



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICA:
Universidade Nova de Lisboa



AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DAS PESSOAS IDOSAS EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR: UM ESTUDO DE EXEQUIBILIDADE

Maria da Conceição Sousa Balsinha

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Saúde e Envelhecimento

Orientador: Prof. Doutor Manuel Gonçalves Pereira, Faculdade de Ciências
Médicas

Julho, 2014

Agradecimentos

Professor Doutor Manuel Gonçalves Pereira (Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, FCM-UNL), meu Orientador de tese, pelo apoio estruturado e olhar crítico e atento.

Mestre Maria João Marques, minha colega de Mestrado, pela colaboração na entrevista individual aos pacientes e na análise de conteúdo.

Integraram a equipa do estudo, na entrevista aos pacientes, os meus colegas de trabalho: Drs. Tiago Carneiro, Ana Isabel Franco, João Ramires, João Pedro Faria, Ana Maria Ferrão, Pascale Charondièrre, Mário Santos, João Sousa, André Biscaia, Vítor Ramos e Inês Madeira. Agradeço a todos a disponibilidade e o contributo para aperfeiçoamento deste trabalho.

Lista de abreviaturas

ARS - Administração Regional de Saúde

CAN - *Camberwell Assessment of Need*

CANE - *Camberwell Assessment of Need for Elderly people*

CANE-5 - *Camberwell Assessment of Need for Elderly people- 5 itens*

CAPE-BRS - *Clifton Assessment Procedures for the Elderly Behaviour Rating Scale*

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EASYcare - *Elderly Assessment System*

MF - Médico de Família

MGF - Medicina Geral e Familiar

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

SHARE - *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*

SPICE - senses, physical ability, incontinence, cognition e emotional distress

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

USFM - Unidade de Saúde Familiar Marginal

Índice

RESUMO	1
ABSTRACT	2
INTRODUÇÃO	3
PARTE I - ENQUADRAMENTO	5
Artigo - 'A avaliação do paciente idoso em Medicina Geral e Familiar: desafios e oportunidades'	7
1. Porquê fazer investigação na área do envelhecimento?	19
2. A funcionalidade é parte integrante da saúde na perspectiva das pessoas idosas	20
3. A funcionalidade é autonomia e independência	21
4. A velhice é o produto do percurso de vida	23
5. A promoção da saúde ainda que iniciada na velhice tem efeitos positivos sobre a saúde	25
6. A incapacidade está associada a mortalidade e utilização dos serviços de saúde mais elevadas	27
7. Como identificar a presença dos factores de risco para o declínio funcional?	29
8. Os desafios da avaliação clínica das pessoas idosas	31
9. O que é avaliar necessidades em saúde?	32
9.1. Avaliar necessidades de cuidados em saúde: vantagens e limitações	34
10. Avaliação de necessidades de cuidados das pessoas idosas na prática clínica em cuidados de saúde primários	35
10.1. A entrevista Camberwell Assessment of Need for Elderly people (CANE)	35
10.2. A versão portuguesa da entrevista CANE	38
10.3. A entrevista CANE em cuidados de saúde primários: CANE-5	39
11. As áreas da entrevista CANE-5 são prioritárias na avaliação de necessidades na população idosa	39
12. O contexto da medicina geral e familiar na prestação de cuidados de saúde à população idosa	41

PARTE II - INVESTIGAÇÃO ORIGINAL	43
1. Fundamentação e objectivos da investigação	45
2. Metodologia	47
2.1. População e amostra	47
2.2. Desenho e procedimentos	47
2.3. Variáveis e Instrumentos	48
2.4. Exequibilidade da utilização da entrevista CANE-5 na consulta de MGF	49
2.5. Plano de análise	50
2.6. Aspectos éticos	51
3. Resultados	52
3.1. Caracterização da amostra	52
3.2. Caracterização das necessidades	53
3.3. Exequibilidade do processo estruturado de avaliação de necessidades	55
4. Discussão	62
4.1. Conclusões	67
BIBLIOGRAFIA	69
APÊNDICES	77
ANEXOS	85

Resumo

Os médicos de família devem participar na detecção precoce dos factores de risco que favorecem o declínio funcional nas pessoas idosas. A avaliação estruturada das suas necessidades poderá contribuir para identificar os problemas de saúde que traduzam deterioração funcional. O objectivo deste trabalho foi avaliar a exequibilidade da implementação de um processo de avaliação de necessidades de cuidados em saúde das pessoas idosas na consulta de MGF.

Seleccionou-se uma amostra não aleatória de pacientes com 65 ou mais anos de idade, na consulta médica de uma Unidade de Saúde Familiar da região de Lisboa. A avaliação de necessidades foi realizada, pelos médicos, com cinco itens da entrevista *Camberwell Assessment of Need for the Elderly* (CANE-5). Avaliou-se a percepção dos médicos e dos pacientes sobre este processo de avaliação de necessidades mediante um questionário escrito e entrevistas individuais, respectivamente.

Identificaram-se necessidades em 38 (75%) dos 51 pacientes avaliados. Do total das 83 necessidades identificadas, 17 não estavam cobertas. O sofrimento psicológico foi a necessidade não coberta mais frequente. A comparação das avaliações do médico com as do paciente mostrou concordância razoável ou boa nas cinco áreas avaliadas. Esta avaliação foi bem aceite e considerada útil na perspectiva dos médicos e dos pacientes. A principal dificuldade identificada pelos médicos foi o tempo despendido na avaliação face à duração da consulta.

Este estudo aponta para a exequibilidade da utilização da entrevista CANE-5 na prática clínica de MGF. No entanto, será importante alargar este estudo a amostras de maior dimensão e avaliar a utilidade da entrevista em intervenções sobre a funcionalidade dos pacientes idosos.

palavras-chave: medicina geral e familiar, avaliação de necessidades, idoso, funcionalidade

Abstract

General practitioners (GP) should participate in the early detection of risk factors for functional disability in elderly people. Structured needs assessments may contribute to a better identification of health problems that are linked to functional decline. The aim of this study was to assess the feasibility of a structured assessment of needs in the elderly, in the context of opportunistic screening in primary care.

A convenience sample was selected of patients aged 65 years and over with scheduled appointments in one general practice in the Lisbon region. The assessment of needs was done by their GPs, using five items of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE-5). Perceptions of GPs and patients about this process of needs assessment were evaluated by means of a written questionnaire and individual interviews, respectively.

Needs were identified in 38 (75%) of 51 patients. Seventeen unmet needs were identified, out of a total number of 83 needs. Psychological distress was the most frequent unmet need. GP's and patients' assessments showed moderate or good agreement in all five areas. This needs' assessment process was well accepted and considered useful by both GPs and patients. The main difficulty, according to the views of GPs, was the time consumed in this process, given the length of consultation.

This study suggests the feasibility of using the CANE-5 interview in clinical practice in primary care settings. However it is important to replicate this study in larger samples and to evaluate the usefulness of the interview regarding interventions related to functionality in elderly patients.

Keywords: primary care, needs assessment, elderly, functionality

Introdução

O envelhecimento populacional que existe actualmente tem consequências na sociedade em geral e na área da saúde em particular. Em Portugal, os médicos de família estão na linha da frente dos cuidados de saúde prestados à população e têm que adequar os cuidados que prestam ao número crescente de pacientes idosos que procuram os serviços de saúde.

A Organização Mundial de Saúde defende que a promoção da funcionalidade e da autonomia na velhice devem orientar a prestação de cuidados de saúde a esta população (World Health Organization, 2002). Para atingir este objectivo é necessária uma metodologia que permita identificar os problemas de saúde que traduzem deterioração funcional e ultrapassar os desafios da avaliação clínica destes pacientes.

Uma metodologia que se adequa a este objectivo é a avaliação estruturada de necessidades, porque é um método centrado no paciente que permite identificar as suas necessidades e prioridades, definir estratégias para as satisfazer e avaliar o resultado da intervenção (Wright, Williams, & Wilkinson, 1998). Pode, por isso, contribuir para que os cuidados prestados na consulta de medicina geral e familiar estejam mais adequados às pessoas idosas.

A entrevista *Camberwell Assessment of Need for Elderly people* avalia necessidades de cuidados em pessoas idosas, está traduzida e validada para a população portuguesa (L. Fernandes et al., 2008). Já foi utilizada em cuidados de saúde primários (Walters, Iliffe, Tai, & Orrell, 2000), (Hoogendijk et al., 2013) e tem uma versão curta com as cinco áreas principais que comprometem a funcionalidade (visão e audição, mobilidade e quedas, continência de esfíncteres, memória e sofrimento psicológico) (Iliffe et al., 2004). No entanto, desconhece-se a exequibilidade do processo de avaliação de necessidades de cuidados de pacientes idosos na prática quotidiana em medicina geral e familiar.

O presente trabalho pretende avaliar a exequibilidade deste processo de avaliação de necessidades de cuidados mediante a realização da entrevista *Camberwell Assessment of Need for Elderly people* (5 itens) na consulta de medicina geral e familiar e a avaliação da percepção dos médicos e dos pacientes em relação a esse mesmo processo.

Esta tese é constituída por duas partes. O enquadramento teórico constitui a primeira parte, e inclui o artigo 'A avaliação do paciente idoso em Medicina Geral e Familiar: desafios e oportunidades' (Balsinha & Gonçalves-Pereira, 2014). Este artigo foi parte

integrante do processo de reflexão para a elaboração desta dissertação e do qual se seleccionaram os aspectos determinantes para o enquadramento do trabalho de campo realizado, aprofundados em 12 capítulos.

O trabalho de investigação 'Avaliação de necessidades das pessoas idosas em medicina geral e familiar: um estudo de exequibilidade', constitui a segunda parte. Consiste na descrição da metodologia, apresentação dos resultados, sua discussão e conclusões.

Este estudo foi submetido para publicação, em língua inglesa, com o título provisório 'Assessing the needs of elderly patients in primary care: a feasibility study'.

PARTE I

ENQUADRAMENTO

Inclui o artigo 'A avaliação do paciente idoso em Medicina Geral e Familiar: desafios e oportunidades'

Balsinha, C, Gonçalves-Pereira, M. (2014). A avaliação do paciente idoso em Medicina Geral e Familiar: desafios e oportunidades. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30 (3), 196-201.

Resumo

O envelhecimento da população tem consequências na sociedade em geral e na área da saúde em particular. A valorização da funcionalidade e da autonomia na velhice devem orientar a prestação de cuidados de saúde a esta população. Por outro lado, a ocultação de queixas importantes, podendo acarretar uma sub-identificação de problemas de saúde, é um dos riscos na avaliação clínica destes pacientes. A avaliação estruturada de necessidades poderá contribuir para uma melhor identificação de problemas de saúde que traduzam deterioração funcional. A investigação internacional identificou cinco áreas primordiais na avaliação das necessidades de cuidados em idosos, nos cuidados de saúde primários: visão e audição, mobilidade e quedas, continência de esfíncteres, memória e sofrimento psicológico. Foi sugerido que a avaliação estruturada destas áreas contribuiria com eficiência para a detecção precoce dos factores de risco que favorecem o declínio funcional e que condicionam a qualidade de vida destes pacientes. No entanto, a evidência é ainda escassa sobre a exequibilidade, na prática quotidiana, da avaliação de necessidades em Medicina Geral e Familiar.

Palavras chave: Idoso, funcionalidade, avaliação de necessidades, medicina geral e familiar

Title

The assessment of elderly patients in general practice: challenges and opportunities.

Abstract

The global aging of populations has implications on society in general, and in health systems in particular. The enhancement of functionality and autonomy in old age should guide the provision of health care to this population. On the other hand, the concealment of complaints, which may lead the doctor to missing important health problems, is one of the hazards of clinical evaluation in these patients. A structured assessment of needs may contribute to a better identification of health problems linked to functional deterioration. International research identified five key areas in assessing the care needs of the elderly in primary care: vision and hearing, mobility and falls, incontinence, memory and emotional distress. It was suggested that a systematic evaluation of these areas would contribute effectively to the early detection of risk factors that favor functional decline, affecting the quality of life of these patients. In the field of general practice, feasibility studies of routine needs assessment procedures are warranted.

Key Words: elderly, functionality, needs assessment, general practice

A população mundial está a envelhecer, com especial destaque para a Europa.¹ Portugal não é excepção nesta tendência mundial. Em 2013, Portugal foi o quinto de 27 países europeus com o índice de dependência de idosos¹ mais elevado (29,4%).² Em 2001, o índice de envelhecimento² da população portuguesa foi de 102 e em 2011 aumentou para 128.³ Esta transformação demográfica tem motivado o debate sobre a forma como envelhecemos e sobre as implicações do envelhecimento na área da saúde e na sociedade em geral.

O Centro de Saúde será, provavelmente, o local mais apropriado para a prestação de cuidados médicos adequados às necessidades deste grupo etário. Em Portugal, o primeiro contacto com o Serviço Nacional de Saúde faz-se pelos Cuidados de Saúde Primários (CSP), colocando os médicos de família na linha da frente no contacto com a população. Segundo o boletim informativo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), recebido por correio electrónico em 05/07/2013, o grupo etário dos maiores de 64 anos foi o que registou o maior número de utilizadores no primeiro trimestre de 2013, nos centros de saúde da área desta ARS, representando 39,6% do total. No entanto, existem constrangimentos na adequação das consultas de Medicina Geral e Familiar (MGF) à população idosa e, numa boa parte destas consultas, os cuidados prestados diferirão pouco dos prestados a um adulto de meia idade. Este artigo pretende contribuir para a reflexão sobre qual a melhor prática clínica em resposta às necessidades específicas da população idosa em CSP.

A saúde no envelhecimento

O conceito de saúde pode ser diferente para os médicos e para os pacientes, tem mudado ao longo do tempo e depende do contexto cultural e social.⁴ Na definição do conceito de saúde devem ser considerados os aspectos relacionados com a doença, a dor, o sofrimento e as alterações do funcionamento físico e mental. Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a saúde como 'um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade'.⁵ Esta definição vai ao encontro do modelo social de saúde (holístico) abandonando a perspectiva cartesiana que vigorava naquela época. Pretende-se ainda que a saúde deixe de ser apenas a ausência de doença, atribuindo-lhe características 'positivas' que se traduzem na presença do bem-estar.

Outra perspectiva sobre a saúde, inspirada em conceitos económicos, transforma-a num capital que reflecte a nossa herança genética. Assim, tal como o capital económico

¹ população com 65 ou mais anos/ população com idades compreendidas entre 15 e 64 anos

² população com 65 ou mais anos/ população com idades compreendidas entre 0 e 14 anos

resulta do balanço entre a receita e a despesa, o capital 'saúde' depende de características genéticas, da constituição física, de factores psicológicos, do estado imunitário, entre outros. Este capital pode ser ampliado ou delapidado, ao longo da vida, dependendo das oportunidades definidas pelo contexto social.⁴ A metáfora apoia-se no paradigma salutogénico, cujo objectivo é identificar as causas da saúde para a poder potenciar. Deste modo, apesar de o capital 'saúde' ser inevitavelmente gasto ao longo da vida, podemos atrasar este processo garantindo reservas suficientes para ser possível envelhecer com a melhor saúde possível. O mesmo conceito está implícito na definição da promoção da saúde que, segundo a OMS, é um processo de capacitação das pessoas que lhes permite controlar e melhorar a sua saúde.⁶ Idealmente, este processo deve iniciar-se o mais precocemente possível e ser mantido ao longo da vida. No entanto, mesmo quando iniciado na velhice, também tem efeitos positivos sobre a saúde.⁷ Importa referir que promover a saúde dos indivíduos não depende apenas dos serviços de saúde, porque este processo é condicionado pelas condições sociais e económicas, pelo ambiente físico, pelo comportamento individual relativo à saúde e pelas estratégias de 'coping' e capacitação individuais.⁸ As alterações biológicas do envelhecimento, assim como as redes e os papéis sociais,^{9,10} influenciam o estado mental, físico e social, e por isso, os componentes sócio-ambientais adquirem especial relevância e constituem vulnerabilidades para o estado de saúde na população idosa.

A manutenção da funcionalidade, entendida como a capacidade de executar autonomamente tarefas de prática corrente e necessárias a qualquer indivíduo, é inerente à promoção da saúde, e a população idosa percepção a sua saúde de acordo com a capacidade de desempenho das actividades diárias.¹¹ Por outro lado, a incapacidade revela-se na limitação da actividade (perspectiva individual da funcionalidade) e na restrição na participação (perspectiva social da funcionalidade) dos indivíduos. Numa revisão sistemática de estudos longitudinais que avaliaram a associação entre factores de risco individuais e o estado funcional de idosos na comunidade, os factores que mostraram evidência mais robusta como condicionantes da funcionalidade foram: a depressão, a limitação cognitiva, a carga de doença ('burden of disease'), o índice de massa corporal alterado, a limitação funcional dos membros inferiores, a escassez de contactos sociais, o baixo nível de actividade física, uma fraca auto-percepção da saúde, o tabagismo e a diminuição da acuidade visual.¹² Segundo a OMS as doenças crónicas são a principal causa de incapacidade na velhice, estimando-se que 35% dos homens com mais de 60 anos tenham, pelo menos, duas doenças crónicas.¹³ O impacto destas doenças deve ser medido pelos anos de vida ajustados por incapacidade, que combina o número de anos perdidos por morte prematura com o número de anos vividos com incapacidade.¹⁴ Desta forma, as doenças crónicas representam um custo significativo

para os indivíduos, para as famílias, para os serviços de saúde e para a sociedade em geral.¹⁴ A valorização da funcionalidade pela população idosa e o reconhecimento da OMS quanto à importância da manutenção da autonomia e da independência na velhice,¹⁵ tem levado a um interesse crescente sobre os factores que colocam estes objectivos em risco.

Determinantes de um envelhecimento bem sucedido

Num contexto de envelhecimento populacional, o debate em torno de ‘acrescentar vida aos anos’ ou apenas ‘anos à vida’ merece reflexão. Nos anos 80 do século XX, Fries¹⁶ introduziu o paradigma da compressão da morbilidade: se fosse possível adiar o aparecimento das doenças crónicas ou da incapacidade, por um período de tempo superior ao do aumento da esperança de vida, viver-se-iam mais anos mantendo a qualidade de vida. Este debate está relacionado com o conceito de envelhecimento bem sucedido. A OMS definiu-o como ‘o processo de optimização de oportunidades para saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento’¹⁵ e apelidou-o de ‘envelhecimento activo’. A caracterização do envelhecimento bem sucedido, quando é feito pelas pessoas idosas, considera os seguintes aspectos: saúde mental, física e social, nível de funcionalidade, satisfação com a vida, existência de sentido para a vida, segurança financeira, aprender coisas novas, realização pessoal, aparência física, produtividade, contributo na vida, sentido de humor e espiritualidade.¹⁷ Estes factores devem ser tidos em conta na planificação dos cuidados de saúde.

A especificidade dos cuidados e as propostas de avaliação

O desenvolvimento e implementação de intervenções eficazes e eficientes para prevenir ou atrasar o aparecimento da incapacidade na velhice é uma prioridade no domínio da saúde pública. Na prestação de cuidados, da mesma forma que uma criança não é um adulto em miniatura, um idoso também não é apenas um adulto mais velho. Neste grupo etário existem vários factores que dificultam a avaliação clínica, nomeadamente a sub-identificação de sintomas e dificuldades funcionais, a multi-patologia, a frequência de diferentes padrões de apresentação de doença e até de patologias que são raras nas idades mais jovens.¹⁸ Esta complexidade determina que as intervenções em cuidados de saúde neste grupo etário devam ser globais, tendo em conta os componentes biopsicossociais da saúde, e alicerçadas numa avaliação multidisciplinar.¹⁹

Diversos modelos de prestação de cuidados de saúde têm sido testados em países da Europa, no Brasil, na Austrália e nos Estados Unidos da América. Alguns deles têm merecido mais atenção na literatura.

A 'avaliação geriátrica global' ('comprehensive geriatric assessment') tem as suas origens nos anos 40 do século passado, resultado do trabalho da Dra. Marjory Warren.²⁰ Actualmente, consiste num processo diagnóstico e terapêutico, multidisciplinar, que identifica problemas biopsicossociais e funcionais em pessoas idosas com fragilidades, com o objectivo de criar um plano global para maximizar a saúde no envelhecimento. Este processo de avaliação é constituído por três etapas: (1) identificação dos pacientes elegíveis (excluídos os 'muito doentes' e os 'muito saudáveis'), (2) avaliação dos pacientes e desenvolvimento das recomendações, (3) implementação das recomendações, dependente da adesão dos pacientes e dos clínicos.¹⁸ Esta avaliação tem sido a mais eficaz na redução do declínio funcional e na mortalidade global, quando é efectuada no domicílio. No entanto, a sua realização em ambulatório tem obtido resultados contraditórios.²¹

A avaliação de risco ('health risk appraisal') é uma outra abordagem para promover a saúde e prevenir a doença na população idosa. Consiste num questionário postal de auto-preenchimento, que engloba informação sobre o estado de saúde, a funcionalidade, os estilos de vida e hábitos, os cuidados preventivos recebidos e diversos factores psicossociais (e.g. depressão, isolamento social). As respostas obtidas são introduzidas num programa informático que permite a criação de orientações personalizadas, dirigidas ao paciente e ao médico de família. No entanto, só tem sido eficaz quando complementada com o contacto personalizado com técnicos de saúde treinados.²²

O Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas²³ foi criado no nosso país, em 2004, com o objectivo geral de obter ganhos em anos de vida com independência, actuando sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência. Apesar da existência deste plano nacional, não se encontra instituída nenhuma metodologia sistematizada para a avaliação gerontológica ou geriátrica das pessoas idosas em CSP.

