessoas idosas.**

Para cada uma delas, indique, por favor o seu grau de concordância, utilizando a seguinte escala: Discordo Totalmente; Discordo; Não concordo nem discordo; Concordo; Concordo Totalmente.

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
O rastreio à autonomia funcional multidimensional é importante no contexto dos cuidados de saúde primários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O rastreio à autonomia funcional multidimensional permite detectar perturbações não conhecidas dos utentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O rastreio à autonomia funcional multidimensional não tem qualquer interesse no contexto dos cuidados de saúde primários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O rastreio à autonomia funcional multidimensional permite prevenir ou retardar o declínio funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O rastreio à autonomia funcional multidimensional promove mais danos do que benefícios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O rastreio à autonomia funcional multidimensional sobrecarrega o funcionamento dos cuidados de saúde primários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chegou ao fim do questionário, obrigada por ter participado.

## **ANEXO II – COMUNICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**

## 1. Carta de apresentação aos Conselhos Clínicos de cada Agrupamento de Centros de Saúde

Exmo./a Senhor/a

Na sequência do desenvolvimento do trabalho de projecto no âmbito do Mestrado em Saúde Pública coordenado pelo Prof. Doutor Luís Graça, venho por este meio solicitar a V. colaboração na divulgação de um questionário relativo às atitudes, conhecimentos e práticas dos médicos de família em relação aos rastreios de autonomia funcional multidimensional em pessoas idosas.

Este questionário destina-se aos médicos de família e demorará apenas cerca de 15-20 minutos a completar. O questionário está dividido em três partes. A primeira parte aborda dados sociodemográficos, a segunda secção incide sobre a prática de cuidados de saúde às pessoas idosas e a terceira parte aborda o tema da avaliação da autonomia multidimensional funcional e as condições para o rastreio nesta área.

Este questionário é anónimo e confidencial e o seu tratamento e resultados serão usados de acordo com o objectivo do questionário.

Muito obrigada pela colaboração e atenção dispensada.

Obrigado pela sua colaboração.

Cumprimentos,  
Vanda Santos

## 2. Mensagem de correio electrónico com os dados de acesso ao questionário

Exmo./a Senhor/a

Tal com mencionado na carta de apresentação vimos por este meio enviar o *link* para o questionário *online* sobre as atitudes, conhecimentos e práticas dos médicos de família, face aos rastreios de autonomia funcional multidimensional em pessoas idosas.

Este questionário é parte integrante de uma investigação académica, para o qual solicitamos a sua preciosa colaboração.

Acede ao seguinte URL e coloque a sua senha de acesso:

Questionário: <https://www.XXXXXXX.com>

Senha de acesso: XKLOP

Obrigado pela sua colaboração.

Cumprimentos,  
Vanda Santos

## 3. Mensagem de correio electrónico a recordar preenchimento

Exmo./a Senhor/a

Vimos por este meio solicitar o preenchimento do questionário *online* sobre atitudes, conhecimentos e práticas dos médicos de família, face aos rastreios de autonomia funcional multidimensional em pessoas idosas.

Este questionário é parte integrante de uma investigação académica, para o qual solicitamos a sua preciosa colaboração.

Acede ao seguinte URL e coloque a sua senha de acesso:

Questionário: <https://www.XXXXXXX.com>

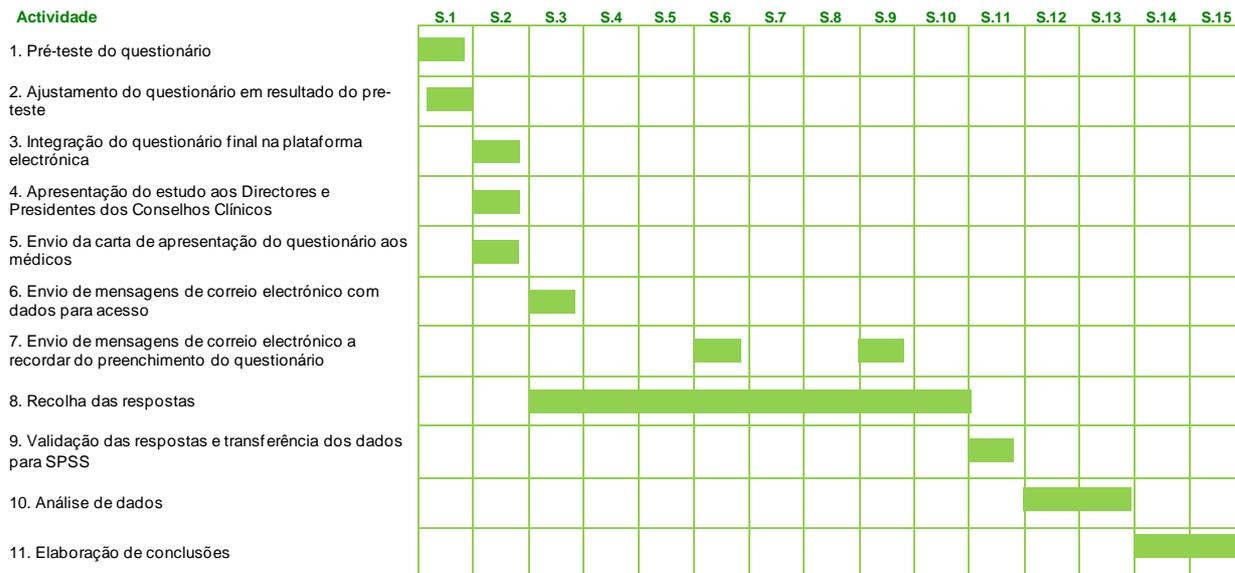
Senha de acesso: XKLOP

Obrigado pela sua colaboração.

Cumprimentos,  
Vanda Santos

## **ANEXO III – CRONOGRAMA**

**Actividade**



Legenda: "S" = Semana