



**Tiago André Pinto
Valente**

**Funcionalidade e Consumo de Cuidados de Saúde
Primários**



**Tiago André Pinto
Valente**

**Funcionalidade e Consumo de Cuidados de Saúde
Primários**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica do Prof.^a Dr.^a Anabela Gonçalves da Silva, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, e da Prof.^a Dr.^a Alexandra Isabel Cardador de Queirós, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

*“(...) Valeu a pena? Tudo vale a pena, Se a alma não é pequena (...)”
(Fernando Pessoa)*

o júri

presidente

Prof. Doutor Nelson Fernando Pacheco da Rocha
professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Licenciada Maria Fernanda de Jesus Loureiro
chefe de Serviço da Administração Central do Sistema de Saúde

Prof^ª. Doutora Anabela Gonçalves da Silva
professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Anabela Silva e à Professora Doutora Alexandra Queirós pelo apoio, dedicação e sobretudo paciência durante este percurso académico que culminou quer na conclusão desta dissertação, quer no crescimento deste Gerontólogo.

Aos meus pais pela oportunidade atribuída para o meu crescimento pessoal e profissional.

À família da Gerontologia pelo conjunto de boas experiências e memórias ao longo destes cinco anos. Pela motivação e apoio nos momentos mais difíceis desta vida académica e sobretudo pela ajuda que me permitiu chegar a este patamar académico. Um grande obrigado em especial ao Bruno Portelada, ao Guilherme Oliveira, à Cátia Rodrigues, à Catarina Oliveira e à Rita Freitas.

Um obrigado ao Sérgio Monteiro e à Filipa Martins por me mostrarem que os amigos aparecem quando mais precisamos e que os sonhos serão seguidos mais tarde ou mais cedo.

Por fim, à pessoa que me fez crescer e acreditar que estamos aqui para fazer alguém feliz e demonstrar que sonhos movem montanhas, apesar do que tudo e todos possam dizer, um grande obrigado por me tornares todos os dias numa pessoa melhor. Obrigado Sandra Santos.

palavras-chave

Funcionalidade; Consumo; Cuidados primários; Idosos; Consumo de cuidados de saúde;

resumo

Objectivos: A contínua expansão da população idosa e a elevada prevalência de múltiplas patologias estão associadas a uma maior utilização dos cuidados de saúde. As intervenções que visam a prevenção do declínio funcional são dispendiosas, sendo necessária a identificação de métodos que permitam sinalizar atempadamente os grupos de risco de maior declínio funcional. O objectivo deste estudo é caracterizar o tipo e a frequência de consumo auto-referido de cuidados de saúde a um grupo de utentes dos cuidados de saúde primário e identificar parâmetros da avaliação funcional que estejam associados a uma maior utilização de cuidados de saúde primários. **Métodos:** Realizou-se um estudo de natureza quantitativa descritiva-correlacional. Este estudo encontra-se dividido em duas partes, a primeira diz respeito à avaliação da funcionalidade e a segunda diz respeito à caracterização do consumo de cuidados de saúde. A caracterização do consumo de cuidados de saúde é relativa ao período aproximado de 1 ano após a avaliação funcional sendo criado um questionário e aplicado telefonicamente a utentes dos centros de saúde da região de Aveiro. **Resultados:** Na análise global, nenhum preditor da funcionalidade (duração da dor, frequência da dor, intensidade da dor, actividade física, performance, funcionalidade percebida e o número total de diagnósticos) parece estar associada ao consumo de CSP ($p > 0,05$). Na análise por serviço, verificou-se que existe uma associação significativa em particular a frequência da dor, a actividade física e o número de diagnósticos com o consumo de cuidados de saúde. **Conclusões:** Os resultados mostram que alguns dos aspetos do perfil funcional parecem estar associados ao consumo de cuidados de saúde primários, no entanto deve-se aprofundar o estudo da relação entre estes preditores e o consumo de cuidados de forma a agir de forma preventiva e na construção de perfil funcionais das populações.