As dificuldades mais prováveis na importação dos modelos internacionais, seriam os constrangimentos económicos, a escassez de recursos humanos, a falta de formação em cuidados geriátricos e a falta de tradição relativamente ao trabalho em equipa multidisciplinar e à prestação de cuidados no domicílio. No entanto, estas dificuldades não deverão ser impeditivas de almejar a melhoria dos cuidados prestados nos CSP, com base no conhecimento existente, mas pressupondo adaptações à realidade nacional.

Os desafios

As pessoas idosas, ao contrário do que habitualmente se pensa, tendem a ocultar queixas importantes: muitas vezes associam essas queixas ao próprio envelhecimento ou têm alterações cognitivas ou depressivas que comprometem a consciência ou a verbalização das mesmas.^{18,24} Por outro lado, os médicos, às vezes, também interpretam

algumas destas queixas como parte do processo de envelhecimento, desvalorizando ou adiando a sua resolução.¹⁸ Por isso, Freer defende que os cuidados preventivos a prestar a esta população devem ter em consideração as necessidades não reportadas.²⁵

A eficácia do rastreio de problemas de saúde na população idosa foi muito debatida no Reino Unido, na década de 80 do século passado. Nessa altura foi contratualizada com os CSP uma avaliação anual, no domicílio, a todos os utentes com idade superior a 74 anos, com o objectivo de identificar as necessidades não expressas e os problemas de saúde que pudessem ser alvo de intervenção para impedir a deterioração funcional.²⁶⁻²⁸ Este modelo foi descontinuado por falta de orientações específicas relativas à avaliação dos pacientes e por deficiente avaliação dos recursos necessários, condicionando resultados heterogéneos nas diferentes unidades e falta de motivação dos médicos de família para o processo.²⁹ Apesar destas limitações, a avaliação do modelo permitiu saber que, do total de problemas identificados em 40 centros de saúde durante três meses, 24% (476) eram desconhecidos previamente e que 82% das pessoas com problemas identificados vieram a ser alvo de algum tipo de intervenção.²⁸ A incontinência urinária, as limitações de mobilidade, as alterações da visão e da audição e os problemas psiquiátricos perfizeram 46% dos problemas desconhecidos.²⁸

Faltam estudos nacionais sobre a prevalência destes problemas de saúde, na população idosa. No entanto, podemos citar os resultados de um estudo exploratório em que foi calculada a sua prevalência na população com mais de 64 anos, inscrita na Unidade de Saúde Familiar Marginal (USF Marginal), com base nos problemas codificados nos processos clínicos, de acordo com a *International Classification of Primary Care - ICPC2*.³⁰ A prevalência da incontinência urinária foi de 5%, muito inferior à encontrada na literatura (18 a 31%).^{26,31} A prevalência da diminuição da audição, que pode corresponder a “presbiacusia”, “surdez” ou “problema de audição” na ICPC-2, foi de 6%, muito inferior aos 44% de outros estudos.³² A ICPC-2 não contém codificação específica para a ocorrência de quedas ou existência de risco de quedas, o que impossibilitou esta estimativa. Estes resultados mostram uma sub-codificação em relação à prevalência esperada, mas também sugerem uma verdadeira sub-identificação destes problemas de saúde nas pessoas idosas, na nossa realidade.

Apesar dos avanços recentes, a falta de formação médica pré e pós-graduada no âmbito da saúde do idoso, a ausência de avaliação de desempenho dos profissionais nesta área e o tipo de organização das consultas nos CSP, dificultam a prestação de cuidados de saúde adaptados às necessidades específicas deste grupo etário. Actualmente, a avaliação de desempenho da prática clínica, efectuada com a ajuda dos indicadores de contratualização, engloba, por exemplo, as áreas da saúde infantil, da saúde materna e

do planeamento familiar. É, no mínimo, surpreendente que não contemple o desempenho específico em ‘saúde do idoso’.³³ O agendamento das consultas de medicina geral e familiar a cada quinze minutos pode levantar ainda mais dificuldades neste grupo etário. Por último, no contexto de uma cultura médica cada vez mais centrada na tecnologia, na qual se valoriza muito o “risco” e a atribuição de diagnósticos³⁴, a dificuldade em distinguir a doença do processo normal de envelhecimento, pode conduzir a práticas clínicas desvantajosas para o paciente.

As oportunidades

A falta de evidência sustentando a implementação generalizada de rastreios geriátricos em cuidados de saúde primários não deve desmotivar a prática de cuidados preventivos e antecipatórios a esta população, integrados na prática do dia-a-dia.³⁵ Os médicos de família estão inseridos na comunidade, assumindo uma posição privilegiada para realizar este rastreio oportunístico, pela proximidade do contacto com este grupo populacional. Na ausência de dados nacionais disponíveis sobre a taxa de utilização de consultas médicas de MGF da população de idade superior a 64 anos, damos como exemplo, a USF Marginal onde esta utilização foi de 88% nos últimos 12 meses e de 94% nos últimos 24 meses. As outras características dos médicos de família, que permitem a prestação dos cuidados de saúde multidimensionais adequados no envelhecimento, são a prestação de cuidados longitudinais, o conhecimento das famílias dos pacientes e o acesso aos seus domicílios, a gestão de todas as dimensões dos problemas de saúde e a prestação de cuidados preventivos.³⁶

Por outro lado, o conceito de ‘necessidades de cuidados’ tem potencialidades enormes neste contexto. A identificação dos problemas de saúde que traduzem deterioração funcional pode ser feita mediante avaliação estruturada destas necessidades. Na área da saúde, o conceito de “necessidade” depende da possibilidade de obter benefício com a prestação de cuidados (os quais incluem medidas de educação para a saúde, medidas preventivas, de tratamento, de reabilitação ou outras).³⁷ Uma necessidade pode considerar-se coberta (quando o problema identificado está a ser alvo de uma intervenção adequada e potencialmente benéfica) ou não coberta (se carece de intervenção adequada).³⁸ A principal vantagem da avaliação de necessidades é ser centrada no paciente, o que permite aprender sobre as suas necessidades e prioridades, definir estratégias para as satisfazer, utilizar os recursos existentes de forma mais efectiva e eficiente, e por último, poder influenciar políticas de saúde.³⁷

Um instrumento para avaliação de necessidades de cuidados adaptada às pessoas idosas é a entrevista *Camberwell Assessment of Need for Elderly people (CANE)*,³⁸ que está traduzida³⁹ e validada para Portugal.⁴⁰ Este instrumento, inicialmente desenvolvido

para ser utilizado em serviços de saúde mental, permite a triangulação das perspectivas do paciente, do cuidador (se aplicável) e do técnico de saúde responsável, em 24 áreas (incluindo domínios biológicos, psicológicos e sociais, numa perspectiva multidimensional: e.g. cuidados com a casa, actividades diárias, psicopatologia, mobilidade/quedas, continência de esfíncteres, dinheiro, contribuições sociais). Permite avaliar, perante a necessidade numa determinada área, qual o tipo (informal e formal) e o grau do apoio recebido, o nível percebido de ajuda necessária e sua adequação, e o grau de satisfação relativa a essa ajuda. É atribuída uma pontuação relativa às necessidades existentes, cobertas e não cobertas, a qual pode servir para monitorizar avaliações futuras. Na aplicação em casos de doença crónica incapacitante, podem ser usados dois itens adicionais, relativos às necessidades próprias dos cuidadores informais.³⁸

Num estudo onde foi testada a exequibilidade da sua aplicação em CSP, concluiu-se ser necessário um instrumento mais eficiente e adequado à prática quotidiana.⁴¹ Com o objectivo de construir um instrumento com essas características, Iliffe *et al.* envolveram pessoas idosas e profissionais de saúde na identificação das necessidades não cobertas mais frequentes.⁴² Os autores concluíram que a avaliação das necessidades nas áreas da visão e audição, da mobilidade e quedas, da continência de esfíncteres, da memória, e do sofrimento psicológico, correspondia a 69% das necessidades não cobertas encontradas previamente nos estudos com a aplicação da entrevista CANE. Foi assim possível seleccionar estas cinco áreas da entrevista CANE para a utilização no âmbito dos CSP, com ganho de eficiência. Não obstante, é necessário replicar e, eventualmente, adaptar estes resultados em contextos nacionais/culturais diferentes.

Os médicos precisam conhecer e respeitar as expectativas dos seus pacientes relativamente à saúde, de modo a poderem definir uma agenda comum para a sua intervenção. O uso de entrevistas como o CANE permite uma abordagem centrada no paciente. Para além disso a avaliação de necessidade de cuidados pode responder a um importante desafio com que lidamos nas consultas de MGF: a detecção de factores de risco para o declínio funcional.⁴³ Temos, neste momento, um estudo a decorrer para avaliar a exequibilidade da avaliação estruturada de necessidades, integrada na prestação de cuidados no dia a dia, na consulta de MGF.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Mestre Maria João Marques, pelos seus comentários às versões de trabalho do presente artigo.

Referências bibliográficas

1. United Nations. World Population Prospects: The 2010 revision, volume I: comprehensive tables [Internet]. esa.un.org. 2011 [cited 2013 May 15]. Available from: http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2010_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf
2. European Commission. [Internet]. epp.eurostat.ec.europa.eu. 2013 [cited 2013 Jan 8]. Available from: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tsdde510&language=en>
3. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011, resultados definitivos - Portugal [Internet]. censos.ine.pt. 2012 [cited 2013 Jan 8]. Available from: http://censos.ine.pt/xp_o_r_t_a_l_/x_m_a_i_n/?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicador&contexto=ind&indOcorrCod=0006041&selTab=tab10
4. Blaxter M. How is health defined? In: Blaxter M, editor. Health. 2nd ed. Cambridge: The policy press; 2010.
5. World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. :1-20.
6. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa; 1986. pp. 1-5.
7. Vaillant GE, Mukamal K. Successful Aging. Am J Psychiatry. 2001 Jun 4;158:839-47.
8. Locker D. Social determinants of health and disease. In: Scambler G, editor. Sociology as applied to medicine. London: Saunders; 2008.
9. Nygren B, Aléx L, Jonsén E, Gustafson Y, Norberg A, Lundman B. Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. Aging & Mental Health. 2005 Jul;9(4):354-62.
10. Ciairano S, Rabaglietti E, Martini R, Matteo G. Older people's sense of coherence: relationships with education, former occupation and living arrangements. Ageing and Society. 2008 Oct 7;28(08):1075.
11. Bowling A. Ageing well: quality of life in old age. Berkshire: Open University Press; 2005.
12. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. Soc Sci Med. 1999 Feb;48(4):445-69.
13. World Health Organization - Europe. Gaining health. Copenhagen, editor. 2006 May 24;:1-28.
14. Abegunde D, Vita-Finzi L. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization; 2005.

15. World Health Organization. Active Ageing - a policy framework. Madrid: World Health Organization; 2002 May pp. 1–60.
16. Fries JF. Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. *New England Journal of Medicine*. 1980;303(3):130–5.
17. Bowling A. Lay perceptions of successful ageing: findings from a national survey of middle aged and older adults in Britain. *Eur J Ageing*. 2006 Sep 5;3(3):123–36.
18. Reuben D, Rosen S. Principles of geriatric assessment. In: Halter J, Ouslander J, Tinetti M, Studenski S, High K, Asthana S, editors. *Hazzard's - Geriatric Medicine and Gerontology*. 6 ed. New York: McGraw Hill; 2009.
19. Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ*. 2011 Oct 27;343(oct27 1):d6799–9.
20. Kong TK. Dr. Marjory Warren: the mother of geriatrics. *J HK Geriatr Soc*. 2000;10:102-105
21. Ward KT, Reuben DB. Comprehensive geriatric assessment [Internet]. www.uptodate.com. 2012 [cited 2013 Jul 11]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment?source=search_result&search=geriatric+assessment&selectedTitle=1%7E46
22. Harari D, Iliffe S, Kharicha K, Egger M, Gillmann G, Renteln-Kruse Von W, et al. Promotion of health in older people: a randomised controlled trial of health risk appraisal in British general practice. *Age and Ageing*. 2008 May 16;37(5):565–71.
23. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde; 2004 Jul pp. 1–22.
24. Tulloch AJ, Moore V. A randomized controlled trial of geriatric screening and surveillance in general practice. *J R Coll Gen Pract*. 1979 Dec;29(209):733–40.
25. Freer CB. Geriatric Screening: a Reappraisal of Preventive Strategies in the Care of the Elderly. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1985 Jun 18;35:288–90.
26. Iliffe S, Haines A, Gallivan S, Booroff A, Goldenberg E, Morgan P. Assessment of elderly people in general practice.2. Functional abilities and medical problems. *Br J Gen Pract*. 1991 Jan 30;41:13–5.
27. Iliffe S, Haines A, Gallivan S, Booroff A, Goldenberg E, Morgan P. Assessment of Elderly People in General-Practice .1. Social Circumstances and Mental State. *Br J Gen Pract*. 1991 Jan;41(342):9–12.
28. Brown K, Boot D, Groom L, Williams EI. Problems found in the over-75s by the annual health check. *Br J Gen Pract*. 1997 Jan;47(414):31–5.
29. Fletcher A. Multidimensional assessment of elderly people in the community. *Br. Med. Bull*. 1998;54(4):945–60.
30. Organização Mundial de Médicos de Família. Classificação Internacional De Cuidados de Saúde Primários [Internet]. 2nd ed. Oxford University Press; 2011. pp. 1–171. Available from: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/apmcg_ICPC%20v%201.7.pdf

31. Stoddart H, Donovan J, Whitley E, Sharp D, Harvey I. Urinary incontinence in older people in the community: a neglected problem? *Br J Gen Pract.* 2001 Jul;51(468):548–52.
32. Sha SH, Talaska AE, Schacht J. Age-related changes in the auditory system. In: Halter J, Ouslander J, Tinetti M, Studenski S, High K, Asthana S, editors. *Hazzard's - Geriatric Medicine and Gerontology.* 6 ed. New York: McGraw Hill; 2009.
33. Administração Central dos Sistemas de Saúde. Metodologia de contratualização - cuidados de saúde primários [Internet]. da Saúde M, editor. www.acss.min-saude.pt. 2012 [cited 2013 Jul 7]. Available from: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14_Mar_2012_MetodologiaContratualizacaoCSP_2012.pdf
34. Glasziou P, Moynihan R, Richards T, Godlee F. Too much medicine; too little care. *BMJ.* 2013 Jul 2;347(jul02 2):f4247–7.
35. Freer CB. Detecting hidden needs in the elderly: screening or case finding. *J R Coll Gen Pract.* 1987 Jul 23;35:26–9.
36. Allen J, Gray B, Crebolder H, Heyman J, Svab I, Ram P. The european definition of General Practice / Family Medicine. *Europe W*, editor. Barcelona; 2011 Dec 2;:1–33.
37. Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *BMJ.* 1998;316(7140):1310–3.
38. Orrell M, Hancock G. *The Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE).* London: Gaskell; 2004.
39. Gonçalves Pereira M, Fernandes L, Leuschner A, Barreto J, Falcão D, Firmino H, et al. Versão portuguesa do CANE: desenvolvimento e dados preliminares. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 2007 Jan 20;25:7–18.
40. Fernandes L, Gonçalves Pereira M, Leuschner A, Martins S, Sobral M, Azevedo LF, et al. Validation study of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal. *International Psychogeriatrics.* 2009 Feb 9;21(1):94–102.
41. Walters K, Iliffe S, Tai SS, Orrell M. Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: the Camberwell Assessment of Need for Elderly people in primary care. *Age and Ageing.* 2000 Jan 30;29:505–10.
42. Iliffe S, Lenihan P, Orrell M, Walters K, Drennan V, Tai SS, et al. The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice. *Br J Gen Pract.* 2004 Dec;54(509):914–8.
43. Eichler K, Scrabal C, Steurer J, Mann E. Preventive health risk appraisal for older people and impact on GPs' patient management: a prospective study. *Family Practice.* 2007 Nov 13;24(6):604–9.

Os capítulos seguintes pretendem explorar os temas e os conceitos, mencionados no artigo 'A avaliação do paciente idoso em Medicina Geral e Familiar: desafios e oportunidades', e considerados essenciais ao enquadramento do trabalho de campo.

1. Porquê fazer investigação na área do envelhecimento?

O aumento do número de pessoas idosas tem despertado o interesse na forma como envelhecemos. Sempre existiram pessoas que atingiram uma idade avançada, mas nunca foi um fenómeno populacional como o existente na actualidade. Esta transformação foi conseguida pela melhoria das condições sociais, pelo desenvolvimento e implementação de medidas de saúde pública e pelo progresso da medicina em geral. Este processo tem sido descrito como 'rectangularização das curvas de sobrevivência', que descreve uma tendência para estender a sobrevivência de todos os indivíduos ao limite biológico do organismo humano (Fernandes, 2007). Em Portugal, a esperança média de vida à nascença aumentou cerca de 17 anos em cinco décadas, em 2012 era de 73.7 anos para os homens e de 83.6 anos para as mulheres (Eurostat, 2013). A proporção de pessoas com mais de 65 anos aumentou de 7.8% para 19.4%, entre 1960 e 2013 (Eurostat, 2013) e estima-se que, em 2050, as pessoas com idade superior a 60 anos corresponderão a 40% da população portuguesa (United Nations, 2012).

Esta transformação demográfica suscita preocupações políticas no âmbito da despesa pública com as pensões, com a saúde e com outras prestações sociais. No entanto, e apesar do envelhecimento populacional determinar um acréscimo de doenças crónicas e de dependência, foi sugerido por Fernandes A.C., na Conferência Internacional Sobre Envelhecimento, 2013, que os principais responsáveis pela despesa crescente nesta área são a inovação tecnológica e a democratização no acesso aos cuidados de saúde de uma população cada vez mais exigente.

Segundo o boletim informativo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), recebido por correio electrónico em 05/07/2013, o grupo etário dos maiores de 64 anos foi o que registou o maior número de utilizadores no primeiro trimestre de 2013, nos centros de saúde da área desta ARS, representando 39,6% do total. Esta realidade faz com que a necessidade de adequar os cuidados de saúde a este grupo esteja presente na prática clínica quotidiana. Contudo não existe nenhuma metodologia sistematizada para a avaliação gerontológica ou geriátrica em cuidados de saúde primários (CSP) (ver capítulo 7). Para poder iniciar um processo de melhoria de

cuidados de saúde prestados a este grupo é necessário, antes de mais, perceber o que é a saúde para as pessoas idosas.

2. A funcionalidade é parte integrante da saúde na perspectiva das pessoas idosas

O ponto de vista dominante nos cuidados de saúde das últimas décadas tem origem na base conceptual da medicina científica, na qual a doença é definida pelos desvios ou mau funcionamento do organismo, privilegiando uma concepção cartesiana de saúde como sendo a ausência de doença e assumindo que esta se baseia na dimensão física da pessoa. Apesar deste modelo 'biomédico' ter evoluído para o reconhecimento de que os factores psicológicos e o contexto social afectam muitas situações de doença, a 'medicina moderna' continua a orientar a sua abordagem para o tratamento da 'doença' ao invés de cuidar da 'saúde' (Blaxter, 2010).

Um componente habitual dos inquéritos que avaliam o estado de saúde de uma população é o da percepção subjectiva do estado de saúde, uma medida com boa correlação com outros indicadores de saúde mais objectivos (e.g. número de internamentos, prevalência de doença coronária, número de consultas médicas por doença crónica), e indicadora da taxa de mortalidade dessa população (Mossey & Shapiro, 1982). Segundo Blaxter (2010), as pessoas idosas classificam, muitas vezes, o seu estado de saúde como 'bom' apesar da existência de incapacidade significativa ou de doença crónica grave. Esta aparente incongruência pode ser compreendida no conhecimento holístico do paciente, que deve incluir os significados pessoais relativos à saúde e à doença que dão sentido à experiência subjectiva. Portugal tem tido um mau resultado neste indicador de saúde. Segundo o Eurostat em 2012, 44.2% da população idosa portuguesa classificou o seu estado de saúde como 'mau' e 'muito mau' dando a Portugal o segundo pior resultado entre 29 países europeus (Eurostat, 2013).

Blaxter (2010) no seu estudo 'Health and Lifestyles' pôde concluir que a compreensão do que é a 'saúde' varia com: a idade, o género, o nível sócio-económico e a etnia. Demonstrou também, que a conceptualização leiga da saúde engloba três categorias principais:

- Saúde como ausência de dorlência - definida pela ausência de sintomas e pela ausência de necessidade de cuidados médicos. É possível sentir-se saudável apesar das doenças. Esta definição foi mais utilizada pelos indivíduos com maior nível educacional e com rendimento mais elevado.

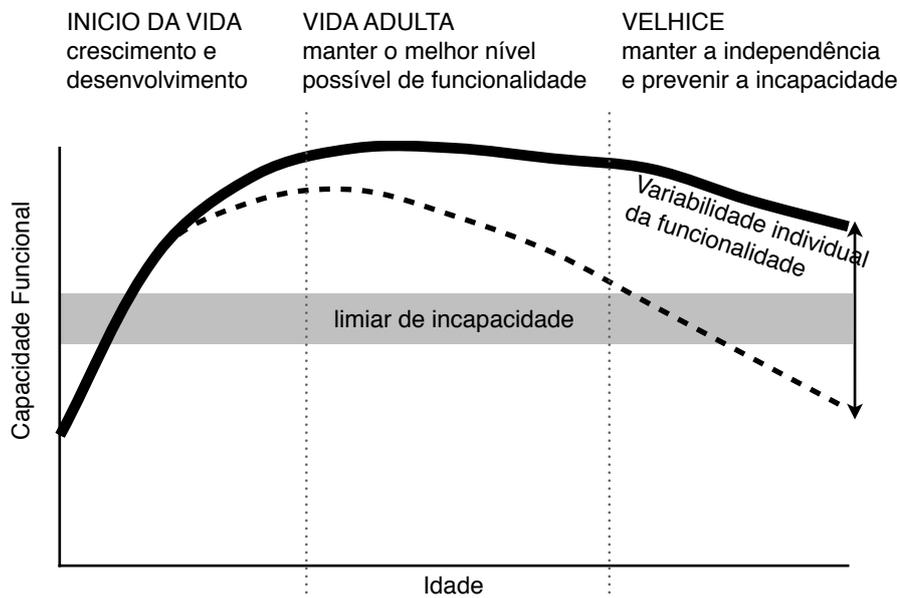
- Saúde como função - conceito mais utilizado pelas pessoas idosas como sinónimo de manutenção da mobilidade, de auto-suficiência e de auto-cuidados, e da capacidade para trabalhar.
- Saúde como boa condição física - traduzida numa conceptualização positiva da saúde, mais utilizada pelos jovens.

A saúde como função traduz a capacidade de executar actividades de vida diária, que consistem nos auto-cuidados (básicas), nos cuidados com a casa (instrumentais) e de integração social (avançadas). Apesar da medicina actual continuar a estar muito orientada para o diagnóstico e tratamento das doenças, pensar na saúde sob o ponto de vista da funcionalidade permite perceber melhor as consequências de uma ou mais doenças co-existentes (Reuben & Rosen, 2009). Actualmente, a capacidade funcional é entendida como um aspecto essencial do envelhecimento activo e um dos indicadores mais importantes do estado de saúde da população idosa (Aijänseppä et al., 2005).

3. A funcionalidade é autonomia e independência

Como já foi referido, as pessoas idosas consideram o desempenho autónomo das actividades de vida diária como parte integrante do seu conceito de saúde (Bowling, 2005).

Na perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (World Health Organization, 2004a), a funcionalidade é indicadora dos aspectos positivos da interacção entre um indivíduo e os seus factores contextuais. Estes incluem factores ambientais (físicos e sociais) e factores pessoais (e.g. idade, género, nível educacional). A figura 1 mostra que a capacidade funcional (e.g. capacidade ventilatória, força muscular) aumenta na infância, atinge o valor máximo no início da idade adulta e vai diminuindo até ao final da vida.



Adaptado de: Active ageing: a policy framework, WHO (World Health Organization, 2002)

Figura 1. A capacidade funcional ao longo da vida

O nível de capacidade que é possível atingir, bem como a quantidade e a velocidade da perda desta capacidade, dependem do estilo de vida individual e de factores ambientais, que determinam a fase da vida em que se atinge o limiar da incapacidade. Este limiar pode ser reduzido mediante alterações no ambiente físico, diminuindo o número de pessoas incapazes numa comunidade.

A funcionalidade representa a presença de autonomia (capacidade de decisão e comando sobre as acções) e de independência (capacidade de realizar algo com os próprios meios), que permitem que uma pessoa cuide de si e tenha controlo sobre a sua vida. A capacidade e a motivação para decidir dependem da cognição e do humor, sendo fundamentais para a manutenção da autonomia (Moraes, 2012). A mobilidade e a capacidade de comunicar são essenciais para a execução das decisões tomadas (Moraes, 2012) (ver figura 2).



Adaptado de: Atenção à saúde do idoso - aspectos conceituais (Moraes, 2012)

Figura 2. Saúde e funcionalidade

4. A velhice é o produto do percurso de vida

O envelhecimento corresponde a um processo que se desenvolve ao longo da vida, no qual a história individual é construída progressivamente, determinando que este grupo populacional seja o mais heterogéneo de todos (Ostwald & Dyer, 2011). Ao longo deste processo, a adaptação aos desafios do envelhecimento pode ser, mais ou menos favorável, num balanço de ganhos e perdas num percurso que é individual.

No processo de envelhecimento, existem diversos factores que irão influenciar a forma como se envelhece e o estado de saúde.

Determinantes pessoais: A biologia e a genética influenciam o envelhecimento, contudo os comportamentos e exposições que ocorrem ao longo da vida são determinantes do estado de saúde na velhice (World Health Organization, 1999).

Determinantes comportamentais: Os determinantes comportamentais são as escolhas que as pessoas fazem relativamente ao estilo de vida. Cerca de 30% da carga de doença¹ na Europa, medida em anos vividos com incapacidade ('DALYs'), é determinada

¹ traduzido de 'burden of disease'

por factores de risco relacionados com o estilo de vida: tabaco (12,3%), álcool (10,1%), baixo consumo de frutas e vegetais (4,4%) e inactividade física (3,5%) (World Health Organization - Europe, 2006).

Determinantes sociais e determinantes económicos: As condições sociais e económicas afectam a saúde ao longo da vida e por efeito cumulativo, determinam o estado de saúde na velhice e a forma como se envelhece. As pessoas com um nível educacional mais elevado adoptam e mantêm mais facilmente estilos de vida saudáveis, e têm melhor acesso aos cuidados de saúde e à informação sobre saúde. As pessoas situadas nos estratos inferiores da sociedade têm maior risco de ter uma doença grave e de morrerem mais cedo, comparativamente com as dos estratos superiores (World Health Organization, 2003). O tempo que é vivido em circunstâncias sócio-económicas desfavoráveis é proporcional ao 'stress' fisiológico experimentado e diminui a probabilidade de ter uma velhice com saúde (World Health Organization, 2003). Segundo dados de 2012 do Instituto Nacional de Estatística (Instituto Nacional de Estatística, 2012), as pessoas idosas em Portugal têm um baixo nível educacional (33.4% analfabetos e 46.7% com o 1º ciclo de escolaridade) e 78% auferem uma pensão de velhice da segurança social inferior a 500 euros.

Ambiente físico: Inclui a acessibilidade a serviços de transporte, habitações e bairros seguros e apropriados, água limpa, ar puro e alimentos seguros. Lisboa é uma cidade geograficamente acidentada, com habitações antigas. Num estudo exploratório (Balsinha & Marques, 2012) cujo objectivo foi o de conhecer as percepções das pessoas de 65 ou mais anos de idade, sobre a acessibilidade no seu local de residência, foram entrevistados dez habitantes da freguesia de São Paulo, em Lisboa. O receio de acidentes reportado pelos participantes sugere que a rede de percursos pedonais não proporciona as devidas condições de segurança e conforto aos residentes. A animação nocturna em zonas de residência, a disponibilidade de bancos para sentar, de instalações sanitárias públicas e a existência e a manutenção dos espaços verdes foram alguns factores identificados que podem influenciar o conforto e a segurança na utilização do espaço público. Este estudo permitiu compreender melhor como as condições dos espaços exteriores podem ser um factor promotor de exclusão social.

Serviços sociais e de saúde: Para promover o envelhecimento activo, os serviços de saúde precisam de encarar a promoção da saúde, as medidas preventivas e a equidade de acesso a cuidados de longa duração e a CSP de qualidade, ao longo do ciclo de vida (World Health Organization, 2002).

Cultura: A cultura, assim como o género, é um determinante transversal que influencia todos os outros determinantes. A cultura influencia o modo como as pessoas envelhecem

e como as sociedades as valorizam, determina o local onde vivem, o seu comportamento relativamente à alimentação, exercício e consumo de tabaco, e as suas crenças relativas ao papel da medicina (Ostwald & Dyer, 2011). Pode ser entendida como um conjunto de recursos pessoais e sociais disponíveis num dado momento histórico-espacial, para os indivíduos que partilham recursos e valores de uma comunidade. Alguns investigadores defendem que, face a um balanço entre ganhos e perdas que se torna menos positivo com a idade, ocorre a necessidade de compensação pela cultura, face à diminuição dos recursos biológicos da pessoa. O envelhecimento bem sucedido, de acordo com estes autores, envolve a interacção entre três componentes fundamentais: a selecção, a optimização e a compensação (modelo SOC) (Baltes & Baltes, 2010). Ao longo do desenvolvimento humano, estes três mecanismos psicológicos são usados regularmente aquando de cada escolha que é feita e em qualquer área da vida.

Género: Os homens e as mulheres envelhecem de modo diferente. Para além das diferenças determinadas pelas características biológicas, existem outras que são definidas pelos papéis sociais. Os homens têm maior risco de doença pela exposição ocupacional e pela adopção de determinados comportamentos (e.g. consumo de álcool e tabaco, acidentes de viação). No entanto, no contexto social, as mulheres estão em desvantagem. Muitas mulheres idosas não tiveram trabalho remunerado, o que as desvaloriza na sociedade actual, para além de condicionar os seus recursos económicos.

Pode concluir-se que o envelhecimento saudável assenta na autonomia e na independência e é construído ao longo da vida. Estes aspectos estão contemplados na definição da OMS de 'envelhecimento activo' como 'o processo de optimização de oportunidades para saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento' (World Health Organization, 2002). Este conceito remete-nos para o papel da promoção da saúde nos mais velhos.

5. A promoção da saúde ainda que iniciada na velhice tem efeitos positivos sobre a saúde

Na década de setenta do século passado, Antonovsky propôs um modelo alternativo ao das ciências médicas, e apelidou-o de 'modelo salutogénico'. Este modelo denotava uma orientação oposta à existente na altura, procurando as razões que mantinham as pessoas saudáveis (Lewis, 1997). Considerando o estado de saúde como um contínuo entre um pólo negativo (a doença) e o outro pólo positivo (a saúde), a teoria salutogénica pretende perceber quais os factores que empurram as pessoas para o pólo positivo, apesar da ocorrência de circunstâncias adversas ao longo da vida (Antonovsky, 1996). A

teoria salutogénica incide nos estados de tensão resultantes do confronto com a adversidade e no seu controlo individual. Esta teoria defende que estes estados de tensão não são necessariamente negativos, excepto se forem geridos de forma desadequada.

Antonovsky criou o conceito 'sentido de coerência' como uma orientação global em relação ao mundo e à vida individual, defendendo que a forma como as pessoas vêem a vida influencia a sua saúde e facilita os processos de adaptação (Lewis, 1997). Os componentes do sentido de coerência são: a capacidade de compreensão (os estímulos externos e internos, que ocorrem no decurso da vida, são estruturados, predizíveis e explicáveis), a capacidade de gestão (existem recursos disponíveis para fazer face às exigências colocadas por esses estímulos) e a capacidade de investimento (as exigências constituem desafios, merecedores de investimento e empenho) (Antonovsky, 1996).

A teoria salutogénica está implícita na definição da promoção da saúde, que foi o tema da conferência da OMS que se realizou em Ottawa, em 1986. Nesta conferência, a saúde foi considerada um conceito positivo que dá ênfase aos recursos sociais e pessoais, bem como às capacidades físicas. Foram considerados pré-requisitos para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, salário, ecossistema estável, recursos sustentados, justiça social e equidade. Segundo a carta de Ottawa a promoção da saúde é um processo de capacitação das pessoas que lhes permite controlar e melhorar a sua saúde, mas também resulta da interacção individual com o ambiente físico e social (World Health Organization, 1986).

O conceito de promoção da saúde permite encarar a saúde como um capital que reflecte a nossa herança genética. No contexto do envelhecimento, este capital pode ser ampliado ou delapidado ao longo da vida, dependendo das oportunidades definidas pelo contexto social (Blaxter, 2010). Deste modo, apesar de o capital 'saúde' ser inevitavelmente gasto ao longo da vida, podemos atrasar este processo garantindo reservas suficientes para ser possível envelhecer com a melhor saúde possível. Idealmente, este processo deve iniciar-se o mais precocemente possível e ser mantido ao longo da vida. Vaillant & Mukamal (2001), num estudo prospectivo sobre envelhecimento bem sucedido, seguiram duas coortes (alunos universitários e jovens socialmente desfavorecidos) durante 60 anos com início na adolescência. No final do estudo foram criados dois grupos representativos da forma como envelheceram (*sad-sick* e *happy-well*). Os factores que distinguiram os dois grupos (peso, exercício, educação, abuso de tabaco e de álcool, o relacionamento conjugal e estilo de adaptação), dependem, em parte, da decisão individual. Os autores pretenderam demonstrar a

potencial capacidade de controlo individual na forma como se envelhece. Neste sentido, Bowling & Iliffe (2006) defendem que a promoção da saúde, ainda que só iniciada na velhice, produz efeitos positivos sobre a saúde. Referem o trabalho de Christmas *et al.* que mostrou que a prática do exercício físico é benéfica na morbilidade de causa cardíaca e na provocada pelas quedas.

A importância de as pessoas perceberem o seu potencial para a promoção da sua qualidade de vida, atribuindo-lhes um papel activo no incremento do 'capital' da sua saúde, remete para a questão de a conquista da maior longevidade estar a 'acrescentar vida aos anos' ou apenas 'anos à vida'. Nos anos 80 do século XX, Fries (1980) introduziu o conceito do 'paradigma da compressão da morbilidade': se fosse possível adiar o aparecimento das doenças crónicas ou da incapacidade por um período de tempo superior ao do aumento da esperança de vida, viver-se-iam mais anos mantendo a qualidade de vida. Este debate está relacionado com o desejo de envelhecer com saúde e de atrasar o aparecimento da incapacidade.

6. A incapacidade está associada a mortalidade e utilização dos serviços de saúde mais elevadas

De acordo com o modelo de Verbrugge & Jette (1994), a limitação funcional é precursora de incapacidade. Assim, para poder prevenir a incapacidade na velhice é necessário compreender melhor o processo do declínio funcional neste grupo etário e desenvolver estratégias efectivas para a sua prevenção e reabilitação.

O declínio funcional pode ser entendido como um síndrome geriátrico porque segue o mesmo padrão de algumas doenças desta população: sintomas inespecíficos, apresentação atípica, evolução insidiosa e múltiplas apresentações (físicas, psicológicas, sociais e funcionais) (Hébert, Bravo, Korner-Bitensky, & Voyer, 1996). O paciente pode queixar-se de cansaço, falta de força, perda de apetite, incontinência e quedas. Pode ainda apresentar perda de peso, dificuldade de concentração, declínio cognitivo e perda de iniciativa e de motivação. Pode ocorrer isolamento social e negligência nos autocuidados e nos cuidados com a casa. A forma de apresentação deste quadro pode ser aguda ou sub-aguda. Na primeira, o quadro instala-se em alguns dias ou poucas semanas, e as principais causas são intercorrência de um problema de saúde (e.g. infecção), descompensação de uma doença crónica (e.g. diabetes) ou uma crise psicológica ou social (e.g. morte de cônjuge ou institucionalização). A forma sub-aguda pode desenvolver-se em semanas ou meses e ser a consequência do agravamento de uma doença crónica (e.g. Doença de Parkinson), do aparecimento de uma nova doença

ou de iatrogenia (Hébert et al., 1996). Embora o declínio funcional não seja uma entidade nosológica *per se*, deve desencadear a investigação necessária à identificação da sua etiologia.

Apesar de a idade cronológica ser provavelmente o factor de risco mais importante do declínio funcional (duplica a cada 10 anos, com incidência semelhante nos dois sexos), a incapacidade causada apenas pela velhice só é determinante nos muito velhos (Heikkinen, 2003).

Numa revisão sistemática de estudos longitudinais que avaliaram a associação entre factores de risco individuais e o estado funcional de idosos na comunidade, os factores que mostraram evidência mais robusta como condicionantes da funcionalidade foram: a depressão, a limitação cognitiva, a carga de doença, o índice de massa corporal alterado, a limitação funcional dos membros inferiores, a escassez de contactos sociais, o baixo nível de actividade física, uma fraca auto-percepção da saúde, o tabagismo e a diminuição da acuidade visual (Stuck et al., 1999).

Na perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (World Health Organization, 2004a), a incapacidade é indicadora dos aspectos negativos da interacção entre um indivíduo e os seus factores contextuais (ver capítulo 3). Pode ainda determinar uma dependência significativa, aumentando a necessidade de apoio para as actividades de vida diária. Os estudos que têm avaliado a relação entre a incapacidade e a necessidade de ajuda percebida pelas pessoas idosas, mostram que a prevalência da incapacidade é superior à ajuda considerada necessária (Aijänseppä et al., 2005), (Iliffe, Haines, Gallivan, Booroff, Goldenberg & Morgan, 1991a).

Tradicionalmente pensava-se que a incapacidade era uma consequência inevitável da senescência. Deste modo seria expectável que o envelhecimento populacional conduzisse a um aumento proporcional da prevalência da incapacidade, nomeadamente na época em que vivemos, na qual a diminuição da mortalidade associada a doenças graves (e.g. cancro, doenças cardiovasculares) conduz ao aumento da morbilidade associada a estas doenças. No entanto, alguns estudos têm vindo apoiar a teoria da compressão de Fries (ver capítulo 5). Os dados do estudo norte-americano ‘1982-2004 National Long-Term Care Survey’ citado por Manton (2008), mostraram que a prevalência da incapacidade crónica na população com idade igual ou superior a 65 anos diminuiu 2.2% por ano entre 1999 e 2004. O estudo europeu ‘Healthy Ageing: Longitudinal Studying in Europe’ também mostrou melhoria da funcionalidade física nas coortes sucessivas ao longo dos 10 anos de seguimento (Aijänseppä et al., 2005). Botelho (2005) estudou a funcionalidade de uma amostra de idosos inscritos num centro de saúde em Lisboa. Das conclusões deste estudo salienta-se que a grande maioria dos idosos era

independente em locomoção e cerca de metade era autónoma nas tarefas instrumentais de adaptação ao meio ambiente.

Apesar de os resultados destes estudos serem animadores, um relatório da OCDE de 2009 mostrou que, em Portugal, o número de pessoas com idade igual ou superior a 75 anos com limitação nas actividades diárias foi o segundo mais elevado em 23 países da OCDE (European Commission, 2014).

Para além deste parâmetro existe um outro indicador de saúde que ajuda a perceber se estamos apenas a adicionar anos à vida, é o chamado 'anos de vida saudável', que traduz o número de anos que uma pessoa pode esperar viver sem sofrer de incapacidade. Este indicador pode ser utilizado para analisar a saúde como factor económico e de produtividade; introduzir o conceito de qualidade de vida; avaliar a empregabilidade dos trabalhadores mais idosos e acompanhar os progressos realizados em termos de acesso, qualidade e sustentabilidade dos cuidados de saúde (Eurostat, 2013). Apesar de a esperança de vida das mulheres portuguesas ser a 8ª mais elevada de 33 países europeus (European Commission, 2013), apenas 70% do tempo de vida é vivido sem incapacidade, colocando-as no 28º lugar deste indicador, de um total de 31 países europeus, em 2011 (Eurostat, 2013).

A nível populacional, a incapacidade funcional é um indicador importante porque está associado a mortalidade mais elevada e maior utilização dos serviços de saúde (Aijänseppä et al., 2005). Mas poderão os progressos da medicina e a melhoria das condições de vida determinar que a incapacidade surja cada vez mais tarde? Sabe-se que este processo já se iniciou nas populações mais beneficiadas, com o aumento da esperança de vida activa nas classes sociais mais elevadas (Hébert et al., 1996). A baixa funcionalidade é três vezes mais provável nas pessoas com baixo rendimento, e um nível elevado de educação está associado a um melhor estado funcional (Stuck et al., 1999).

Para levar a cabo estratégias efectivas para a prevenção do declínio funcional, é importante saber como identificar os seus factores de risco, bem como conhecer as especificidades da avaliação clínica das pessoas idosas.

7. Como identificar a presença dos factores de risco para o declínio funcional?

O desenvolvimento e implementação de intervenções eficazes e eficientes para prevenir ou atrasar o aparecimento da incapacidade na velhice é uma prioridade no domínio da saúde pública, mas a forma de o fazer é ainda controversa.

O rastreio geriátrico levanta dúvidas quanto à sua exequibilidade e efectividade (Freer, 1985), (Freer, 1987). Os estudos feitos para avaliar a efectividade do rastreio sistemático² não mostram um suporte sólido para a implementação deste a este grupo etário (Tulloch & Moore, 1979), (Vetter, Jones, & Victor, 1984), (Hendriksen, Lund, & Stromgard, 1984). O rastreio neste grupo etário tem uma dificuldade acrescida que consiste na definição da fase assintomática das doenças (ver capítulo 8).

Diversos modelos de prestação de cuidados de saúde têm sido testados em países da Europa, no Brasil, na Austrália e nos Estados Unidos da América. Alguns deles têm merecido mais atenção na literatura.

A 'avaliação geriátrica global'³ consiste num processo diagnóstico e terapêutico, multidisciplinar, que identifica problemas biopsicossociais e funcionais em pessoas idosas com fragilidades, com o objectivo de criar um plano global para maximizar a saúde no envelhecimento. Este processo de avaliação é constituído por três etapas: (1) identificação dos pacientes elegíveis (excluídos os 'muito doentes' e os 'muito saudáveis'), (2) avaliação dos pacientes e elaboração das recomendações, (3) implementação das recomendações, dependente da adesão dos pacientes e dos clínicos (Reuben, Frank, Hirsch, McGuigan, & Maly, 1999). A eficácia deste processo (e.g. na redução da mortalidade, internamentos hospitalares e em instituições de terceira idade) depende da forma e do local onde é implementado (Ward & Reuben, 2012). A 'avaliação geriátrica global' realizada no domicílio e nas unidades de cuidados agudos geriátricos têm sido as mais eficazes. No entanto, a sua eficácia nos CSP só se verificou nos ensaios clínicos que complementaram a 'avaliação geriátrica global' com uma intervenção para melhorar a adesão às recomendações propostas ou selecionado uma população de elevado risco para a utilização dos cuidados de saúde (Reuben et al., 1999), (Burke, 2002).