keywords

Functionality; Consumption; Primary care; elderly; health consumption;

abstract

Objectives: The continuous expansion of the elderly population and the high prevalence of multiple pathologies are associated with greater use of health care. Interventions aimed at the prevention of functional decline are costly, requiring identification methods to signal timely risk groups with the highest decrease functional. The aim of this study is to characterize the type and frequency of self-reported consumption of health care to a group of users of primary health care and to identify the functional evaluation parameters that are associated with greater use of primary care. **Methods:** We conducted a study of quantitative descriptive correlational. This study is divided into two parts, the first concerns the evaluation of the functionality and the second relates to the characterization of the consumption of health care. The characterization of the consumption of health care is on the period of approximately 1 year after functional assessment. Was being created and applied a questionnaire by telephone to users of primary care health centers in the region of Aveiro. **Results:** In the overall analysis, self-report and performance-based measures of physical functionality (duration of pain, pain frequency, pain intensity, physical activity, performance, perceived functionality and the total number of diagnoses) appears not to be associated with consumption of primary health care services ($p > 0.05$). In the analysis for service, it was found that there is a significant association in particular the frequency of pain, physical activity and the number of diagnoses with the consumption of primary health care. **Conclusions:** The results show that some aspects of the functional profile appear to be associated with consumption of primary health care, however further study between the relationship of these predictors and consumption of primary health care services in order to act preventively and create a functional profile of the population.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. ENVELHECIMENTO, FUNCIONALIDADE E CONSUMO DE CUIDADOS DE SAÚDE.....	3
1.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	3
1.2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	4
1.2.1 Envelhecimento biológico.....	5
1.2.2 Envelhecimento psicológico	7
1.2.3 Envelhecimento social.....	10
1.3 FUNCIONALIDADE: AVALIAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS.....	11
1.4 FUNCIONALIDADE E CONSUMO DE CUIDADOS DE SAÚDE	14
1.4.1 Cuidados de saúde primários.....	21
2. MÉTODOS.....	23
2.1 INTRODUÇÃO	23
2.2 DESENHO DO ESTUDO	23
2.3 OBJECTIVOS.....	23
2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	24
2.5 AMOSTRA	24
2.6 PROCEDIMENTOS	25
2.7 ANÁLISE E TRATAMENTOS DE DADOS	27
3. RESULTADOS	29
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	29
3.2 CARACTERIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE	31
3.2.1 Dor.....	31
3.2.2 Funcionalidade percebida.....	31
3.2.3 Performance	33
3.2.4 Atividade Física.....	33
3.3 CARACTERIZAÇÃO CONSUMO	33
3.3.1 Consumo de CSP.....	33
3.3.2 Consumo de outros cuidados de saúde.....	36
3.3.3 Hospitalização	36

3.4 FUNCIONALIDADE E CONSUMO DE CUIDADOS DE SAÚDE	37
4. DISCUSSÃO	42
5. CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da Amostra.....	29
---------------------------------------	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Alterações fisiológicas do processo de envelhecimento	6
Tabela 2 - Alterações do funcionamento cognitivo com o envelhecimento.....	9
Tabela 3 - Estudos que relacionam funcionalidade e consumo.....	18
Tabela 4 - Caracterização dos participantes que aceitaram participar na avaliação do consumo de cuidados de saúde.....	25
Tabela 5 - Caracterização da amostra.....	30
Tabela 6 - Caracterização da dor	31
Tabela 7 - Caracterização da funcionalidade percebida	32
Tabela 8 - Consumo de cuidados em CSP.....	35
Tabela 9 - Frequência do consumo de cuidados de saúde fora dos CSP, por tipologia de serviços.....	36
Tabela 10 - Hospitalização: frequência, motivo e duração.	37
Tabela 11 - Relação entre os preditores de funcionalidade e número de serviços utilizados nos CSP	38
Tabela 12 - Relação entre os preditores de funcionalidade e os serviços de CSP mais utilizados	39
Tabela 13 - Relação entre os preditores de funcionalidade e o consumo de outros cuidados de saúde	40
Tabela 14 - Relação entre os preditores de funcionalidade e o consumo de CSP e outros serviços.....	41

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I - Questionário de consumo de cuidados de saúde **ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.**

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Informações sobre os instrumentos utilizados na avaliação da funcionalidade	53
ANEXO II – Folha de informações sobre o projeto	57
ANEXO III – Consentimento informado	60
ANEXO IV – Folha de informação demográfica e de saúde	61
ANEXO V – Short Physical Performance Battery	65
ANEXO VI – WHODAS 2.0	66
ANEXO VII - RAPA.....	68
ANEXO VIII – Escala de Depressão Geriátrica	69