A 'avaliação de risco de saúde'⁴ é uma outra abordagem para promover a saúde e prevenir a doença na população idosa. Consiste num questionário postal de auto-preenchimento, que engloba informação sobre o estado de saúde, a funcionalidade, os estilos de vida e hábitos, os cuidados preventivos recebidos e diversos factores psicossociais (e.g. depressão, isolamento social). Os resultados são analisados através de um programa informático que permite a criação de orientações personalizadas, dirigidas ao paciente e ao médico de família (MF). No entanto, só tem sido eficaz quando

² Considerado um contacto com o paciente que é iniciado por iniciativa do médico com o objectivo de identificar problemas de saúde assintomáticos ou não reportados (Freer, 1985)

³ Traduzido de *comprehensive geriatric assessment*

⁴ Traduzido de *health risk appraisal*

complementada com o contacto personalizado com técnicos de saúde treinados (Harari et al., 2008).

Estes modelos foram desenvolvidos nos Estados Unidos da América, mas a 'avaliação de risco de saúde' tem sido implementada e avaliada em alguns países da Europa, nomeadamente no Reino Unido (Stuck et al., 2007), (Iliffe, Kharicha, Harari, Swift, & Stuck, 2005). Contudo, este modelo de avaliação geriátrica está assente na organização do trabalho multidisciplinar e nos cuidados domiciliários, que diferem significativamente da prestação de cuidados de saúde em Portugal, o que condiciona a importação destes modelos para a nossa realidade.

Em Portugal foi criado, em 2004, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Direcção-Geral da Saúde, 2004) com o objectivo geral de obter ganhos em anos de vida com independência, actuando sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência. Apesar da existência deste plano nacional, não se encontra instituída nenhuma metodologia sistematizada para a avaliação gerontológica ou geriátrica das pessoas idosas em CSP. A ausência de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde na área de saúde do idoso, até 2013, impossibilita avaliar a qualidade dos cuidados prestados a esta população (Administração Central dos Sistemas de Saúde, 2012). Este ano foi definido um indicador que mede a proporção dos pacientes com 65 ou mais anos que não tem prescrita medicação ansiolítica, hipnótica ou sedativa (Administração Central dos Sistemas de Saúde, 2013). Apesar de medir um factor de risco importante para as quedas é discutível o seu valor na avaliação de desempenho dos médicos de família.

8. Os desafios da avaliação clínica das pessoas idosas

As pessoas idosas, ao contrário do que habitualmente se pensa, tendem a ocultar queixas importantes (Tulloch & Moore, 1979). Existem dois tipos de necessidades ocultas nas pessoas idosas: aquelas que decorrem da existência de doença assintomática, e por isso verdadeiramente ocultas para os pacientes e as que são conhecidas do paciente, mas permanecem ocultas para o médico (Freer, 1985). Estas últimas não são referidas pelos pacientes por, na sua opinião, estarem associadas ao envelhecimento normal e por isso serem aceites, ou por existirem alterações cognitivas ou depressivas que comprometem a consciência ou a verbalização das mesmas. Por outro lado, os médicos, às vezes, também interpretam algumas destas queixas como parte integrante do processo de envelhecimento (Reuben & Rosen, 2009), desvalorizando ou adiando a sua

resolução. Por isso, Freer (1985) defende que os cuidados preventivos a prestar a esta população devem ter em consideração as necessidades não expressas.

A contratualização com os CSP de uma avaliação anual, no domicílio, a todos os utentes com idade superior a 74 anos, no Reino Unido, na década de 80 do século passado, teve como objectivo identificar as necessidades não expressas (Iliffe, Haines, Gallivan, Booroff, Goldenberg, & Morgan, 1991a), (Iliffe, Haines, Gallivan, Booroff, Goldenberg, & Morgan, 1991b) e os problemas de saúde que pudessem ser alvo de intervenção para impedir a deterioração funcional (Brown, Boot, Groom, & Williams, 1997). Um dos estudos feitos nessa altura permitiu saber que, do total de problemas identificados em 40 centros de saúde durante três meses, 24% eram desconhecidos até então. A incontinência urinária, as limitações de mobilidade, as alterações da visão e da audição, e os problemas psiquiátricos perfizeram 46% destes problemas. Das pessoas com problemas identificados durante o estudo, 82% puderam vir a ser alvo de algum tipo de intervenção (Brown et al., 1997).

Faltam estudos nacionais sobre a prevalência destes problemas de saúde na população idosa. Mas num estudo exploratório feito na USF Marginal, os resultados mostram uma sub-codificação dos problemas de audição e de incontinência urinária em relação à prevalência esperada, mas também sugerem uma verdadeira sub-identificação destes problemas de saúde nas pessoas idosas (Balsinha & Gonçalves-Pereira, 2014).

Outro desafio importante na avaliação clínica das pessoas idosas é definir a fronteira entre as alterações provocadas pelo envelhecimento e as provocadas pela doença. Esta dificuldade existe porque ambas envolvem acumulação progressiva de lesões celulares e moleculares (Kirkwood, 2009). Existe ainda um potencial importante para a sobreposição entre factores etiológicos do envelhecimento normal e das doenças relacionadas com a idade. Contudo, no contexto clínico é importante distinguir entre envelhecimento normal e doença, no que diz respeito à decisão de tratar.

Considerando que queremos identificar os factores de risco para o declínio funcional (ver capítulo 7) e tendo em conta os desafios da avaliação clínica neste grupo etário, fará sentido um tipo de abordagem que seja centrado no paciente e nas necessidades que percepciona.

9. O que é avaliar necessidades em saúde?

A avaliação de necessidades em saúde é uma abordagem sistemática visando garantir que os serviços de saúde utilizam os seus recursos para melhorar a saúde da população

de forma mais eficiente (Wright et al., 1998). Esta metodologia tem ganho importância porque os custos com os cuidados de saúde são cada vez mais elevados, impulsionados pelos avanços tecnológicos e pelas alterações demográficas; existem limitações dos recursos na área da saúde e inequidades no acesso aos cuidados; e um consumismo crescente que resulta de maiores expectativas e preocupações do consumidor sobre a qualidade de serviços que recebe (Wright et al., 1998).

Culyer (citado por Green & Tones, 2012) refere que uma necessidade de cuidados de saúde só existe quando é possível melhorar o estado de saúde pela acção de uma intervenção que está disponível e é efectiva. Buchan (citado por Green & Tones, 2012), acrescentou que o benefício deve ser conseguido se o risco for razoável e o custo aceitável. A avaliação de necessidades em saúde deve ser orientada pela importância do problema de saúde (frequência, impacto e custo), ocorrência de incidentes críticos (e.g. a morte de um paciente por falta de capacidade da unidade de cuidados intensivos), evidência da efectividade da intervenção, entre outros (Wright et al., 1998).

O entendimento dos médicos sobre o conceito 'necessidade' depende muitas vezes do que os serviços de saúde podem fornecer, porém os pacientes têm a sua própria visão sobre o que os pode tornar mais saudáveis (e.g. melhor habitação, trabalho). Assim as necessidades em saúde incorporam determinantes da saúde, sociais e ambientais, mas muitas não são passíveis de intervenção clínica (Wright et al., 1998).

Quando se fala em 'necessidade' importa ainda distingui-la do 'desejo', representativo da preferência individual. Segundo Doyal e Gough (citado por Green & Tones, 2012) deve considerar-se uma necessidade apenas quando se puder universalizar para todas as pessoas o objectivo que se pretende atingir.

Segundo o *National Institute for Health and Clinical Excellence* podem ser consideradas quatro perspectivas para definir 'necessidade' (Hooper & Longworth, 2002):

- Percepções e expectativas da pessoa (necessidades sentidas e expressas)
- Percepções dos profissionais prestadores do serviço
- Percepções dos profissionais dos serviços, de acordo com o que estes pensam ser desejável e adequado para a população. Reflecte o estado actual do conhecimento e por isso varia ao longo do tempo (necessidades normativas)
- Enquadramento das prioridades definidas pelos serviços de saúde para a população local, nas prioridades locais, regionais ou nacionais (necessidades corporativas)

A avaliação de necessidades em saúde não deve ser encarada apenas como um processo de escuta dos pacientes ou baseada na confiança da experiência individual:

envolve uma abordagem epidemiológica e qualitativa na determinação de prioridades. Deve enquadrar os aspectos clínicos, éticos e económicos das necessidades, ou seja o que deve ser feito, o que pode ser feito e o que pode ser pago (Wright et al., 1998).

9.1. Avaliar necessidades de cuidados em saúde: vantagens e limitações

A principal vantagem da avaliação de necessidades é ser centrada no paciente e por isso permite aprender sobre as suas necessidades e prioridades, definir estratégias para as satisfazer, avaliar o resultado da intervenção, utilizar os recursos existentes de forma mais efectiva e eficiente e, por último, poder influenciar políticas de saúde (Wright et al., 1998).

Das vantagens atrás referidas destaca-se a importância da avaliação do resultado da intervenção porque permite classificar as necessidades em cobertas e não cobertas (Wright et al., 1998). Uma necessidade pode considerar-se coberta, quando o problema identificado está a ser alvo de uma intervenção adequada e potencialmente benéfica; ou não coberta, se carece de intervenção adequada (Orrell & Hancock, 2004). Slade *et al.* (citado por Orrell & Hancock, 2004) fizeram um estudo na área da saúde mental, que mostrou que as necessidades não cobertas se relacionam com pior saúde, pior qualidade de vida e aumento da despesa.

Alguns idosos demonstraram sentimentos de resignação relativos às dificuldades percebidas, com baixas expectativas relativamente aos cuidados que os serviços de saúde podem fornecer (Walters, Iliffe, & Orrell, 2001). Nestes pacientes, a avaliação de necessidades pode ser uma forma de estimular os serviços de saúde e de apoio social a compreenderem melhor a realidade destes pacientes para que as necessidades de cuidados existentes possam vir a ser detectadas e cobertas.

Uma das dificuldades deste processo pode residir na diversidade do entendimento do próprio conceito 'necessidade', que pode traduzir uma diferente significação para o paciente e para o técnico. As diferenças de conhecimento e de treino dos profissionais também podem afectar o processo de avaliação de necessidades (Walters et al., 2001). No caso concreto das pessoas idosas, existe uma tendência em adaptar os objectivos às limitações que percebem, desvalorizando ou desistindo desses objectivos, baixando os padrões ou aspirações do desempenho pessoal (adaptação acomodativa) (Paúl, 2006). Este mecanismo de adaptação pode conduzir à negação, minimização e resignação relativas às dificuldades percebidas, dificultando a avaliação de necessidades nestas pessoas.

10. Avaliação de necessidades de cuidados das pessoas idosas na prática clínica em cuidados de saúde primários

A avaliação de necessidades de cuidados de saúde deve ser estruturada e adequada à população avaliada e ao contexto onde é realizada. Descrevem-se apenas os instrumentos com aplicação no contexto dos CSP.

O *Elderly Assessment System* (EASYcare) foi um dos primeiros instrumentos a ser desenhado para a população idosa para fazer uma avaliação multidimensional (Philp, 1997). Este instrumento está traduzido para português e pretende caracterizar a qualidade de vida e bem-estar através da avaliação de necessidades de saúde e sociais (Sousa e Figueiredo citado por (Silva, 2010)). A escala é constituída por 26 variáveis relacionadas com qualidade de vida e bem-estar, sendo que as pontuações mais elevadas representam maior incapacidade (Sousa e Figueiredo citado por Silva, 2010). Apesar do EASYcare ter sido desenvolvido para ser usado na prática clínica diária em CSP, o tempo previsto para aplicação é de 30 minutos (Philp, 1997), o que torna inviável a sua utilização nas consultas de MGF, cuja duração prevista varia entre os 15 e os 20 minutos (ver capítulo 12).

Um dos instrumentos de avaliação de necessidades com maior projecção nos últimos anos é a entrevista *Camberwell Assessment of Need* (CAN) (Phelan et al., 1995). Este instrumento é dirigido à população adulta que sofre de doença mental e fornece uma avaliação compreensiva das necessidades em 22 áreas de saúde e sociais (Phelan et al., 1995), (Gago, 1996). Relativamente às suas características psicométricas, a fiabilidade inter-avaliadores e teste-reteste são boas e a validade tem sido claramente documentada (Phelan et al., 1995). O estudo de validação da versão portuguesa da entrevista CAN foi realizado por Gago (1996), que avaliou as necessidades de indivíduos com doenças mentais crónicas integrados em programas de reabilitação psicossocial. Da entrevista CAN derivaram outras variantes com base na mesma estrutura e conteúdos. Uma dessas variantes é a entrevista *Camberwell Assessment of Need for Elderly people* que avalia necessidades na população idosa e está traduzida e validada para a população portuguesa.

10.1.A entrevista *Camberwell Assessment of Need for Elderly people* (CANE)

A entrevista *Camberwell Assessment of Need for Elderly people* (CANE) é um instrumento de avaliação de necessidades adaptada às pessoas idosas que pode ser

utilizado na prática clínica, em investigação, no planeamento de cuidados e no trabalho em equipa multidisciplinar (Orrell & Hancock, 2004).

Este instrumento foi o primeiro a ser desenhado para medir um largo espectro de necessidades, em particular na área da saúde mental. Foi mantido o formato do original CAN, mas foi necessário adaptar o formato das perguntas ao público alvo. Este processo de adaptação foi feito utilizando grupos focais constituídos por utilizadores e profissionais de serviços de saúde mental para pessoas idosas, do qual resultou uma versão inicial da entrevista. Posteriormente, usou-se a técnica de Delphi para obter um consenso sobre o estilo e o conteúdo da entrevista. Neste processo foram envolvidos profissionais de diferentes áreas (e.g. psiquiatras, geriatras, assistentes sociais). Daqui derivou uma nova versão do questionário que foi submetida a uma conferência de consenso que envolveu todos os profissionais relevantes na prestação de cuidados às pessoas idosas (e.g. psiquiatras, enfermeiros, médicos de família), da qual resultou a versão final da entrevista CANE (Orrell & Hancock, 2004).

Este instrumento, inicialmente desenvolvido para ser utilizado em serviços de saúde mental, permite a triangulação das perspectivas do paciente, do cuidador informal (se aplicável), do técnico de saúde responsável e do avaliador, em 24 áreas (quadro 1)

Quadro 1. Itens avaliados pela entrevista CANE

Itens da entrevista CANE	
Idoso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alojamento 2. Cuidados com a casa 3. Alimentação 4. Cuidados pessoais 5. Cuidados com outras pessoas 6. Actividades diárias 7. Memória 8. Visão/audição/comunicação 9. Mobilidade/quedas 10. Continência de esfíncteres 11. Saúde física 12. Medicamentos ou tóxicos 13. Sintomas psicóticos 14. Sofrimento psicológico 15. Informação (sobre a doença e tratamento) 16. Segurança pessoal (conduta parasuicidária) 17. Segurança pessoal (risco não intencional) 18. Abuso/negligência 19. Comportamento 20. Álcool 21. Companhia 22. Relações íntimas 23. Dinheiro/economias 24. Benefícios sociais
Cuidador	<ol style="list-style-type: none"> A. Necessidade de informação B. Sofrimento psicológico

Como o conceito de necessidade não é único, cruzar diferentes perspectivas permite identificar aspectos discrepantes na avaliação, que ao serem identificados podem ser melhor explorados.

A entrevista CANE deve ser, preferencialmente, aplicada por profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais ou técnicos de serviço social) com experiência em trabalhar com pessoas idosas e mediante um treino prévio, específico, mas não intensivo (Orrell & Hancock, 2004). A aplicação deste instrumento permite avaliar, perante a necessidade numa determinada área (secção I), qual o tipo (informal e formal) e o grau do apoio recebido e o nível percebido de ajuda necessária (secções II e III). Avalia ainda a adequação e o grau de satisfação relativa a essa ajuda (secção IV). É atribuída uma pontuação relativa às necessidades existentes, cobertas e não cobertas ('0' sem necessidade, '1' necessidade coberta, '2' necessidade não coberta, '9' informação não disponível). A cotação desta secção é melhor aferida depois de coligida toda a informação obtida nas restantes secções do questionário (II a IV), uma vez que

aquelas questões adicionais definem melhor a existência de uma ‘necessidade’ que requeira ajuda e se essa ajuda está a ser adequada e suficiente (Gonçalves-Pereira et al., 2007). A soma do total de necessidades pode servir para monitorizar avaliações futuras. Na aplicação em casos de doença crónica incapacitante, podem ser usados dois itens adicionais, relativos às necessidades próprias dos cuidadores informais (quadro 1) (Orrell & Hancock, 2004).

No estudo de validação original, a entrevista CANE apresentou boas propriedades psicométricas, com valores de k para a fiabilidade teste-reteste de 0.87, 0.93, 0.97, para paciente, profissional e cuidador, respectivamente; o valor médio de k para a fiabilidade inter-observador do profissional foi de 0.97 (Reynolds et al., 2000).

Actualmente, a entrevista CANE encontra-se disponível em 16 línguas e é utilizado por investigadores e profissionais de saúde em 32 países⁵.

10.2.A versão portuguesa da entrevista CANE

Em 2003 foi constituído um grupo de trabalho responsável pela tradução da entrevista CANE para a língua portuguesa. A sua aplicabilidade foi testada num estudo-piloto desenvolvido em Lisboa e no Porto, com uma amostra não aleatorizada de 21 indivíduos com idades entre os 65 e os 85 anos (média 73.9 ± 6.3 anos), com patologia neuropsiquiátrica. Neste estudo, a versão portuguesa da entrevista CANE revelou validade ecológica, facial e de conteúdo (Gonçalves-Pereira et al., 2007). No estudo de validação da versão portuguesa da entrevista CANE participaram 79 indivíduos utilizadores de serviços de saúde mental, com idades entre os 62 e os 95 anos (média 73.8 ± 6.6 anos) dos quais 61% tinha diagnóstico de demência (Fernandes et al., 2008). A versão portuguesa da entrevista CANE mostrou, neste estudo de validação, fiabilidade teste-reteste com valores médios de k de 0.80, 0.77 e 0.81, para as avaliações do paciente, cuidador e profissional, respectivamente; os valores médios de k para a fiabilidade inter-observador foram de 0.96, 0.93 e 0.90 para as avaliações do paciente, do cuidador e do profissional, respectivamente (Fernandes et al., 2008). Para testar a validade de critério foram usadas as escalas EASYcare (qualidade de vida e dependência) e índice de Barthel (funcionalidade). Para testar a validade de constructo foram usadas as escalas *General Health Questionnaire-12* (sofrimento psicológico paciente e cuidador), *Geriatric Depression Scale-15* (sintomas depressivos) e *Mini-Mental State Examination* (cognição). Os resultados relativos à validade ecológica, de critério e

⁵ A informação relativa à entrevista CANE encontra-se disponível em <http://www.ucl.ac.uk/cane> (acedido em 14.02.2014).

de constructo foram adequados (Fernandes et al., 2008). Estes resultados permitiram sustentar a validade e a fiabilidade da versão portuguesa da entrevista CANE.

10.3.A entrevista CANE em cuidados de saúde primários: CANE-5

A entrevista CANE ainda não foi validada no âmbito dos CSP. Num estudo onde foi testada a exequibilidade da sua aplicação em CSP (Walters et al., 2000), a *Clifton Assessment Procedures for the Elderly Behaviour Rating Scale (CAPE-BRS)* foi utilizada como critério comparativo para o estado funcional. A boa correlação entre as pontuações resultantes da aplicação dos dois instrumentos (CANE e *CAPE-BRS*) apoiou a validade para a utilização da entrevista CANE em CSP (Orrell & Hancock, 2004). Nesse estudo concluiu-se existir uma baixa identificação de necessidades em áreas como 'sintomas psicóticos' e 'problemas de comportamento', provavelmente porque estes problemas são pouco prevalentes nos pacientes que vivem na comunidade (Walters et al., 2000). Os autores concluíram que a entrevista CANE é um bom instrumento para investigação em CSP, mas seria necessário um instrumento mais eficiente e que pudesse ser usado de forma oportunista na prática quotidiana (Walters et al., 2000). Com o objectivo de construir um instrumento com essas características, Iliffe *et al.* (2004), envolveram pessoas idosas e profissionais de saúde na identificação das necessidades não cobertas mais frequentes. Os autores concluíram que a avaliação das necessidades nas áreas da visão e audição, da mobilidade e quedas, da continência de esfíncteres, da memória, e do sofrimento psicológico, correspondia a 69% das necessidades não cobertas encontradas previamente nos estudos com a aplicação da entrevista CANE. Foi assim possível seleccionar estas cinco áreas da entrevista CANE⁶ para a utilização no âmbito dos CSP, com ganho de eficiência. Estas foram as cinco áreas seleccionadas para o presente estudo (CANE-5).

11. As áreas da entrevista CANE-5 são prioritárias na avaliação de necessidades na população idosa

A *Health Development Agency* (Hooper & Longworth, 2002) do Reino Unido tem utilizado o processo de avaliação de necessidades na população idosa com o objectivo de planear melhor as prioridades para a saúde deste grupo populacional. Dois dos quatro critérios definidos por esta agência para escolher as prioridades de avaliação são o 'impacto' e a

⁶ SPICE: *Senses, Physical ability, Incontinence, Cognition e Emotional distress*

'mudança'. Descreve-se de seguida, a aplicação destes critérios às áreas de avaliação da entrevista CANE-5.

Impacto Pretende avaliar quais são os problemas com maior impacto no funcionamento saudável, quer pela sua gravidade ou quer pela sua frequência.

A prevalência calculada para os problemas de saúde relacionados com cada uma das áreas, disponível na literatura é a seguinte: diminuição da acuidade auditiva (Sha, Talaska, & Schacht, 2009) - 44%, acuidade visual igual ou inferior a 20/40 (Saaddine et al., 2004) - 16,1%, incontinência urinária (Iliffe, Haines, Gallivan, Booroff, Goldenberg, & Morgan, 1991a) - 31%, demência (Nunes et al., 2010) - 2,7% e depressão (Copeland et al., 2004) - 12,3%. A incidência das quedas (King, 2009) está calculada entre 35 e 40%. Estes dados, apesar de não serem específicos de Portugal e de terem uma base populacional (excepto a demência), são certamente indicadores da elevada prevalência que estes problemas de saúde têm neste grupo etário. A relação destas áreas com a funcionalidade já foi demonstrada no capítulo 6.

Mudança Pretende avaliar as acções que são possíveis desenvolver nos diferentes níveis de prevenção. No quadro 2 estão alguns exemplos de prevenção primária, secundária, terciária e quaternária que é possível fazer nas áreas avaliadas pela entrevista CANE-5.

Quadro 2. Possíveis acções a desenvolver, de acordo com o nível de prevenção, em cada área da entrevista CANE-5

áreas 'CANE-5'	acções	níveis de prevenção
visão/audição/comunicação	cirurgia oftalmológica ajudas técnicas	2 3
mobilidade e quedas	actividade física avaliação domiciliária e intervenção ajudas técnicas iatrogenia	1 1,2,3 3 4
continência de esfíncteres	terapêutica farmacológica ou cirúrgica treino vesical	2 1,3
cognição	ajuda formal ou informal directiva antecipada de vontade terapêutica farmacológica e não farmacológica	3 3 2
sofrimento psicológico	construção/manutenção de rede social ambientes físicos adequados terapêutica farmacológica e não farmacológica	1,3 1,3 2

A maioria das acções identificadas no quadro 2, pode ser levada a cabo na consulta de MGF, mas falta perceber qual é o contexto da MGF na prestação de cuidados de saúde à população idosa.

12. O contexto da medicina geral e familiar na prestação de cuidados de saúde à população idosa

Existem dados que apontam para um elevado contacto que os pacientes idosos têm com os MF e com outros profissionais de saúde dos centros de saúde (Balsinha & Gonçalves-Pereira, 2014). Estes dados são concordantes com os de outros países com uma organização semelhante, em que os CSP funcionam como *gate-keeper* (e.g. Reino Unido) (Freer, 1985). Esta organização dos cuidados confere aos MF a capacidade para uma avaliação de saúde oportunistica, com objectivos definidos, ultrapassando as dificuldades e as dúvidas que persistem quanto ao rastreio sistemático (ver capítulo 7). Para além disso a organização dos serviços de saúde públicos portugueses e as características da MGF permitem a prestação dos cuidados de saúde multidimensionais adequados à população idosa (Balsinha & Gonçalves-Pereira, 2014).

No projecto *Towards Age-friendly Primary Health Care* da OMS (World Health Organization, 2004b) foi avaliada a percepção dos pacientes idosos e dos profissionais relativa à duração das consultas em CSP. Os resultados obtidos apontaram para o descontentamento dos pacientes e dos profissionais, perante a curta duração das consultas. A duração das consultas de MGF em Portugal pode variar entre 15 e 20 minutos, geralmente definida pelos directores executivos dos agrupamentos dos centros de saúde, o que pode comprometer a prestação de cuidados de saúde adequados a este grupo etário.

No entanto, não existem objectivos definidos para a prestação de cuidados de saúde aos pacientes idosos nas consultas de MGF. Pode considerar-se que a formação pré e pós-graduada e os indicadores de desempenho dos MF não têm contribuído da melhor maneira para melhorar os cuidados prestados. A organização das consultas de MGF também tem funcionado como um obstáculo à satisfação das necessidades de avaliação clínica deste grupo etário.

Apesar dos avanços recentes na formação pré-graduada com a inclusão da temática da 'geriatria' em algumas faculdades de medicina, a maioria dos MF em exercício de funções não fez formação nesta área. O programa de formação do internato médico de MGF actual, regido pela Port^a 300/2009 do Diário da República, não contempla a área da saúde do idoso. Contém objectivos gerais de conhecimento que podem ser aplicados ao grupo dos idosos (e.g. conhecer métodos de abordagem de situações complexas diversas, incluindo as de multimorbilidade e as associadas à polimedicação), mas não o discrimina nos grupos com necessidades específicas, mais conhecidos como grupos

vulneráveis, onde estão incluídas as crianças, as grávidas e as mulheres em idade fértil. As Coordenações de Internato de MGF (norte, centro e sul) podem detalhar os objectivos de formação com base na portaria referida, mas os cuidados ao doente idoso só são referidos no *portfolio* elaborado pela Coordenação de Internato da zona norte.

O outro aspecto que merece reflexão é a ausência de indicadores de qualidade dos cuidados de saúde prestados à população idosa. Com a reforma dos CSP, iniciada em 2006 e ainda em curso, surgiram vários indicadores de desempenho que permitem avaliar os cuidados prestados nos CSP. Estes indicadores têm vindo a ser aperfeiçoados e diversificados, e pela primeira vez, em 2014 haverá avaliação obrigatória na área do idoso com um indicador que mede a proporção destes doentes que não tem prescrita medicação ansiolítica, hipnótica ou sedativa. Este indicador tem o mérito de chamar a atenção para os riscos desta medicação na população idosa, classificada como potencialmente inapropriada com um grau de recomendação e de evidência elevados (Fick et al., 2003). No entanto este indicador tem suscitado alguma controvérsia porque o seu incumprimento baseia-se em pelo menos uma prescrição desta medicação no período de um ano e ignora o facto de os MF serem constantemente solicitados para renovar prescrições iniciadas por outros profissionais. Será necessário definir mais indicadores nesta área que permitam uma avaliação mais global e que melhor reflectam uma boa prática clínica na área do doente idoso.

Na prossecução da melhoria dos cuidados clínicos prestados à população idosa no contexto da MGF e concordando com Freer (1987) sobre a necessidade de valorizar a capacidade funcional, incluindo a antecipação de potenciais problemas; é necessário adaptar as consultas de MGF a este objectivo. Assim, é necessário estudar qual a melhor forma de o fazer e desenvolver protocolos que demonstrem a exequibilidade e o impacto desta mudança de prática clínica. O processo de avaliação de necessidades de cuidados pode ser uma forma de ir ao encontro desse objectivo. Para perceber a sua exequibilidade no contexto da consulta do dia-a-dia de MGF desenhou-se o trabalho de investigação que se descreve na parte II deste manuscrito.

PARTE II

INVESTIGAÇÃO ORIGINAL

Avaliação de necessidades de cuidados das pessoas idosas em medicina geral e familiar:
um estudo de exequibilidade

1. Fundamentação e objectivos da investigação

Retomando o que foi explorado na parte I, a avaliação clínica das pessoas idosas em MGF deve contemplar o estado de saúde na perspectiva da funcionalidade. Os factores que condicionam a funcionalidade estão identificados (Stuck et al., 1999), mas a sub-identificação de problemas de saúde (Tulloch & Moore, 1979), (Freer, 1985), (Reuben et al., 1999) e a dificuldade em distinguir as alterações provocadas pelo envelhecimento das alterações provocadas pela doença permanecem como principais desafios na avaliação clínica destes pacientes.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas da DGS (Direcção-Geral da Saúde, 2004) não se encontra formalmente instituído nos CSP, e a avaliação clínica feita a um paciente idoso, numa consulta de MGF, em pouco difere daquela que é feita a um adulto de meia idade.

A avaliação estruturada de necessidades poderá contribuir para uma melhor identificação de problemas de saúde que traduzem deterioração funcional, tendo a vantagem de ser centrada no paciente (Wright et al., 1998). Utilizar esta metodologia nas consultas de MGF implica mudar a prática clínica, pelo que deve ser avaliada a sua exequibilidade, tendo em conta as perspectivas dos profissionais de saúde dos pacientes.

Assim foi definido como objectivo para este estudo:

Avaliar a exequibilidade de um processo estruturado de avaliação de necessidades das pessoas idosas, a ser implementado na consulta de MGF, num contexto de rastreio oportunístico.

Os objectivos específicos foram:

1. Descrever um processo estruturado de avaliação de necessidades, relativamente à visão/audição/comunicação, mobilidade/quedas, continência de esfíncteres, memória e sofrimento psicológico, efectuado no contexto da consulta do dia-a-dia.
2. Avaliar a percepção dos médicos de família em relação ao processo de avaliação de necessidades.
3. Avaliar a percepção dos pacientes em relação a este mesmo processo de avaliação de necessidades.

2. Metodologia

2.1. População e amostra

A população com 65 ou mais anos inscrita na USF Marginal (USFM) em 1 de Janeiro de 2014 era constituída por 3 692 utentes, dos quais 2 205 (59,7%) eram do sexo feminino e 1 487 (40,3%) do sexo masculino. A USF Marginal era constituída por onze médicos de família.

Foi seleccionada uma amostra não aleatória de utentes com 65 ou mais anos de idade, programados na primeira consulta médica do dia, em seis dias consecutivos de actividade assistencial, durante o mês de Janeiro de 2014. Definiram-se como critérios de exclusão os pacientes avaliados em consulta de urgência ou em consulta não presencial.

2.2. Desenho e procedimentos

A apresentação do projecto foi realizada numa reunião da USFM, com a colaboração de um investigador perito na aplicação da entrevista CANE. Nessa reunião foi treinada a realização da entrevista CANE-5 num cenário de *role-play*, para treino de fiabilidade de cotação. Nas semanas seguintes, foram realizadas videograções de aplicação da entrevista CANE-5 a cinco pacientes na consulta. Essas videograções foram discutidas com o perito, sendo assinalados os aspectos que necessitavam de correcção. Após esta reunião foram realizadas outras cinco videograções que foram analisadas da mesma forma, com correcção dos aspectos identificados no primeiro treino. Foi então agendada uma nova reunião na unidade para esclarecimento de dúvidas suscitadas a partir do visionamento das entrevistas, na qual se fez novo treino de cotação. Na semana que se seguiu, cada médico envolvido no estudo aplicou pelo menos um questionário e as dificuldades foram discutidas na reunião seguinte.

Os estudos disponíveis sobre a aplicação da entrevista CANE foram desenvolvidos por uma equipa de investigadores (avaliadores) que entrevistaram o paciente, o cuidador e o técnico responsável (Futran & Draper, 2012), (Hoogendijk et al., 2013). No entanto, ao pretendermos estudar a exequibilidade da avaliação de necessidades num contexto oportunístico na consulta de MGF, a figura do 'avaliador' não existe porque é o MF (técnico responsável neste contexto) que faz a entrevista. Na descrição do processo de avaliação de necessidades (objectivo 1), pretendeu-se quantificar as necessidades não cobertas (referidas pelo paciente) que a entrevista CANE-5 permitia identificar e que eram desconhecidas do MF. Na prossecução deste objectivo decidiu-se que o MF cotaria os itens da entrevista CANE-5 em dois momentos distintos: antes da consulta ('avaliador t0') e após a consulta ('avaliador t1').

A entrevista dos cuidadores não foi considerada neste estudo porque não está claro que, na avaliação de necessidades num contexto específico de MGF, seja vantajosa a sua aplicação (Walters et al., 2000).

A participação de todos os médicos da USFM envolvidos no estudo, durante as reuniões de preparação, permitiu a elaboração de um manual de instruções para resposta a todas as dúvidas que surgiram durante a fase de treino dos profissionais (ver apêndice 1).

2.3. Variáveis e Instrumentos

2.3.1. Variáveis demográficas

Idade, género, escolaridade, estado civil, conviventes na mesma casa e existência de cuidador.

2.3.2. Caracterização das necessidades

Percepção de necessidades pelo idoso e pelo avaliador, nas cinco áreas estudadas da entrevista CANE.

2.3.2.1. Camberwell Assessment of Need for Elderly people (CANE) - CANE-5

A descrição da entrevista CANE (Reynolds et al., 2000), (Fernandes et al., 2008), (Iliffe et al., 2004) é feita no capítulo 10, parte I.

Neste estudo utilizaram-se apenas cinco itens¹ da entrevista CANE: visão/audição/comunicação, mobilidade/quedas, continência de esfíncteres, memória e sofrimento psicológico. Escolheu-se esta versão reduzida (CANE-5) (anexo 1) porque avalia os principais condicionantes da funcionalidade (Stuck et al., 1999). Além disso, o estudo de Walters *et al.* (2000) realizado em CSP identificou um pequeno número de necessidades em alguns dos outros itens (e.g. 'sintomas psicóticos', 'comportamento'), provavelmente devido à baixa prevalência destes problemas na população que vive na comunidade.

Apenas foram utilizados os dados obtidos na 'secção I', na qual foi avaliada a existência de 'necessidade' numa área específica. A cotação desta secção foi aferida depois de coligida toda a informação obtida nas restantes secções do questionário (II a IV), uma vez que aquelas questões adicionais definem melhor a existência de uma 'necessidade' que requeira ajuda e se essa ajuda está a ser adequada e suficiente.

¹ Corresponde ao acrónimo SPICE (*Senses, Physical ability, Incontinence, Cognition e Emotional distress*) do estudo realizado por Iliffe *et al.* (2004) Neste estudo corresponde ao acrónimo CANE-5.

2.4. Exequibilidade da utilização da entrevista CANE-5 na consulta de MGF

A exequibilidade do processo de avaliação de necessidades foi aferida por meio de dados qualitativos e quantitativos, relativos às percepções dos médicos e dos pacientes sobre a utilização da entrevista CANE-5. Para este fim, foi entregue um questionário aos MF que aceitaram participar no estudo (objectivo 2). Seleccionaram-se seis pacientes, com recurso à função de aleatorização do SPSS®², para avaliar a sua percepção relativa à entrevista CANE-5 (objectivo 3). Estes pacientes foram contactados pelos respectivos MF para a marcação de entrevista individual, na semana a seguir à consulta. As entrevistas foram conduzidas por duas investigadoras, uma das quais qualificada neste tipo de metodologia.

Foram avaliadas: proporção de utentes avaliados, proporção dos itens da entrevista CANE-5 preenchidos, tempo para a aplicação da entrevista CANE-5 e presença de acompanhante durante a avaliação. A presença de acompanhante durante a avaliação foi registada porque no contexto da prática diária em MGF, os pacientes vêm muitas vezes acompanhados à consulta.

2.4.1. Questionário para os médicos

Foi criado um questionário para avaliar a percepção dos médicos face à aplicação da entrevista CANE-5. Consistiu em quatro questões com respostas alternativas e duas de resposta em texto livre (ver apêndice 2) para avaliar: reacção dos médicos face à aplicação da entrevista CANE-5, percepção dos médicos sobre a reacção dos pacientes à aplicação da entrevista CANE-5, utilidade para os médicos da informação obtida, intenção dos médicos em continuar a utilizar o questionário, vantagens e dificuldades sentidas na utilização da entrevista CANE-5.

2.4.2. Entrevista individual com os pacientes

Optou-se por uma metodologia de carácter qualitativo, para recolher e explorar as perspectivas dos pacientes e também para permitir a sua participação e envolvimento num processo de reflexão. Foi desenvolvido um guião semi-estruturado para a entrevista individual, com uma duração prevista de aproximadamente uma hora para a sua realização (ver apêndice 3). Com esta entrevista pretendeu-se explorar: a oportunidade conferida pela entrevista CANE-5 para falar de assuntos que nunca tinham sido abordados na consulta, o desconforto eventualmente sentido durante a entrevista CANE-5, a importância de falar sobre as áreas da entrevista CANE-5 e a disponibilidade para falar desses assuntos em consultas futuras.

² *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS® versão 21 para Mac

As entrevistas foram agendadas para a USFM ou para domicílio, de acordo com a preferência do paciente.

2.5. Plano de análise

2.5.1. Análise quantitativa

2.5.1.1. Entrevista CANE-5

A análise da informação foi feita com o programa SPSS® versão 21 para Mac.

A caracterização dos pacientes foi feita com a utilização de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e com médias e desvios padrão, se distribuição normal. Utilizaram-se percentis quando a distribuição não foi normal e para as variáveis contínuas.

Para testar a concordância entre as pontuações do 'paciente' e do 'técnico' e as pontuações do 'paciente' e do 'avaliador' aplicou-se o coeficiente kappa de Cohen.

A análise de consistência interna do questionário foi feita com o índice alfa de Cronbach.

Devido à pequena dimensão da amostra, foram aplicados testes não paramétricos. O teste de Mann-Whitney U foi utilizado para testar a relação dos resultados do 'avaliador' (necessidades cobertas e necessidades não cobertas) com o sexo e situação de vida (só vs acompanhado). A relação com o grupo etário (65-74 anos, 75-84 anos e ≥ 85 anos) foi estudada com o teste Kruskal-Wallis. Os níveis de significância utilizados na análise foram $\alpha=0.05$.

2.5.1.2. Questionário médicos

O questionário foi estruturado em torno de 4 categorias pré-definidas (percepção dos médicos, percepção dos utentes, utilidade e utilização futura). As respostas foram analisadas com a utilização de frequências absolutas.

2.5.2. Análise qualitativa

2.5.2.1. Questionário médicos

As respostas em texto livre do questionário aplicado aos médicos foram sujeitas a análise de conteúdo. Foram definidas duas categorias *a priori* (mais valias e dificuldades). Durante a análise das transcrições emergiram 11 sub-categorias e 12 indicadores. O critério de registo consistiu na referência a cada sub-categoria ou indicador na resposta de cada médico e não no número de vezes que os médicos as referiram. Salienta-se a oportunidade e a frequência da interpretação das respostas por parte das investigadoras como forma de assegurar o controlo temático. O sistema de classificação das sub-categorias respeitou o critério de proximidade do discurso dos pacientes sempre que

possível. A exaustividade e a exclusão recíproca de categorias de análise pautaram a análise promovendo a clareza do resultado.

2.5.2.2. Entrevista semi-estruturada aos pacientes

As entrevistas gravadas em audio foram transcritas na íntegra e segmentadas de acordo com os categorias definidas *a priori* (oportunidade, utilidade, dificuldade e aceitabilidade). Foi formada uma sub-categoria *a posteriori* sempre que se identificaram registos relevantes para tratamento desagregado. O critério de registo consistiu na referência a cada sub-categoria na entrevista de cada paciente e não no número de vezes que os pacientes as referiram. O sistema de classificação das sub-categorias respeitou o critério de proximidade do discurso dos pacientes sempre que possível. A exaustividade e a exclusão recíproca de categorias de análise pautaram a análise promovendo a clareza do resultado.

2.6. Aspectos éticos

Este estudo teve a aprovação da comissão de ética para a saúde da ARSLVT (ver anexo 2).

2.6.1. Consentimento informado

Como a avaliação pretendida com este estudo era do âmbito da avaliação clínica em MGF e tinha o objectivo de identificar apenas necessidades centradas no paciente, sem qualquer intervenção, foi dispensado o pedido de consentimento informado para utilização da entrevista CANE-5.

Foi pedido consentimento informado aos pacientes que participaram nas videograções para treino de cotação. Efectuou-se o pedido de consentimento informado aos participantes das entrevistas individuais, incluindo o registo audio das entrevistas (ver apêndice 4).

2.6.2. Confidencialidade

Os dados recolhidos com a entrevista CANE-5 foram codificados, não permitindo a identificação dos pacientes. Foi garantida a confidencialidade sobre os dados obtidos nas entrevistas individuais. Foi ainda garantida a destruição das audiograções imediatamente após a sua transcrição, bem como a destruição de todos os registos após a publicação do trabalho.

2.6.3. Relatório final e publicação dos resultados finais

Foi declarado que os dados obtidos seriam utilizados apenas no âmbito desta investigação e para efeitos de publicação científica.

3. Resultados

3.1. Caracterização da amostra

Cinquenta e um pacientes corresponderam aos critérios de inclusão no estudo (quadro 1).

Quadro 1. Caracterização dos pacientes da amostra (n=51)

Idade (anos)	
média (DP)	74.9 (7.3)
valor mínimo	65
valor máximo	89
Grupos etários n (%)	
65 - 84 anos	46 (90%)
85 ou mais anos	5 (10%)
Escolaridade (anos)	
mediana	4
percentil 25	4
percentil 75	11
valor mínimo	0
valor máximo	17
Género n (%)	
feminino	31 (61%)
masculino	20 (39%)
Estado civil n (%)	
solteiro(a)	1 (2%)
casado(a)	27 (53%)
divorciado(a)	4 (8%)
viúvo(a)	19 (37%)
Conviventes na mesma habitação n (%)	
vive só	15 (29%)
vive com companheiro(a)	28 (55%)
vive com familiares	8 (16%)
vive com outros	0 (0%)
Existência de cuidador n (%)	
Sim	6 (12%)
Não	45 (88%)

Todos os médicos de família da USFM participaram no estudo (n=11).

Foram seleccionados seis pacientes de forma aleatória para a entrevista individual. A caracterização dos pacientes que participaram na entrevista é mostrada no quadro 2. O paciente de 88 anos foi incapaz de responder às questões colocadas por compromisso cognitivo, pelo que se analisaram apenas as respostas dos restantes participantes. Três pacientes manifestaram vontade em estar acompanhados durante a entrevista.