Abreviaturas

ACES - Agrupamentos de Centro de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

INE – Instituto Nacional de Estatística

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPPB – Short Physical Performance Battery

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Funcional

WHODAS – World Health Organization Disability Assessment Schedule

INTRODUÇÃO

A inversão da pirâmide etária é um dos factores que desafiam a população mundial hoje em dia, assim como a capacidade de resposta dos diferentes serviços que compõem a nossa sociedade (Rechel et al. 2013). O processo de envelhecimento é uma parte intrínseca do ciclo de vida, acompanhada por declínios funcionais e cognitivos. É considerado um processo contínuo que afeta todas as pessoas de forma lenta e gradativa, provocando alterações biológicas e socio ambientais desde o seu nascimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é um conceito positivo, um recurso quotidiano que implica um estado completo de bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença e/ou enfermidade. Esta é uma preocupação essencial ao longo do ciclo vital e relativamente à pessoa idosa, a longevidade deve ser acompanhada com qualidade de vida, não se tratando de dar anos à vida mas sim, vida ao anos, criando oportunidades de participar ativamente na sua saúde e de forma segura.

A saúde funcional da pessoa idosa está associada à qualidade de vida, ao convívio social, à condição intelectual, ao estado emocional e às atitudes perante o indivíduo e o mundo. A capacidade funcional tem atraído atenção crescente, pois a incapacidade acarreta o aumento do número de doenças crónicas e as dificuldades para manter a autonomia durante a velhice, o que tem fortes implicações com a qualidade de vida. A falta de investimento na saúde, por parte do idoso pode estar relacionado com a contínua desvalorização social da velhice e a sua associação imediata à doença, como se nada pudesse repercutir positivamente ou amenizar as limitações que surgem com o avançar dos anos, traduzindo-se numa maior utilização de cuidados de saúde e conseqüentemente em gastos em saúde (Iecovich & Biderman 2013).

Certos estudos afirmam que, perante a avaliação da funcionalidade é possível identificar grupos de risco e assim, desenvolver mecanismos de prevenção. Estes, por sua vez permitirão a alocação de recursos e o enfoque em medidas preventivas nos cuidados de saúde primários e sinalizar atempadamente grupos de risco com declínio funcional (Studenski & Perera 2003). Os cuidados de saúde primários (CSP) têm um papel relevante junto das populações promovendo melhores resultados de saúde da população, maior equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados, menores custos, maior custo-

efetividade e maior satisfação sem afectar a qualidade de cuidados prestados (Biscaia et al. 2008).

O objectivo deste estudo é caracterizar o tipo e a frequência de consumo auto-referido de cuidados de saúde a um grupo de utentes dos cuidados de saúde primário e explorar a possível associação entre parâmetros da avaliação funcional que estejam associados a uma maior utilização de cuidados de saúde primários.

Esta dissertação é organizada por 6 capítulos: o presente capítulo, Introdução, onde se identifica a pertinência do estudo, os seus objectivos e a sua estrutura; o capítulo Envelhecimento, Funcionalidade e Consumo de Cuidados onde se faz uma revisão bibliográfica sobre os conceitos que se pretendem caracterizar e relacionar, nomeadamente o envelhecimento, a funcionalidade e o consumo de cuidados; o capítulo Metodologia onde são apresentados os métodos e os procedimentos utilizados para alcançar os objetivos propostos; o capítulo Apresentação de Resultados onde são apresentados os resultados obtidos no estudo efectuado; o capítulo Discussão de Resultados onde se analisa os resultados obtidos; e, por fim, ao capítulo Conclusão onde se faz uma breve conclusão.

1. ENVELHECIMENTO, FUNCIONALIDADE E CONSUMO DE CUIDADOS DE SAÚDE

1.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

Segundo OMS (2002) entre 1970 e 2025, o número de pessoas idosas irá aumentar dos 694 milhões atingindo cerca de 1.2 biliões com idade superior a 60 anos e, em 2050 é expectável 2 biliões de pessoas idosas dispersas pelos países em desenvolvimento. No espaço 11 anos estima-se que, apenas na União Europeia, existam mais de 87 milhões de pessoas com mais de 65 anos de idade, representando 17,4% do total da população mundial (União Europeia 2011). Perante estes dados o envelhecimento populacional pode trazer grandes preocupações, levando-nos a questionar quais serão as suas repercussões na evolução da sociedade, quais as suas repercussões na economia mundial e quais são as medidas que deveremos adoptar para um crescimento favorável das futuras gerações, em particular relacionadas com a sustentabilidade do sistema de saúde (Rechel et al. 2013).