Quadro 2. Caracterização dos pacientes que participaram na entrevista individual, presença de acompanhante e duração da entrevista (n=6)

sexo	idade (anos)	escolaridade (anos)	estado civil	convivente	cuidador	acompanhante	duração (min.)
F	69	6	casada	companheiro	não	não	11
F	82	4	casada	companheiro	não	sim (cônjuge)	13
F	84	0	casada	companheiro	não	sim (filha)	7
F	66	4	casada	companheiro	não	não	8
M	77	4	casado	companheiro	não	não	23
M	88	0	casado	companheira	sim	sim (cônjuge)	8

3.2. Caracterização das necessidades

Foram identificadas necessidades de cuidados em 38 (75%) pacientes, dos quais onze tinham necessidades não cobertas. Considerando o total da amostra, o número médio de necessidades por paciente foi: 0.3 necessidades não cobertas, 1.3 necessidades cobertas e 1.6 necessidades cobertas e não cobertas.

A comparação das frequências das necessidades identificadas, em cada área, pelos 51 pacientes e pelos profissionais de saúde encontra-se no quadro 3.

Quadro 3. Distribuição de resultados da entrevista CANE-5, por cada área de acordo com a avaliação de necessidades, na perspectiva do paciente e do avaliador (n=51)

variável	Necessidades cobertas			Necessidades não cobertas			Informação não disponível		
	P n (%)	At ₀ n (%)	At ₁ n (%)	P n (%)	At ₀ n (%)	At ₁ n (%)	P n (%)	At ₀ n (%)	At ₁ n (%)
Visão/audição/comunicação	24 (47%)	23 (45%)	24 (47%)	4 (8%)	4 (8%)	4 (8%)	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)
Mobilidade e quedas	12 (24%)	10 (20%)	10 (20%)	1 (2%)	1 (2%)	2 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Continência de esfíncteres	6 (12%)	4 (8%)	5 (10%)	4 (8%)	3 (6%)	3 (6%)	0 (0%)	4 (8%)	0 (0%)
Cognição	12 (24%)	14 (28%)	13 (26%)	3 (6%)	0 (0%)	2 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sofrimento psicológico	12 (24%)	13 (26%)	13 (26%)	5 (10%)	2 (4%)	5 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

P - paciente, At₀ - avaliador t₀ (avaliação prévia à consulta), At₁ - avaliador t₁ (avaliação posterior à consulta)

A área da visão/audição/comunicação foi aquela que registou maior número (47%) de necessidades cobertas, identificadas pelos pacientes e pelo avaliador. Os pacientes identificaram 17 necessidades não cobertas, tendo sido o sofrimento psicológico a mais frequente (10%), seguida da continência de esfíncteres (8%) e da visão/audição/comunicação (8%). Do total destas necessidades não cobertas, seis eram desconhecidas do MF (sentidos - 1, mobilidade e quedas - 1, cognição - 2 e sofrimento psicológico - 2).

As necessidades não cobertas mais frequentemente identificadas pelo avaliador foram o sofrimento psicológico (10%) seguido da visão/audição/comunicação (8%).

O MF considerou não possuir informação relativa à continência de esfíncteres em quatro (8%) pacientes e à visão/audição/comunicação em um (2%) paciente.

Foi calculado o coeficiente kappa de Cohen para avaliar a concordância entre as respostas dos pacientes e as do médico de referência, e as respostas do paciente e do avaliador (quadro 4).

Quadro 4. Coeficiente kappa de Cohen - paciente/avaliador t₀, paciente/avaliador t₁ e avaliador t₀/avaliador t₁

	visão/ audição/ comunicação	mobilidade e quedas	continência de esfincteres	cognição	sofrimento psicológico
paciente/avaliador t ₀	0.59	0.68	0.56	0.58	0.71
paciente/avaliador t ₁	0.79	0.79	0.87	0.95	0.88
avaliador t ₀ /avaliador t ₁	0.8	0.78	0.58	0.63	0.84

Verificou-se, de acordo com os critérios de Fleiss (citado por Reynolds et al., 2000), concordância razoável (k 0.4-0.59) nas áreas da visão/audição/comunicação, memória e continência, e concordância boa (k 0.60-0.74) nas restantes áreas, entre as respostas do paciente e as do avaliador t₀. A concordância entre o paciente e o avaliador t₁ foi excelente (k > 0.75) em todas as áreas avaliadas. A concordância das avaliações feitas pelo MF antes e depois da consulta ('avaliador t₀/avaliador t₁') foi razoável na área da continência de esfíncteres, boa na área da cognição e excelente nas restantes áreas.

A consistência interna foi analisada com o índice de α Cronbach. Os valores calculados foram 0.64 para o idoso, 0.61 para o técnico e 0.65 para o avaliador.

Não se verificou relação entre os resultados do 'avaliador t₁' (necessidades cobertas e necessidades não cobertas) e o sexo, situação de vida e grupo etário (apêndice 5).

3.3. Exequibilidade do processo estruturado de avaliação de necessidades

Os resultados da avaliação de exequibilidade da utilização da entrevista CANE-5 na consulta de MGF incluem dados quantitativos e qualitativos.

As variáveis de exequibilidade intrínsecas à utilização da entrevista CANE-5 na consulta de MGF são apresentados no quadro 5.

Quadro 5. Dados de exequibilidade da utilização da entrevista CANE-5 na consulta de MGF

Proporção de pacientes avaliados	51/51 (100%)
Número de itens do questionário não preenchidos	0
Tempo de aplicação do questionário	
mediana	9 minutos
média	8.8 minutos
percentil 25	5 minutos
percentil 75	11 minutos
valor mínimo	3 minutos
valor máximo	23 minutos
Presença de acompanhante na aplicação da entrevista CANE-5	
acompanhante não cuidador	9/51 (18%)
acompanhante cuidador	2/51 (4%)

A entrevista CANE-5 foi aplicada ao paciente, na presença de um acompanhante em 11 (22%) consultas.

3.3.1. Percepção dos médicos

Os onze médicos que participaram no estudo, completaram o questionário. As respostas às questões de resposta alternativa do questionário encontram-se nas figuras 1 a 4.

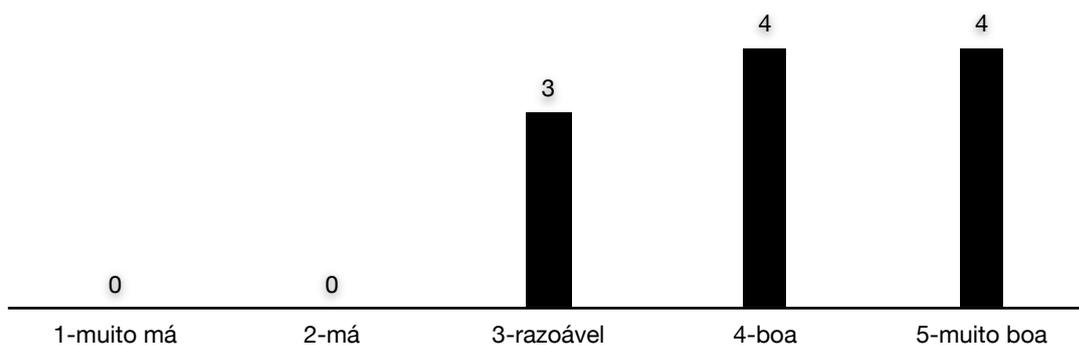


Figura 1. 'Como classifica a sua reacção face à aplicação da entrevista CANE-5?' (n=11)

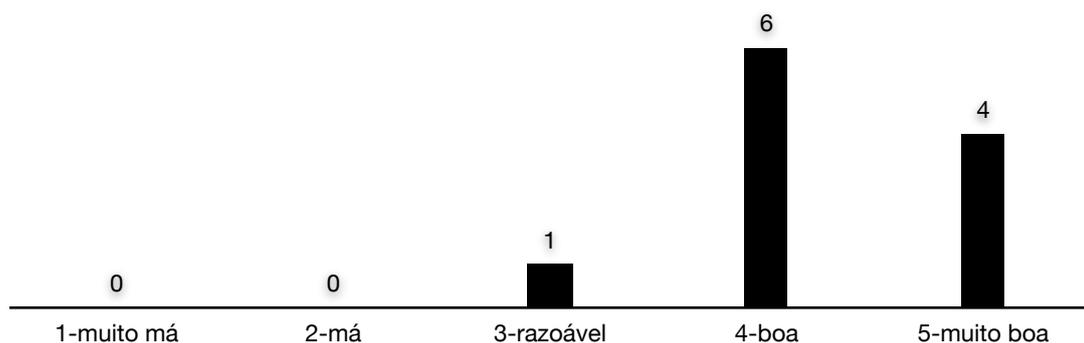


Figura 2. 'Como classifica a reacção dos utentes face à aplicação da entrevista CANE-5?' (n=11)

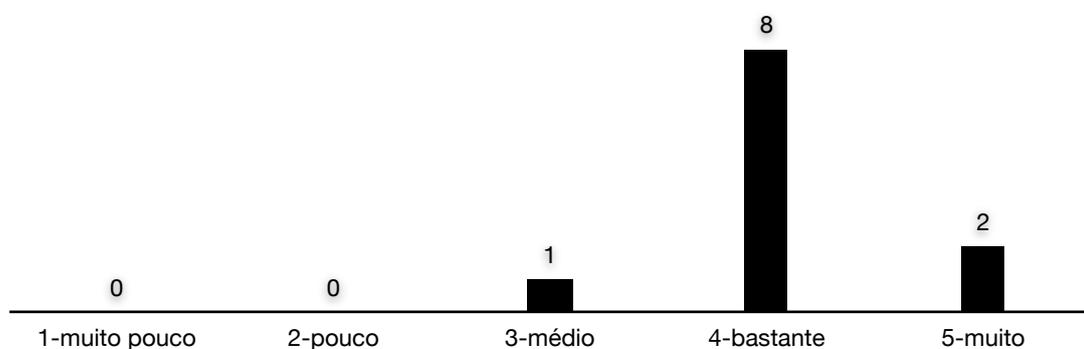


Figura 3. 'Em que medida achou útil a informação obtida com as respostas ao questionário CANE-5 para a prestação futura de melhores cuidados de saúde aos seus utentes?' (n=11)

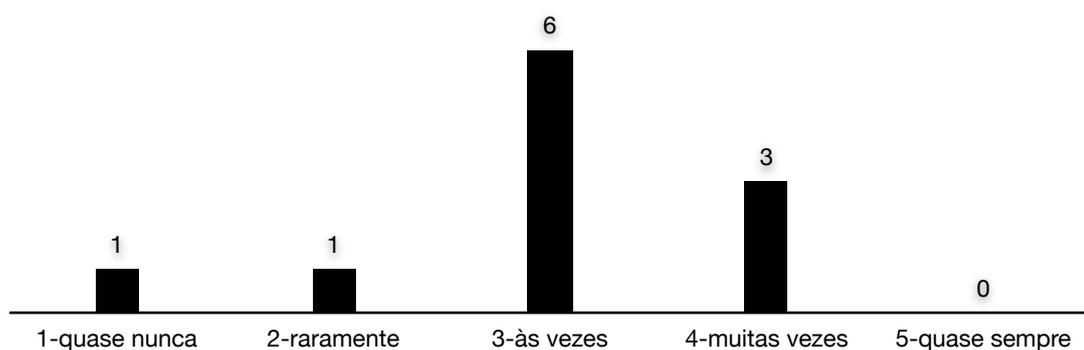


Figura 4. 'Com que frequência irá continuar a aplicar da entrevista CANE-5 na consulta de vigilância de saúde do idoso?' (n=11)

As respostas com pontuação igual ou superior a 4 perfizeram 70% (31) do total (n=44).

O resultado da análise das respostas à questão '**Quais foram as três principais mais-valias que sentiu com a aplicação da entrevista 'CANE-5' na sua consulta?**' encontra-se no quadro 6.

Quadro 6. Mais-valias identificadas pelos médicos sobre a utilização da entrevista CANE-5 (n=11)

Sub-categorias	Indicadores
aprofundar o conhecimento (n=10)	do médico acerca do paciente (e.g. apoios recebidos; ideias, preocupações e crenças; necessidades) do paciente acerca de si próprio (e.g. reconhecimento da existência de problemas) do médico sobre a heterogeneidade da população idosa dar voz ao paciente
abordar temas essenciais à saúde e bem-estar das pessoas idosas (n=8)	assuntos esquecidos assuntos pouco valorizados
promover uma abordagem ao paciente centrada na saúde/ funcionalidade e não apenas na existência de doença (n=3)	
abordar temas potencialmente sensíveis de um modo estruturado e bem aceite (n=2)	vivência do envelhecimento sentido da vida sexualidade
melhorar os cuidados prestados (n=2)	

No processo de análise emergiram cinco sub-categorias, das quais se destaca o ganho de conhecimento. Foi reconhecido que a aplicação do instrumento permitiu “dar voz”, através da escuta activa do paciente que pode expressar-se sobre os vários itens, com efeitos positivos no conhecimento do médico sobre o paciente.

“Ter consciência de que nem sempre as minhas percepções coincidem com a realidade do idoso.”

“Conhecimento do ponto de vista do doente.”

Esta entrevista também permitiu ao doente verbalizar situações que até à sua abordagem considerava normais.

A segunda mais-valia mais referida foi a possibilidade de abordar temas essenciais à saúde e bem estar das pessoas idosas.

“Avivar a necessidade e a utilidade de perguntar sistematicamente sobre os aspectos essenciais de saúde e bem-estar do idoso.”

“Abordagem preventiva de aspectos relacionados com o bem-estar do idoso, que habitualmente não faz parte da ‘agenda do médico’.”

A possibilidade de abordar problemas de saúde do ponto de vista das dificuldades ou necessidades sentidas, forneceu uma nova perspectiva na abordagem de problemas de saúde que difere da abordagem médica tradicional.

“Perceber a importância das dificuldades existentes e não apenas a existência de doença.”

Foi também referido que a entrevista CANE-5 permitiu falar de assuntos potencialmente sensíveis, de um modo estruturado e bem aceite.

“Permitiu-me abordar áreas não faladas espontaneamente, principalmente com os homens.”

A entrevista CANE-5, foi ainda considerada, uma ferramenta para a melhoria dos cuidados de saúde prestados a esta população.

O resultado da análise das respostas à questão **‘Quais foram as três principais dificuldades que sentiu com a aplicação da entrevista ‘CANE-5’ na sua consulta?’** encontra-se no quadro 7.

Quadro 7. Dificuldades identificadas pelos médicos sobre a utilização da entrevista CANE-5 (n=11)

Sub-categorias	Indicadores
tempo despendido na aplicação face à duração da consulta (n=11)	
pontuar o questionário(n=7)	estrutura do questionário no item ‘sentidos’ impede avaliação discriminada da audição, visão e comunicação conceitos subjacentes falta de treino
avaliar os 5 itens numa única consulta (n=3)	
compreender as respostas dos pacientes (n=2)	
entrevistar separadamente cuidador e paciente (n=1)	
falta de resposta médica para alguns problemas (n=1)	

No processo de análise emergiram seis sub-categorias, das quais se destaca o tempo gasto na consulta com a utilização da entrevista CANE-5 face à duração da consulta, que foi identificada por todos os médicos.

“Eleger o momento adequado para a aplicação do questionário, otimizando o tempo disponível para a consulta.”

A segunda dificuldade mais notada foi relativa ao sistema de pontuação do questionário, nomeadamente com a interpretação do conceito de ‘necessidade coberta’ e ‘necessidade não coberta’.

“A avaliação de uma necessidade ‘coberta’ e ‘não coberta’.”

Foi ainda sentida como uma dificuldade a escassez de resposta dos cuidados médicos para os problemas de audição e de incontinência urinária.

Foi sugerido por dois médicos que as cinco áreas fossem divididas pelas consultas ao longo do ano. Um médico sugeriu que esta avaliação também fosse feita nas consultas de enfermagem.

3.3.2. Percepção dos pacientes

Três pacientes tiveram dificuldade em expressar as suas ideias sobre os temas discutidos, no entanto foi possível obter a sua opinião de forma válida.

Na categoria 'utilidade' emergiram quatro sub-categorias, representadas na figura 5.

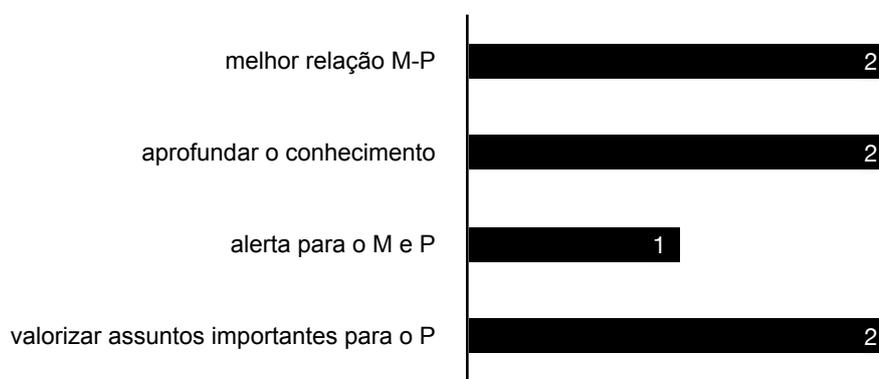


Figura 5. Caracterização da utilidade da entrevista CANE-5 na perspectiva dos pacientes (n=5)
M-médico, P-paciente

A utilização da entrevista CANE-5 pode melhorar a relação médico-paciente e melhora o conhecimento que o médico tem do paciente, bem como o auto-conhecimento do paciente.

“[é importante] porque ajuda na relação médico-doente.”

“[é importante] porque faz bem à gente. Vamos-nos lembrando de coisas em que nunca tínhamos pensado.”

Na percepção da utilidade, também foi referido que falar sobre os itens da entrevista CANE-5, serve para alertar o médico e o paciente.

“Acho que é importante porque serve de alerta para os dois [para o médico e para o paciente]. Acho que a consulta foi melhor, diferente das outras, porque serve de alerta, sobretudo a partir dos 60 anos.”

As áreas mais valorizadas pelos pacientes foram a visão e audição (1), a incontinência urinária (1) e a memória (1).

Para as categorias definidas *a priori* (oportunidade, dificuldade e aceitabilidade), não emergiram sub-categorias. Foi possível categorizar dicotomicamente as respostas a estas questões (quadro 8).

Quadro 8. Percepções dos pacientes relativas à oportunidade, dificuldade e aceitabilidade da utilização da entrevista CANE-5 na consulta de MGF (n=5)

categoria	sim	não
oportunidade (para falar sobre os cinco itens abordados na entrevista CANE, em consultas anteriores)	2	3
dificuldade (desconforto em falar sobre algum dos cinco itens abordados na entrevista CANE)	0	5
aceitabilidade (disponibilidade para responder aos cinco itens abordados na entrevista CANE, em consultas futuras)	5	0

Um paciente referiu nunca ter falado sobre estes temas com o seu médico, outros dois referiram que já tinham falado sobre alguns assuntos, mas não todos.

“Sim [já tinha tido oportunidade de falar sobre estes assuntos], mas senti que a consulta foi diferente porque a doutora perguntou coisas diferentes das outras consultas [visão].”

“Alguns dos temas nunca tinham sido falados. O [tema] que mais me custou foi a ‘tristeza / angústia’. Nunca foi falado em consulta. Agora é tarde demais. Tinha 16 anos quando tive o maior desgosto da minha vida. Fui encontrar a minha mãe morta. Metade da minha vida ficou ali. Era uma miúda bem-disposta. Os outros temas já tinham sido tratados com a médica.”

4. Discussão

Este estudo mostra que é exequível avaliar necessidades de cuidados em pessoas idosas, num contexto oportunístico em MGF. A entrevista CANE-5 foi bem aceite pelos médicos e pelos pacientes. Foi reconhecida, por ambos, a importância da avaliação de necessidades nas cinco áreas estudadas: visão/audição/comunicação, mobilidade/quedas, continência de esfíncteres, cognição e sofrimento psicológico. A principal dificuldade identificada pelos médicos, nesta avaliação, foi o tempo despendido na aplicação da entrevista CANE-5. Neste estudo foram identificadas necessidades em 38 (75%) pacientes. Do total das 83 necessidades identificadas pelos pacientes, 17 não estavam cobertas. O sofrimento psicológico foi a necessidade não coberta mais frequente (n=5). Foi calculada uma média de 1.6 necessidades por paciente, das quais em média 0.3 foram necessidades não cobertas.

Este estudo é o primeiro a avaliar a utilização da entrevista CANE-5 em CSP. Walters *et al.* (2000) estudaram a exequibilidade da utilização da entrevista CANE (24 itens) em CSP no Reino Unido e na altura identificaram a necessidade de desenvolver um instrumento menos extenso para poder ser utilizado no contexto da consulta do dia-a-dia. Iliffe *et al.* (2004) desenvolveram essa versão da entrevista CANE (CANE-5), mas surpreendentemente não existem estudos publicados sobre a sua utilização em CSP. Este estudo também é pioneiro na avaliação da exequibilidade de um processo de avaliação de necessidades nos CSP portugueses, envolvendo a perspectiva dos profissionais de saúde e dos pacientes.

Necessidades de cuidados

Como referido, a avaliação estruturada de necessidades de cuidados de pessoas idosas em CSP não tem sido estudada em Portugal. Tanto quanto é do nosso conhecimento, apenas no Reino Unido e na Holanda foram feitos estudos nesta área em CSP (Walters *et al.*, 2000), (Hoogendijk *et al.*, 2013). No entanto, existem diferenças importantes entre estes dois estudos e o nosso, das quais salientamos: a escolha de diferentes versões da entrevista CANE (24 itens (Walters *et al.*, 2000) e 13 itens (Hoogendijk *et al.*, 2013), a selecção de critérios de fragilidade para a escolha dos pacientes da amostra (score igual ou superior a 3 no questionário PRISMA-7¹) (Hoogendijk *et al.*, 2013), e o facto de as avaliações terem sido feitas no domicílio (Walters *et al.*, 2000), (Hoogendijk *et al.*, 2013).

¹ Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy

Para comparar os nossos resultados com os de Walters *et al.* (2000) consideramos apenas as necessidades identificadas por esses autores nas áreas da entrevista CANE-5, na perspectiva dos pacientes. No estudo de Walters *et al.* (2000), os pacientes identificaram necessidades em 72 (35%) dos 260 itens avaliados, que incluíam 42 (16%) necessidades não cobertas. No nosso estudo a frequência das necessidades identificadas foi semelhante (33%), mas com menor frequência (8%) de necessidades não cobertas.

Esta diferença pode ser explicada pela menor idade média da nossa amostra (75 anos vs 81 anos) e pela proporção de pacientes que vivem sós ter sido inferior no nosso estudo (29% vs 42%). Estes factores podem condicionar a prevalência de necessidades não cobertas porque esta parece aumentar com a idade (Hoogendijk *et al.*, 2013) e viver sozinho pode condicionar o acesso ao apoio de um cuidador informal.

Limitando-nos às cinco áreas da entrevista CANE-5 nos resultados de Walters *et al.* (2000), as três áreas de necessidades não cobertas mais frequentes (sofrimento psicológico, visão/audição/comunicação e continência de esfíncteres), coincidiram aparentemente com as que encontramos no nosso estudo. No entanto, no nosso estudo os pacientes identificaram um pequeno número ($n=17$) de necessidades não cobertas, distribuídas de forma semelhante pelos cinco itens avaliados - sofrimento psicológico ($n=5$), visão/audição/comunicação ($n=4$), continência de esfíncteres ($n=4$), mobilidade/quedas ($n=1$) e cognição ($n=3$) - o que condiciona a comparação deste resultado.

O grau de concordância entre as avaliações de necessidades feitas pelo paciente e pelo profissional responsável pode depender da perspectiva que têm sobre o conceito 'necessidade' ou do grau de conhecimento que o profissional responsável tem sobre o paciente (Walters *et al.*, 2000). O desenho do nosso estudo permitiu que o profissional responsável fosse simultaneamente o avaliador, fazendo a sua avaliação em dois momentos distintos: antes da consulta (t_0), recorrendo à informação disponível sobre o paciente e depois de avaliar a perspectiva do paciente com a entrevista CANE-5 (t_1). Assim pudemos assistir à melhoria do grau de concordância em todas as áreas ao comparar os coeficientes k entre paciente-avaliador t_0 e paciente-avaliador t_1 . Estes dados não existem noutros estudos porque a concordância entre paciente e avaliador não foi avaliada (Walters *et al.*, 2000), (Hancock, Reynolds, Woods, Thornicroft, & Orrell, 2003), (Hoogendijk *et al.*, 2013). A melhoria deste coeficiente aponta para que as diferenças de classificação entre o paciente e o avaliador t_0 resultem do grau de conhecimento que o último tem sobre o primeiro ao invés de ser determinado pela perspectiva individual sobre o conceito 'necessidade'.

A pontuação da entrevista previamente à realização da consulta, teve o objectivo de quantificar a nova informação que a entrevista CANE-5 podia fornecer sobre possíveis problemas de saúde desconhecidos do MF. A entrevista CANE-5 permitiu que o MF identificasse seis necessidades não cobertas desconhecidas até essa data. No entanto, a pequena dimensão da amostra e o pequeno número (n=17) de necessidades não cobertas condiciona a valorização destes resultados.

A escolha da entrevista CANE-5, que decorreu da necessidade de um instrumento para uso oportunístico, condicionou o acesso à informação na área social. No estudo de Walters *et al.* (2000) as áreas da entrevista CANE relativas ao alojamento e à companhia estiveram entre as seis necessidades não cobertas mais frequentes. A avaliação social é importante no contexto das pessoas idosas (World Health Organization, 2003) e está enquadrada no âmbito das competências do MF (Allen *et al.*, 2011). No entanto, a sua avaliação encontra-se condicionada pela evidência da efectividade de intervenções que reduzam o isolamento social das pessoas idosas ainda ser escassa (Findlay, 2003).

Exequibilidade

Foram entrevistados todos os pacientes que cumpriram os critérios de selecção (n=51) e foram preenchidos todos os itens da entrevista CANE-5 (n=255). O tempo de entrevista aos pacientes variou entre os três e os 23 minutos, com uma mediana de nove minutos.

Na análise quantitativa das três categorias pré-definidas do questionário dos médicos ('percepção dos médicos', 'percepção dos utentes' e 'utilidade'), 28 (85%) respostas revelaram 'boa/muito boa' reacção dos médicos e dos pacientes face à aplicação da entrevista CANE-5 e a informação obtida foi considerada 'bastante/muito útil'. A categoria 'utilização futura' foi a que obteve pior pontuação, no entanto apenas dois médicos referiram que 'quase nunca' ou 'raramente' iriam utilizar da entrevista CANE-5.

Do grupo das dificuldades identificadas pelos profissionais, a sub-categoria mais pontuada foi o tempo despendido na entrevista, face à duração total da consulta. A média do tempo gasto foi 8.8 minutos, que corresponde a cerca de metade do tempo de consulta disponível para cada paciente na USFM. Comparando o tempo gasto em média com a entrevista CANE (24 itens) no estudo de Walters *et al.* (2000), o tempo previsto para aplicar a entrevista CANE-5 seria em média, 4.6 minutos. Apesar de poder não existir uma proporcionalidade exacta, esta diferença pode estar relacionada com o facto de o avaliador ser o MF do paciente seleccionado. A relação de proximidade e a confiança que existe entre estes profissionais e os seus pacientes pode ter facilitado a

verbalização de outros assuntos com valor individual (e.g. sentido da vida, sexualidade), prolongando o tempo contabilizado na realização da entrevista.

Os médicos apontaram dificuldades na pontuação do questionário. Um dos aspectos referidos foi a impossibilidade em discriminar a avaliação da audição, visão e comunicação. Esta questão não foi colocada noutros estudos (Walters et al., 2000), (Walters et al., 2001), (Hoogendijk et al., 2013), porque a percepção dos profissionais não foi avaliada. Outra dificuldade apontada foi a falta de treino na aplicação do questionário, apesar de o treino dos profissionais neste estudo ter sido mais intensivo do que no estudo de Walters *et al.* (2000). A dificuldade na utilização do questionário pode ser justificada por os MF não estarem acostumados a utilizar instrumentos de avaliação formal na consulta, mas principalmente pela mudança de 'filosofia' na atitude clínica que o processo de avaliação de necessidades implica. A avaliação clínica 'clássica' inicia-se com o relato da sintomatologia do paciente, que pode ser vaga ou pouco clara, mas na maioria das áreas médicas, o médico tem ao seu dispor outras ferramentas (e.g. exame objectivo, exames complementares de diagnóstico) que o ajudam a definir a situação clínica e o conduzem ao diagnóstico. Na avaliação de necessidades não existem estas ferramentas mais objectivas, a decisão é determinada sobretudo pelo relato do doente.

A avaliação da perspectiva dos pacientes e dos médicos sobre o processo de avaliação de necessidades mostrou que a entrevista melhorou o conhecimento do médico sobre o paciente. Este resultado enquadra-se no conceito das necessidades não expressas, que incluem necessidades frequentemente atribuídas ao processo de envelhecimento, tanto pelos pacientes como pelos médicos (Tulloch & Moore, 1979), (Freer, 1985), (Reuben & Rosen, 2009). A desvalorização destas necessidades pode dificultar ou atrasar a sua resolução. Os médicos aperceberam-se que deram tempo aos pacientes para falar sobre aspectos essenciais da sua saúde e bem-estar. Os pacientes sentiram-se valorizados e aperceberam-se que falar sobre os temas da entrevista CANE-5 condiciona positivamente a relação entre o médico e o paciente.

A presença de um 'chaperone'² na consulta é provavelmente mais frequente em MGF do que em outras especialidades e por isso a investigação sobre a sua utilização tem sido feita quase exclusivamente em CSP (Gerada & Warner, 2005). A utilização do 'chaperone' em CSP tem sido alvo de debate e de alguma regulamentação no Reino Unido (Gerada & Warner, 2005). Genericamente considera-se boa prática permitir que os pacientes possam ter um 'chaperone' caso o desejem. Esta é a prática habitual na USFM pelo que decidimos não impedir a presença de acompanhante na consulta durante o

² pode ser um acompanhante do paciente ou outro profissional de saúde para além do médico que conduz a consulta

estudo. Assim, optámos por registar esta presença para poder caracterizar melhor o contexto da avaliação e porque pode ser um factor condicionante das respostas dadas pelo paciente. Em três estudos (Walters et al., 2000), (Smith & Orrell, 2007), (Hoogendijk et al., 2013) que usaram a entrevista CANE em CSP, apenas Walters *et al.* (2000) referem a presença de familiares ou amigos em 9 (17%) destas entrevistas, valor sobreponível ao nosso estudo (22%).

Limitações do estudo

Uma das principais limitações deste estudo é a falta de representatividade da amostra. A nossa amostra é não aleatória, de pequena dimensão e pertencente a uma única unidade de saúde. Apesar de esta amostra parecer típica de populações inscritas em unidades de saúde semelhantes, pertencentes a contextos urbanos do litoral do país, os resultados não são generalizáveis.

O local da realização da entrevista pode ter determinado um viés de selecção da nossa amostra porque os pacientes que têm capacidade em se deslocar à unidade de saúde são potencialmente mais funcionais. No estudo de Walters *et al.* apenas um paciente (2%) foi avaliado na unidade de saúde, enquanto os restantes foram entrevistados no domicílio.

Dado que a entrevista CANE-5 foi usada pela primeira vez em CSP em Portugal neste estudo, consideramos que a sua utilização futura carece de validação neste contexto, apesar de já ter sido aplicada em populações semelhantes, noutros países. (Walters et al., 2000), (Hoogendijk et al., 2013).

A triangulação de perspectivas (paciente, técnico e cuidador) é uma mais-valia identificada na utilização da entrevista CANE no contexto de investigação (Orrell & Hancock, 2004). Contudo a sua utilidade na prática clínica ainda não está comprovada (Walters et al., 2000). Por este motivo, optámos por não entrevistar os cuidadores. No entanto, em alguns casos teria sido útil conhecer a perspectiva do cuidador (e.g. quando houve discrepância na avaliação de necessidades não cobertas entre o médico e o paciente, n=6).

Nas entrevistas individuais, três pacientes tiveram dificuldade em expressar as suas ideias sobre os temas discutidos, o que pode ter sido devido à baixa escolaridade deste grupo. A pedido dos participantes foi consentida a presença do acompanhante em duas entrevistas o que também pode ter condicionado as respostas dos participantes.

Implicações futuras

Os resultados do nosso estudo apontam para a possibilidade de ser exequível implementar um processo estruturado de avaliação de necessidades para pessoas idosas na consulta de MGF. Não obstante, será ainda necessário validar adequadamente a entrevista CANE-5 neste contexto e replicar este estudo em outras unidades de CSP.

A triangulação de perspectivas é uma mais valia da entrevista CANE e ao mesmo tempo um factor condicionante da sua aplicação no contexto da consulta do dia-a-dia. A importância de conhecer a perspectiva do cuidador, no contexto dos CSP, poderá ser útil em pacientes seleccionados e deve ser avaliada em estudos futuros.

Já foi discutida a importância de explorar as necessidades não expressas neste grupo etário (Tulloch & Moore, 1979), (Freer, 1985), (Reuben & Rosen, 2009) e o nosso estudo indica que a entrevista CANE-5 pode ser uma forma de o fazer de um modo estruturado e bem aceite pelos profissionais e pelos pacientes. No entanto, são necessários estudos que avaliem as atitudes dos MF face à identificação das necessidades não cobertas. Deverão também ser avaliadas as respostas que os serviços de saúde oferecem para a satisfação destas necessidades de cuidados.

Os cinco itens da entrevista CANE utilizados neste estudo são factores condicionantes da funcionalidade das pessoas idosas (Stuck et al., 1999). Contudo, será importante demonstrar que a implementação da utilização da entrevista CANE-5, na avaliação clínica dos pacientes idosos, contribui de forma efectiva no delineamento de estratégias para a melhoria da funcionalidade destes pacientes.

4.1. Conclusões

Este estudo aponta para a exequibilidade da utilização da entrevista CANE-5 na prática clínica em CSP. Permite saber que as necessidades de cuidados (nas áreas estudadas nesta amostra) estavam, na sua maioria, cobertas. Deu, também, a conhecer necessidades não cobertas. A avaliação da perspectiva dos médicos sobre este processo de avaliação de necessidades mostrou que a entrevista contribuiu para um maior conhecimento do médico sobre o paciente. Por sua vez, os pacientes sentiram-se valorizados e referiram que falar sobre os temas da entrevista CANE-5 condicionou positivamente a sua relação com o médico. O tempo utilizado na aplicação da entrevista CANE-5 parece ter sido determinante das vantagens identificadas pelos médicos e pelos pacientes na utilização deste instrumento, mas foi simultaneamente a principal dificuldade identificada pelos médicos para a sua utilização futura.

As principais vantagens do processo de avaliação de necessidades que foram identificadas neste estudo, como por exemplo a facilitação da relação médico-doente, são componentes difíceis de medir, mas reflectem valores que são reconhecidos pela sociedade e que devem fazer parte da prestação de cuidados de saúde.

A utilização oportunística da entrevista CANE-5 em consultas de MGF não está explorada noutros contextos nacionais nem internacionais e seria importante testá-la numa amostra de maior dimensão e em outras unidades de saúde. Para além desta necessidade de replicação, a implementação duma avaliação estruturada de necessidades na consulta de MGF pode necessitar de estratégias facilitadoras, bem como de evidência sobre a sua utilidade em intervenções dirigidas à funcionalidade dos pacientes idosos.

Bibliografia

Administração Central dos Sistemas de Saúde. (2013). *Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários* (2nd ed., p. 171). Governo de Portugal, Ministério da Saúde.

Administração Central dos Sistemas de Saúde. (2012). Metodologia de contratualização - cuidados de saúde primários. (M. D. S.) [Www.Acss.Min-Saude.Pt](http://www.acss.min-saude.pt). Retrieved July 7, 2013, from http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14_Mar_2012_MetodologiaContratualizacaoCSP_2012.pdf

Aijänseppä, S., Notkola, I. L., Tjihuis, M., van Staveren, W., Kromhout, D., & Nissinen, A. (2005). Physical functioning in elderly Europeans: 10 year changes in the north and south: the HALE project. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(5), 413–419. doi:10.1136/jech.2004.026302

Allen, J., Gray, B., Crebolder, H., Heyman, J., Svab, I., & Ram, P. (2011). *The european definition of General Practice / Family Medicine*. (W. Europe) (pp. 1–33). Barcelona: WHO Europe.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.

Balsinha, M., & Gonçalves-Pereira, M. (2014). A avaliação do paciente idoso em Medicina Geral e Familiar: desafios e oportunidades. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30(3), 196–201.

Balsinha, M., & Marques, M. J. (2012). *A acessibilidade através do olhar dos mais velhos na freguesia de São Paulo*. (Manuscrito não publicado).

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (Eds.). (2010). *Successful Aging*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511665684

Blaxter, M. (2010). How is health defined? In M. Blaxter, *Health* (2nd ed.). Cambridge: The policy press.

Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 111–135). Lisboa: Climepsi Editores.

Bowling, A. (2005). *Ageing well: quality of life in old age*. Berkshire: Open University Press.

Bowling, A., & Iliffe, S. (2006). Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age and Ageing*, 35(6), 607–614. doi:10.1093/ageing/af1100

Brown, K., Boot, D., Groom, L., & Williams, E. I. (1997). Problems found in the over-75s by the annual health check. *British Journal of General Practice*, 47(414), 31–35.

- Burke, D. (2002). A geriatric evaluation and management programme prevented functional decline and reduced depression in high risk older adults. *Evidence-Based Mental Health*, 5(1), 9–9. doi: 10.1136/ebmh.5.1.9
- Copeland, J. R., Beekman, A., Braam, A. W., Dewey, M. E., Delespaul, P., Fuhrer, R., et al. (2004). Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry*, 3(1), 45.
- Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- European Commission. (2014). *A Good Life in Old Age? Monitoring and improving quality in long-term care*. OECD Publishing. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>
- European Commission. (2013). *Eurostat*. Retrieved January 8, 2013, from http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/main_tables
- Eurostat. (2013). Healthy life years and life expectancy at age 65. *Epp.Eurostat.Ec.Europa.Eu*. Retrieved April 27, 2014, from <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdph220&plugin=1>
- Eurostat. (2013). Proportion of population aged 65 and over. *Epp.Eurostat.Ec.Europa.Eu*. Retrieved April 27, 2014, from <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00028&plugin=1>
- Eurostat. (2013). Self-perceived health by sex, age and labour status. *Eurostat*. Retrieved April 27, 2014, from http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_01&lang=en
- Fernandes, A. (2007). Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia(UE15, 1991-2001). *Análise Social*, 42, 419–443.
- Fernandes, L., Gonçalves-Pereira, M., Leuschner, A., Martins, S., Sobral, M., Azevedo, L. F., et al. (2008). Validation study of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal. *International Psychogeriatrics*, 21(01), 94–102. doi:10.1017/S1041610208008041
- Fick, D. M., Cooper, J. W., Wade, W. E., Waller, J. L., Maclean, J. R., & Beers, M. H. (2003). Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Archives of Internal Medicine*, 163(22), 2716–2724. doi:10.1001/archinte.163.22.2716
- Findlay, R. A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing and Society*, 23(5), 647–658. doi:10.1017/S0144686X03001296
- Freer, C. B. (1985). Geriatric Screening: a Reappraisal of Preventive Strategies in the Care of the Elderly. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35, 288–290.
- Freer, C. B. (1987). Detecting hidden needs in the elderly: screening or case finding. *J R Coll Gen Pract*, 35, 26–29.

- Fries, J. F. (1980). Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303(3), 130–135.
- Futeran, S., & Draper, B. M. (2012). An examination of the needs of older patients with chronic mental illness in public mental health services. *Aging & Mental Health*, 16(3), 327–334. doi: 10.1080/13607863.2011.628978
- Gago, J.S. (1996). *Avaliação de necessidades em reabilitação psicossocial*. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa, Portugal
- Gerada, C., & Warner, L. (2005). *Guidance on the Role and Effective Use of Chaperones in Primary and Community Care settings* (pp. 1–18). National Health Service. London.
- Gonçalves-Pereira, M., Fernandes, L., Leuschner, A., Barreto, J., Falcão, D., Firmino, H., et al. (2007). Versão portuguesa do CANE: desenvolvimento e dados preliminares. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, 25, 7–18.
- Green, J., & Tones, K. (2012). Information needs. In *Health Promotion - Planning and strategies* (2nd ed., pp. 204–247). London: Sage Publications.
- Hancock, G. A., Reynolds, T., Woods, B., Thornicroft, G., & Orrell, M. (2003). The needs of older people with mental health problems according to the user, the carer, and the staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(9), 803–811. doi:10.1002/gps.924
- Harari, D., Iliffe, S., Kharicha, K., Egger, M., Gillmann, G., Renteln-Kruse, Von, W., et al. (2008). Promotion of health in older people: a randomised controlled trial of health risk appraisal in British general practice. *Age and Ageing*, 37(5), 565–571. doi:10.1093/ageing/afn150
- Heikkinen, E. (2003). *What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?* (pp. 1–17). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from <http://www.euro.who.int/document/E82970.pdf>
- Hendriksen, C., Lund, E., & Stromgard, E. (1984). Consequences of Assessment and Intervention Among Elderly People - a 3 Year Randomized Controlled Trial. *British Medical Journal*, 289(6457), 1522–1524.
- Hébert, R., Bravo, G., KornerBitsensky, N., & Voyer, L. (1996). Predictive validity of a postal questionnaire for screening community-dwelling elderly individuals at risk of functional decline. *Age and Ageing*, 25(2), 159–167.
- Hoogendijk, E. O., Muntinga, M. E., van Leeuwen, K. M., van der Horst, H. E., Deeg, D. J. H., Frijters, D. H. M., et al. (2013). Archives of Gerontology and Geriatrics. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58(1), 37–42. doi:10.1016/j.archger.2013.09.001
- Hooper, J., & Longworth, P. (2002). *Health Needs Assessment Workbook*. London: Health Development Agency.

Iliffe, S., Haines, A., Gallivan, S., Booroff, A., Goldenberg, E., & Morgan, P. (1991a). Assessment of elderly people in general practice.2. Functional abilities and medical problems. *British Journal of General Practice*, 41, 13–15.

Iliffe, S., Haines, A., Gallivan, S., Booroff, A., Goldenberg, E., & Morgan, P. (1991b). Assessment of Elderly People in General-Practice .1. Social Circumstances and Mental State. *British Journal of General Practice*, 41(342), 9–12.