No século XXI o conhecimento é o centro da atenção da sociedade moderna. Os avanços tecnológicos na saúde permitiram otimizar os meios de diagnóstico terapêutico, melhorar os cuidados de saúde e de suporte vital, permitindo o diagnóstico precoce de patologias e, contribuindo para a manutenção da qualidade da vida dos pacientes (García 2012).

Analisando a realidade portuguesa, é visível uma inversão da pirâmide etária. Entre 2001 e 2011 verifica-se que, a população residente em Portugal é de 10562178 milhões (INE 2012). Neste período, registou-se um abrandamento do crescimento populacional (2%), face à década passada (5%), e a população com mais de 69 anos cresceu 26%, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE 2012). Assistiu-se, ainda, a uma diminuição da base da pirâmide (população jovem) e a um alargamento do topo da pirâmide (população idosa). Sendo que a primeira recuou de 16% para 15% e a segunda aumentou de 16% para 19%, na última década. No seu conjunto estes dados indicam um agravamento do índice de envelhecimento, existindo 128 idosos por cada 100 jovens em Portugal.

O aumento da esperança média de vida, a diminuição da mortalidade e da natalidade são alguns dos factores que desafiam a população mundial hoje em dia assim como, a

capacidade dos serviços para dar resposta às exigências que se colocam com esta nova realidade (Rechel et al. 2013). No caso de Portugal face a situação populacional existente, o desequilíbrio é acentuado. O número de ativos é cada vez menor refletindo-se nas reformas, na prestação de serviços de saúde e nos apoios sociais. Tendencialmente os idosos usufruem mais dos serviços de saúde, o que por sua vez inflaciona os custos na prestação de cuidados e agrava a sustentabilidade da segurança social e do serviço nacional de saúde. Tendo em conta este agravamento, a componente curativa sobrepõem-se à componente preventiva, traduzindo-se na incapacidade de resposta quer dos serviços, quer dos profissionais na manutenção da qualidade de vida das populações (Mota-Pinto 2006).

O envelhecimento demográfico obriga os países desenvolvidos a repensar as políticas de sustentabilidade do sistema de saúde e apoio social. Esta estratégia de desenvolvimento de políticas sustentáveis implica um profundo conhecimento do processo de envelhecimento, de forma a melhor direcionar as medidas preventivas necessárias à sustentabilidade dos sistemas de saúde e apoio social.

1.2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento é um processo idiossincrático, inerente a cada indivíduo e é influenciado pelo contexto em que cada um se insere, como por exemplo a cultura ou hábitos sociais. Desta forma, o processo de envelhecimento varia de indivíduo para indivíduo, o que o torna único. O envelhecimento pode ser subdividido em envelhecimento biológico, envelhecimento psicológico e envelhecimento social (Bowling 2008; Berger & Mailloux-Poirier 1995; Freitas et al. 2006; Moraes et al. 2010; Trompieri & Fachine 2012).

Numa perspectiva cronológica, a idade a partir da qual se considera que uma pessoa é idosa é, geralmente, os 65 anos nos países desenvolvidos ou os 60 anos nos países em desenvolvimento (Freitas et al. 2006). Este critério cronológico não acompanha os aspectos biológicos dos indivíduos mas, deve-se à dificuldade em determinar e definir a idade biológica (Freitas et al. 2006). Esta diferenciação entre idade cronológica e idade biológica prende-se com a indefinição do início do processo de envelhecimento, o qual divide a comunidade científica. Por um lado defendem que o processo de envelhecimento se inicia a partir do momento que nascemos; por outro lado, admite-se que se inicia no período entre a terceira década de vida e a fase final de vida. Este tópico é discutido face à inexistência

de marcadores biofisiológicos eficazes e fiáveis de quantificar e descrever o processo de envelhecimento pelas diferentes etapas da vida de forma exata (Freitas et al. 2006).

1.2.1 Envelhecimento biológico

O envelhecimento é um processo natural e unidirecional. O processo biológico inerente a este paradigma traduz-se na incapacidade do indivíduo manter uma relação de homeostasia com o seu meio ambiente e na diminuição das suas funções vitais, resultando na falência multisistémica e por fim, na morte. No entanto, o envelhecimento biológico não pode ser quantificado de um modo geral, visto que nem todas as células, tecidos e órgãos têm o mesmo processo de diferenciação, ou seja, nem todos os sistemas do corpo humano envelhece a ritmos iguais (Freitas et al. 2006; Berger & Mailloux-Poirier 1995).

A dimensão biológica do envelhecimento está diretamente relacionada com as alterações visíveis do corpo humano, desde a diminuição da capacidade vital, à diminuição gradual da funcionalidade que se repercute numa maior dificuldade na realização das atividades de vida diária (AVD). É multifactorial, resultando de fatores internos e externos tais como, o clima, as radiações, as agressões físicas e psicológicas, a educação, a higiene, o estado nutricional, entre muitos outros. O acumular de todas estas agressões torna o indivíduo vulnerável ao longo do ciclo vital e denomina-se por envelhecimento biológico (Trompieri & Fachine 2012; Moraes et al. 2010; Berger & Mailloux-Poirier 1995). As principais alterações a nível biológico que ocorrem com o envelhecimento estão descritas na tabela 1.

Tabela 1 - Alterações fisiológicas do processo de envelhecimento
 (Adaptado de Mailoux-Poirier e Berger 1995; Moraes et al 2010; Trompieri & Fechine 2012)

Alterações fisiológicas do processo de envelhecimento					
Sistema músculo-esquelético	Sistema cardiovascular e Respiratório	Sistema Renal	Sistema Gastrointestinal	Sistema Nervoso	Sistema Endócrino
<ul style="list-style-type: none"> • Atrofia e perda de elasticidade tecidual; • Aumento do tecido gordo em relação ao tecido magro; • Diminuição de 25 a 30% da massa muscular (podendo atingir os 50%); • Diminuição da mobilidade de diversas articulações; 	<ul style="list-style-type: none"> • Calcificação valvular; • Diminuição de 40% do débito cardíaco (capacidade máxima); • Perda de elasticidade dos vasos e acumulação de depósitos nas paredes; • Aumento da resistência dos vasos periféricos. • Perda de capacidade de expansão pulmonar; • Diminuição de 50% da capacidade pulmonar; • Diminuição do consumo basal de oxigénio; • Atrofia e rigidez pulmonar; 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do número de nefrónios; • Diminuição da taxa de filtração glomerular, de filtração tubular, do fluxo sanguíneo renal e da “clearance” urinária; • Possibilidade de incontinência, primeiro nas mulheres e depois nos homens; • Micções mas frequentes e menos abundantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atrofia das glândulas salivares; • Perda do paladar; • Atrofia da mucosa gástrica e da secreção dos sucos digestivos (Ílpase); • Diminuição da secreção de ácido clorídrico (60%), da pepsina e do suco pancreático; • Diminuição do tónus e da motilidade gástrica gerando uma diminuição do esvaziamento gástrico e do peristaltismo; • Perturbações da absorção; 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do nº de unidades funcionais no cérebro, da condução nervosa e do tempo de reação; • Perda de eficiência dos proprioceptores; • Dificuldade no controlo da postura e equilíbrio e perda da motricidade fina; • Diminuição da capacidade da memória a curto prazo; • Diminuição das sensações tácteis e das que se relacionam com a pressão e temperatura; • Redução da acuidade visual, auditiva e da visão periférica; 	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbação no metabolismo da glucose em 70% dos idosos; • Abrandamento da utilização periférica da tiroxina; • Alterações menores do funcionamento corticossuprarenal; • Baixa do metabolismo basal; • Diminuição da taxa de estrogénio a partir dos 35 ou 45 anos.

1.2.2 Envelhecimento psicológico

O envelhecimento psicológico refere-se às alterações nos processos cognitivos e sensoriais que advém do processo de envelhecimento biológico. A investigação na psicologia do envelhecimento tem-se centrado em duas áreas distintas a personalidade e o funcionamento cognitivo. Neste último têm-se dado especial enfoque à inteligência, memória, aprendizagem e personalidade (Figueiredo 2007).