Iliffe, S., Kharicha, K., Harari, D., Swift, C., & Stuck, A. E. (2005). Health risk appraisal for older people in general practice using an expert system: a pilot study. *Health and Social Care in the Community*, 13(1), 21–29. doi:10.1111/j.1365-2524.2005.00525.x

Iliffe, S., Lenihan, P., Orrell, M., Walters, K., Drennan, V., Tai, S. S., & team, S. R. (2004). The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice. *British Journal of General Practice*, 54(509), 914–918.

Instituto Nacional de Estatística. (2012, July 26). Censos 2011, resultados definitivos - Portugal. *Censos.Ine.Pt*. Retrieved January 8, 2013, from http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicador&contexto=ind&indOcorrCod=0006041&selTab=tab10

King, M. (2009). Falls. In J. Halter, J. Ouslander, M. Tinetti, S. Studenski, K. High, & S. Asthana, *Hazzard's - Geriatric Medicine and Gerontology* (6 ed., pp. 659–669). McGraw Hill.

Kirkwood, T. (2009). Genetics of Age-Dependent Human Disease. In J. Halter, J. Ouslander, M. Tinetti, & S. Studenski, *Hazzard's - Geriatric Medicine and Gerontology* (6 ed.). New York: McGraw Hill.

Lewis, J. S. (1997). Sense of Coherence and the Strengths Perspective with Older Persons. *Journal of Gerontological Social Work*, 26(3-4), 99–112. doi:10.1300/J083V26N03_08

Manton, K. G. (2008). Recent declines in chronic disability in the elderly U.S. population: risk factors and future dynamics. *Annual Review of Public Health*, 29, 91–113. doi:10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090812

Moraes, E. N. (2012). *Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceituais* (pp. 1–102). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800–808.

Nunes, B., Silva, R. D., Cruz, V. T., Roriz, J. M., Pais, J., & Silva, M. C. (2010). Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurology*, 10(1), 42. doi:10.1186/1471-2377-10-42

Orrell, M., & Hancock, G. (2004). *The Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE)*. London: Gaskell.

Ostwald, S., & Dyer, C. (2011). Fostering resilience, promoting health and preventing disease in older adults. In I. Stuart-Hamilton, *An introduction to gerontology* (pp. 48–86). Cambridge: Cambridge University Press.

Paúl, C. (2006). Psicologia do envelhecimento. In H. Firmino, *Psicogeriatría* (pp. 43–68). Coimbra: Almedina.

Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Whykes, T., et al. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*, 167, 589–595.

Philp, I. (1997). Can a medical and social assessment be combined? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90 Suppl 32, 11–13.

Portaria nº 300/2009 de 24 de Março. *Diário da República nº58/09 – 1ª série*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Reuben, D. B., Frank, J. C., Hirsch, S. H., McGuigan, K. A., & Maly, R. C. (1999). A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assessment coupled with an intervention to increase adherence to recommendations. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(3), 269–276.

Reuben, D., & Rosen, S. (2009). Principles of geriatric assessment. In J. Halter, J. Ouslander, M. Tinetti, S. Studenski, K. high, & S. Asthana, *Hazzard's - Geriatric Medicine and Gerontology* (6 ed.). New York: McGraw Hill.

Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., Woods, B., Hoe, J., Leese, M., & Orrell, M. (2000). Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*, 176, 444–452.

Saaddine, J., Benjamin, S., Pan, L., Narayan, K. V., Tierney, E., Kanjilal, S., & Geiss, L. (Eds.). (2004). *Centers for Disease Control and Prevention*. Retrieved December 14, 2013, from <http://www.cdc.gov/MMWR/preview/mmwrhtml/mm5345a3.htm>

Sha, S. H., Talaska, A. E., & Schacht, J. (2009). Age-related changes in the auditory system. In J. Halter, J. Ouslander, M. Tinetti, S. Studenski, K. high, & S. Asthana, *Hazzard's - Geriatric Medicine and Gerontology* (6 ed.). New York: McGraw Hill.

Silva, A. R. (2010, April 27). *EASYcare: adaptar à avaliação geriátrica multidimensional nos cuidados continuados*. (L. Sousa). Universidade de Aveiro.

Smith, F., & Orrell, M. (2007). Does the patient-centered approach help identify the needs of older people attending primary care? *Age and Ageing*, 36(6), 628–631.

Stuck, A. E., Kharicha, K., Dapp, U., Anders, J., Renteln-Kruse, Von, W., Meier-Baumgartner, H. P., et al. (2007). The PRO-AGE study: an international randomised controlled study of health risk appraisal for older persons based in general practice. *BMC Medical Research Methodology*, 7(2). doi:10.1186/1471-2288-7-2

Stuck, A. E., Walthert, J. M., Nikolaus, T., Bula, C. J., Hohmann, C., & Beck, J. C. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science & Medicine* (1982), 48(4), 445–469.

Tulloch, A. J., & Moore, V. (1979). A randomized controlled trial of geriatric screening and surveillance in general practice. *J R Coll Gen Pract*, 29(209), 733–740.

United Nations. (2012). *Population Ageing and Development 2012 (Wall Chart)*. United Nations Publications. Retrieved from http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/2012PopAgeingandDev_WallChart.pdf

Vaillant, G. E., & Mukamal, K. (2001). Successful Aging. *Am J Psychiatry*, 158, 839–847.

Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science & Medicine* (1982), 38(1), 1–14.

Vetter, N. J., Jones, D. A., & Victor, C. R. (1984). Effect of health visitors working with elderly patients in general practice: a randomised controlled trial. *Bmj*, 288, 369–372.

Walters, K., Iliffe, S., & Orrell, M. (2001). An exploration of help-seeking behaviour in older people with unmet needs. *Family Practice*, 18(3), 277–282.

Walters, K., Iliffe, S., Tai, S. S., & Orrell, M. (2000). Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: the Camberwell Assessment of Need for Elderly people in primary care. *Age and Ageing*, 29, 505–510.

Ward, K. T., & Reuben, D. B. (2012, October 3). Comprehensive geriatric assessment. Retrieved July 11, 2013, from http://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment?source=search_result&search=geriatric+assessment&selectedTitle=1%7E46

World Health Organization. (1999). *Ageing: Exploding the myths* (pp. 1–24). Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/who_hsc_ahc_99.1.pdf

World Health Organization. (2002). *Active Ageing - a policy framework*. (World Health Organization) (pp. 1–60). Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf

World Health Organization. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. (R. G. Wilkinson & M. G. Marmot) (2nd ed.). World Health Organization.

World Health Organization. (2004a). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (pp. 1–238). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

World Health Organization. (2004b). *Towards Age-friendly Primary Health Care*. (World Health Organization) (pp. 1–40). Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592184.pdf>

World Health Organization. (1986, November 21). The Ottawa charter for health promotion. *First International Conference on Health Promotion*. Ottawa.

World Health Organization - Europe. (2006). *Gaining health*. (Copenhagen) (pp. 1–28). World Health Organization. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76526/E89306.pdf

Wright, J., Williams, R., & Wilkinson, J. R. (1998). Health needs assessment: Development and importance of health needs assessment. *Bmj*, *316*(7140), 1310–1313. doi:10.1136/bmj.316.7140.1310

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Instruções a aplicação do questionário CANE - versão CANE-5	79
APÊNDICE 2 - Questionário para os médicos	80
APÊNDICE 3 - Guião de entrevista individual com os pacientes	81
APÊNDICE 4 - Modelo de consentimento informado	82
APÊNDICE 5 - Relação entre resultados do ‘avaliador (t1) ‘ (necessidades cobertas e necessidades não cobertas) e as variáveis sexo, situação de vida e grupo etário	83

APÊNDICE 1 - Instruções a aplicação do questionário CANE - versão CANE-5

Aplicar a um paciente com ≥ 65 anos, na 1ª consulta programada durante seis dias consecutivos de actividade assistencial, durante o mês de Janeiro.

Cronometrar e registar o tempo de aplicação do questionário, excluindo o preenchimento da folha de rosto.

O motivo da não aplicação do questionário ao paciente deve ser preenchido quando não foi possível aplicar o questionário ao paciente da 1ª consulta programada do dia. Deve seleccionar o paciente seguinte que corresponda aos critérios definidos.

A quadrícula da perspectiva do 'técnico' deve ser preenchida antes da consulta. A avaliação feita pelo 'avaliador' deve ser feita no final da consulta.

Os códigos dos questionários entregues devem ser anotados nesta folha, com os nomes dos pacientes, para ser possível a sua identificação no sorteio dos pacientes a entrevistar.

O avaliador deve informar o paciente de que poderá ser contactado posteriormente para uma entrevista sobre o estudo.

código do questionário	nome do paciente

APÊNDICE 2 - Questionário para os médicos

Este questionário tem como finalidade avaliar a exequibilidade de um processo de avaliação de necessidades em saúde das pessoas idosas em Medicina Geral e Familiar, utilizando cinco itens do questionário da 'Camberwell Assessment of Need for Elderly people - CANE-5'.

1 - Como classifica a sua reacção face à aplicação do questionário 'CANE-5'?

muito má	má	razoável	boa	muito boa
1	2	3	4	5

2 - Como classifica a reacção dos utentes face à aplicação do questionário 'CANE-5'?

muito má	má	razoável	boa	muito boa
1	2	3	4	5

3 - Em que medida achou útil a informação obtida com as respostas ao questionário 'CANE-5' para a prestação futura de melhores cuidados de saúde aos seus utentes?

muito pouco	pouco	médio	bastante	muito
1	2	3	4	5

4 - Com que frequência irá continuar a aplicar o questionário 'CANE-5' na consulta de vigilância de saúde do idoso?

quase nunca	raramente	às vezes	muitas vezes	quase sempre
1	2	3	4	5

5 - Quais foram as três principais mais-valias que sentiu com a aplicação do questionário 'CANE-5' na sua consulta?

6 - Quais foram as três principais dificuldades que sentiu com a aplicação do questionário 'CANE-5' na sua consulta?

APÊNDICE 3 - Guião de entrevista individual com os pacientes

Na última consulta com o seu médico de família, este pediu-lhe autorização para fazer algumas perguntas relacionadas com a sua saúde, nomeadamente sobre a sua visão, audição, memória, quedas, perda involuntária de urina e ainda sobre sentimentos de tristeza ou de nervosismo.

Já tinha tido oportunidade de falar sobre estes assuntos em consultas anteriores?

Qual foi o tema mais importante para si e porquê?

Alguma das questões colocadas deixou-o(a) desconfortável? Pode explicar melhor?

Foi importante para si ser questionado(a) sobre estes assuntos?

Estaria disponível para responder a estas questões no futuro, caso o seu médico as viesse a fazer por rotina ou de vez em quando?

APÊNDICE 4 - Modelo de consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

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

Estudo: Avaliação de necessidades das pessoas idosas em medicina geral e familiar: um estudo de exequibilidade

Este estudo é realizado na USF Marginal, no âmbito do mestrado “Saúde e Envelhecimento” da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

Este estudo poderá contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados às pessoas idosas. A sua participação nesta entrevista foi sorteada do total de utentes que participou no estudo. Esta entrevista será gravada (apenas o som) e serve para analisar a sua opinião sobre as perguntas que o seu médico de família lhe colocou na última consulta. Terá a duração máxima de uma hora. A qualquer momento poderá manifestar a sua vontade de desistir do estudo, com a anulação da respectiva participação. Esta gravação será destruída no prazo de um mês.

A deslocação que efectuou à Unidade para participar desta entrevista será suportada pela investigadora. A sua participação é voluntária e não existirão prejuízos nos cuidados clínicos a prestar nesta Unidade, caso não queira participar.

Este estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Os dados que fornecer são confidenciais e para uso exclusivo no presente estudo. A identificação dos participantes nunca será tornada pública.

Agradeço a sua participação.

Maria da Conceição Balsinha, Médica de Família, USF Marginal.

Assinatura:

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

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

Nome:

Assinatura:

... Data: /..... /.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

APÊNDICE 5 - Relação entre resultados do 'avaliador (t1)' (necessidades cobertas e necessidades não cobertas) e as variáveis sexo, situação de vida e grupo etário

Quadro 1. Relação entre resultados do 'avaliador (t1)' (necessidades cobertas e necessidades não cobertas) e as variáveis sexo e situação de vida, n=51

	Sexo			Situação de vida		
	feminino	masculino	p ^a	'só'	'acompanhado'	p ^a
Necessidades cobertas	1.29±1.19	1.25±1.21	0.92	1.2±1.15	1.3±1.22	0.87
Necessidades não cobertas	0.42±0.76	0.15±0.36	0.23	0.4±0.83	0.3±0.57	0.68

^a utilizou-se o teste de Mann-Whitney

Quadro 2. Relação entre resultados do 'avaliador (t1)' (necessidades cobertas e necessidades não cobertas) e as variáveis sexo e situação de vida, n=51

	Grupo etário			
	65-74 anos	75-84 anos	≥85 anos	p ^a
Necessidades cobertas	0.3±0.56	0.4±0.78	- ^b	0.44
Necessidades não cobertas	1.6±1.34	1.6±1.64	1.6±1.14	0.93

^a utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis

^b neste grupo etário o valor foi uma constante

ANEXOS

ANEXO 1 - <i>Camberwell Assessment of Need for the Elderly</i> - item 'mobilidade e quedas'	87
ANEXO 2 - Aprovação da comissão de ética para a saúde da ARSLVT	89

CANE

Camberwell Assessment of Need for the Elderly

(M. Orrell G. Hancock)

www.thecane.co.uk

Reynolds T, Thornicroft G, Woods B, Abas M, Hoe J, Leese M, Orrell M (2000) The development, validity and reliability of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly. *British Journal of Psychiatry*, 176, 444-452.

Orrell M, Hancock G (2004) Needs assessment in older people: the Camberwell Assessment of Need for the Elderly. Gaskell. London.

Tradução portuguesa da Versão IV (2004), grupo de Estudos do Envelhecimento Cerebral e Demências

Código _____ Data Nascimento _____ Idade _____ anos Sexo F M

Escolaridade _____ Estado Civil _____

Situação de vida: sozinho / com companheiro(a) / com outros parentes / com outros

A pessoa tem um cuidador? SIM / NÃO

Entrevistado	Data	Duração da entrevista	Local
Idoso			
Cuidador			

Médico de família:

Motivo para não aplicação do questionário

9. MOBILIDADE / QUEDAS - P -COTAÇÃO
idoso/cuidador/avaliador/técnico

I) A PESSOA TEM DIFICULDADES EM MOVIMENTAR-SE OU EM USAR OS TRANSPORTES PÚBLICOS ? CAI FREQUENTEMENTE ?

--	--	--	--

*Tem tido problemas em mover-se dentro de casa ? Acontece-lhe ter quedas com frequência ?
Tem tido problemas em usar os transportes públicos ?*

0 = SEM NECESSIDADE ex: fisicamente capaz e autónoma para mobilizar-se.
 1 = NECESSIDADE COBERTA ex: algumas dificuldades para andar, subir escadas ou usar transportes públicos, mas capaz de o fazer com ajuda (v.g. bengala, cadeira de rodas). Quedas ocasionais.
 2 = NECESSIDADE NÃO COBERTA ex: mobilidade muito limitada, mesmo com ajuda (andarilho, etc.); quedas frequentes; não dispõe de ajuda adequada.
 9 = INFORMAÇÃO NÃO DISPONÍVEL

SE PONTUAR '0' OU '9', SIGA PARA A QUESTÃO 10.

II) QUAL O APOIO QUE A PESSOA RECEBE DE FAMILIARES OU AMIGOS RELATIVAMENTE AOS PROBLEMAS DE MOBILIDADE ?

--	--	--	--

0 = NENHUM
 1 = AJUDA PEQUENA ex: ajuda ocasional com transportes; suporte.
 2 = AJUDA MODERADA ex: ajuda habitual com questões de mobilidade / transportes públicos; ajuda na organização de alterações dos acessos em casa.
 3 = AJUDA GRANDE ex: ajuda e supervisão diárias na mobilidade / deslocações.
 9 = INFORMAÇÃO NÃO DISPONÍVEL

III) QUAL O APOIO QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS DA ÁREA RELATIVAMENTE AOS PROBLEMAS DE MOBILIDADE ?

--	--	--	--

QUAL O APOIO DE QUE A PESSOA PRECISARIA, POR PARTE DOS SERVIÇOS DA ÁREA, PARA PROBLEMAS DE MOBILIDADE ?

--	--	--	--

0 = NENHUM
 1 = AJUDA PEQUENA ex: aconselhamento; fornecimento de um ou mais dispositivos (ou aparelhos).
 2 = AJUDA MODERADA ex: presentemente fazendo exames e/ou avaliações de fisioterapia/terapia ocupacional; transporte regular (v.g. para centro de dia) ou apoio ligeiro na mobilidade.
 3 = AJUDA GRANDE ex: alterações e remodelações completas em casa; aparelhos necessários são fornecidos; apoio substancial na maior parte dos dias; em lar devido aos problemas de mobilidade.
 9 = INFORMAÇÃO NÃO DISPONÍVEL

IV) ACHA QUE A PESSOA RECEBE A AJUDA ADEQUADA NO QUE RESPEITA A PROBLEMAS DE MOBILIDADE ?

--	--	--	--

(0 = NÃO; 1 = SIM; 9 = DESCONHECIDO)

DE MODO GERAL, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE LHE É DADA QUANTO A PROBLEMAS DE MOBILIDADE ?

--	--	--	--

(0 = NÃO SATISFEITA; 1 = SATISFEITA; 9 = DESCONHECIDO)

V) COMENTÁRIOS

--

MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA BALSINHA

curriculum vitae

Rua Vila Correia, nº21, bloco
B, 2º dto, 1400-074 Lisboa

T 913 893 965

mbalsinha@gmail.com

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL - ACTIVIDADE CLÍNICA

Médica de família, Unidade de Saúde Familiar Marginal, ACES Cascais - desde 2007

Médica de família, Centro de Saúde de Oeiras - 2005-2007

Médica de família, Centro de Saúde de Cascais - 2005

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL - ACTIVIDADE DOCENTE

Docente voluntária da Unidade Curricular de Introdução à Medicina, FCM-UNL, desde 2012

Orientadora de formação do Internato de Medicina Geral e Familiar da zona sul - desde 2009

Docente, Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches, Universidade Lusófona - 2005-2007

Tutora, Unidade de Medicina Geral e Familiar, FCM-UNL - desde 2005

HABILITAÇÕES

Curso pós-graduado de especialização em comunicação e relação médico-doente, FCM-UNL, 2010

Especialização em Medicina Geral e Familiar, Internato de Medicina Geral e Familiar da zona sul, 2005

Licenciatura em Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 1999

PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS

Projecto ACTIF Care - Access to Timely Formal Care - Acesso Atempado a Cuidados Formais na Demência (financiamento FCT - JPND-HC/0001/2012), com início em 2014. Investigador Responsável: Prof. Manuel Gonçalves Pereira.

PUBLICAÇÕES

Artigos em Revistas de Circulação Internacional com Arbitragem Científica

1. Pedro, L.M.; Pedro, M.M.; Gonçalves, I.; Carneiro, T.F.; Balsinha, C.; Fernandes e Fernandes, R.; Fernandes e Fernandes, J. Computer-assisted carotid plaque analysis: Characteristics of plaques associated with cerebrovascular symptoms and cerebral infarction. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2000;19:118-123

Artigos em Revistas de Nacionais com Arbitragem Científica

1. Pedro, L.M.; Pedro, M.M.; Fernandes e Fernandes, R.; Carneiro, T.F.; Balsinha, C. Gonçalves, I. Uma Janela para a Aterosclerose. A Ecografia de Alta Definição no Estudo da Parede Arterial. *Jornal das Ciências Médicas* 1997;161:37-61

2. Pedro, L.M.; Pedro, M.M.; Gonçalves, I.; Carneiro, T.F.; Balsinha, C.; Fernandes e Fernandes, R.; Fernandes e Fernandes, J. Placa de ateroma da bifurcação carotídea: como identificar a lesão “ativa. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 1999;18:699-708
3. Balsinha, C.; Gonçalves-Pereira, M. A avaliação do paciente idoso em Medicina Geral e Familiar: desafios e oportunidades. Aceite para publicação na Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2014.

COMUNICAÇÕES

Comunicações Orais por Convite

1. Balsinha, C. “A consulta de saúde do idoso em MGF” Congresso Internacional do Envelhecimento, Oeiras, 2012

Outras Comunicações Orais

1. Canhota, C.; Libório, T.; Balsinha, C.; Pereira, C.; Martins, C.; Santos, J. “Patient’s attitudes, beliefs and expectations throughout preventive activities”. 17a Conferência da Wonca mundial, Orlando, 2004
2. Balsinha, C.; Rodrigues, A. “Caracterização dos conhecimentos dos MF sobre as perturbações do comportamento alimentar” IX Jornadas do ICCGZS, Faro, 2004
3. Balsinha, C. “Saúde e a Sexualidade”, O Envelhecimento e a sexualidade, Associação de Estudantes da FCM-UNL, 2013
4. Balsinha, C. “Como queremos envelhecer” Acontece '13 - Encontro Nacional das USF, Lisboa, 2013

Comunicações em Painel (Poster)

1. Balsinha, C.; Canhota, C.; Morais, C. “Five years evolution on antimicrobials susceptibility of E. Coli isolated from patients with community-acquired UTI”, Wonca Europa Ljubljana, 2003

PRÉMIOS

“Prémio Pfizer – Jovens Investigadores” para o estudo “**Uma Janela para a Aterosclerose. A Ecografia de Alta Definição no Estudo da Parede Arterial**”, 1997

2º Prémio para comunicação oral - “**Como queremos envelhecer**” - Acontece '13 - Encontro Nacional das USF, Lisboa, 2013