As alterações dos processos cognitivos e sensoriais raramente influenciam negativamente as pessoas idosas para o desempenho das suas vidas, contudo as perdas de papéis, as crises, situações de stress, doença, fadiga e outras situações do quotidiano diminuem gradativamente a capacidade de concentração das pessoas idosas (Trompieri & Fechine 2012; Berger & Mailloux-Poirier 1995).

Um dos processos cognitivos a sofrer alterações é a inteligência. Os primeiros estudos sobre a inteligência iniciaram-se no século XX, entre as décadas de 20 e 50, sugerindo que o declínio da inteligência se iniciava a partir do 20 ou 30 anos de idade. Após a década de 50, realizados por Raymond Cattel e John Horn citado em Figueiredo (2007) concluíram que o conceito de inteligência era mais abrangente. A avaliação da inteligência incide nas componentes da inteligência fluida e da inteligência cristalizada. A inteligência fluida congrega o conjunto de aprendizagens ao longo do ciclo de vida, o que nos capacita na resolução de novos problemas, à criação de novos conceitos e ao estabelecimento de novas relações (Cerqueira 2010). A inteligência cristalizada associa-se à experiência adquirida e também à memória. Segundo (Cerqueira 2010) permite ao indivíduo “perspectivar um problema num contexto mais abrangente, relacionando o pensamento com a emoção”. Em situações de doença severa a inteligência pode ser comprometida, levando a processos cognitivos irracionais e incoerentes.

Alguns estudos sugerem um declínio na aprendizagem com a idade, com especial enfoque a partir dos 70 anos, contudo os dados não são conclusivos Belkis, em 2001 citado por Cerqueira (2010). Em comparação com a população mais jovem, os idosos demoram mais tempo na assimilação de novo conhecimento ou na realização de tarefas. Mas sabe-se que esta capacidade está intrinsecamente ligada à motivação e personalidade de cada indivíduo.

Relativamente à memória esta conjuga-se com o tópico da aprendizagem. Segundo Schaie e Willis citado por Figueiredo (2007), a memória é perspectivada como um

processo que envolve três fases a codificação, o armazenamento e a recordação de informação. Existem três sistemas de memória a memória a curto prazo, a longo prazo e a memória sensorial. A memória a curto prazo compreende um período de retenção superior que a memória sensorial e, também prepara a informação para passar para a memória a longo prazo. Por fim, a memória a longo prazo é a que possui a maior capacidade de retenção de informação. No que toca a afectação destes sistemas na população idosa verifica-se que o há um declínio fisiológico na memória a curto prazo especialmente visível em patologias como a demência de Alzheimer (Figueiredo 2007; Cerqueira 2010).

Na tabela 2 estão resumidas as principais alterações associadas ao envelhecimento psicológico.

Tabela 2 - Alterações do funcionamento cognitivo com o envelhecimento

(Adaptado de Mailoux-Poirier e Berger 1995; Moraes et al 2010; Trompieri & Fechine 2012)

Inteligência	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição de inteligência fluida; • Manutenção ou melhoria da inteligência cristalizada; • Diminuição da capacidade de conceptualização; • Manutenção do vocabulário e do raciocínio verbal; • Manutenção dos conhecimentos adquiridos.
Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Assimilação mais lenta; • Baixa da motivação e aumento da fadiga; • Atenção excessiva aos estímulos não pertinentes; • Manutenção da capacidade de aprendizagem; • Dificuldades acrescidas na organização, armazenagem e utilização dos dados.
Manutenção ou melhoria das aptidões verbais	<ul style="list-style-type: none"> • Memória • Diminuição da memória a curto prazo (imediate); • Manutenção da memória a longo prazo (fixação); • Dificuldade em utilizar as informações armazenadas e organizá-las; • Baixa da memória visual e auditiva a curto prazo.
Resolução de problemas e criatividade	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em utilizar novas estratégias; • Pensamento mais concreto do que abstracto; • Maior prudência e rigidez; • Discriminação mais difícil entre os dados pertinentes e não pertinentes; • Maior redundância na colheita de informações; • Tendência para manter velhos hábitos; • Baixa da criatividade em certos domínios (ciências exactas)

1.2.3 Envelhecimento social

Por fim, temos o domínio do envelhecimento social. Este reflete da mudança de papéis sociais que ocorrem ao longo do tempo exigindo a cada indivíduo a capacidade de se ajustar ou adaptar (Sousa et al. 2004). Segundo (Figueiredo 2007) a velhice é caracterizada pela mudança de papéis e, pela perda de alguns deles, sendo mais evidente no momento da reforma.

A reforma marca a alteração de papéis sociais ativos e é vista como uma porta de acesso à velhice, porque o estatuto de reformado está associado à perda de importância social e de poder. O processo de reforma sujeita as pessoas a redefinir objectivos e energias para outras tarefas, outrora focalizadas maioritariamente no mundo profissional. Segundo (Sousa et al. 2004), esta mudança torna-se mais penosa nos indivíduos do sexo masculino, visto que, o foco principal era o trabalho e o “sustento” da casa. Já no sexo feminino o papel laboral e os laços pessoais associados cessam mas, por outro lado, mantêm-se o papel de donas de casa o que lhes garante o sentido de continuidade. No entanto, tudo leva a crer que este papel se vai diluir com o tempo, uma vez com a emancipação da mulher, esta vai ocupando um espaço cada vez mais importante no mundo do trabalho. Na alteração de papéis no processo de velhice há uma tentativa de aproximação daqueles que constituem a rede familiar mais próxima, principalmente entre pais e filhos e, entre casais dando valorização a aspectos como o cuidar.

Devido ao facto de haver um encurtamento da rede social, as relações existentes tendem a ficar fortalecidas contudo, nos casos de estes laços não existirem poderá haver situações de isolamento social e solidão. Deve-se salientar que o facto de se viver sozinho não significa que se está a em situação de solidão ou isolamento. Este distanciamento social, culmina numa perda de relacionamentos laborais e da participação na sociedade, o que provoca um aumento da fragilidade e um maior risco de inatividade social. As alterações biológicas e psicológicas à medida que o tempo avança modelam-se com os contextos onde as pessoas se inserem e da sua capacidade de se adaptar (Figueiredo 2007; Sousa et al. 2004).

O processo de envelhecimento, seja biológico, psicológico ou social poderá implicar alterações na condição de saúde da pessoa idosa com maior ou menor impacto ao nível da sua funcionalidade.

1.3 FUNCIONALIDADE: AVALIAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS

Durante a última década, a definição de funcionalidade tem vindo a evoluir de modelos biomédicos e sociais para modelos biopsicossociais, com ênfase na dinâmica entre a condição de saúde e os factores intrínsecos e extrínsecos que afectam o indivíduo no seu quotidiano (Garin et al. 2010). O termo funcionalidade engloba todas as funções e estruturas do corpo, atividades e participação, tornando-se assim, um indicador dos aspectos positivos ou facilitadores da interação entre um indivíduo (com um condição de saúde) e os seus factores contextuais (Fontes et al. 2010).

De forma a facilitar um consenso universal a OMS desenvolveu a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que se traduz num modelo de classificação biopsicossocial, sendo passível de ser aplicada a todas as pessoas em qualquer situação de saúde (Garin et al. 2010; Sampaio & Luz 2009). Nesta classificação constituída por vários componentes e categorias, pessoas com a mesma condição de saúde podem ter diferentes níveis de funcionalidade.

A avaliação funcional permite caracterizar o impacto da condição de saúde nas suas diferentes vertentes, a física, a mental, a emocional e a social. A funcionalidade física está associada ao desempenho do aparelho locomotor, e incluiu a realização das AVD e todas as outras que geram movimento; a funcionalidade mental foca-se no desempenho sensorial e cognitivo através da comunicação, compreensão e assimilação de nova informação, concentração e orientação; A funcionalidade emocional relaciona o aspeto psicológico com o funcionamento do indivíduo no seu meio e inclui os estados emocionais, sentimentos, comportamento, identidade e autoconceito; Por fim, a funcionalidade social relaciona o estado psíquico do indivíduo com o meio onde este se insere, as influências culturais, estilos de vida, recursos sociais e económicos (Sampaio & Luz 2009; Pestana 2012).

Segundo Auyeung et al. (2008) as diferentes componentes da funcionalidade são interdependentes. Por exemplo, um compromisso cognitivo também pode ser detectado com base nos testes de performance física, sendo que esta relação pode ser bidirecional. A diminuição funcional quer física, quer psicológica vai ter repercussões no domínio social, nomeadamente da diminuição da rede social e nos laços estabelecidos pelos indivíduos.

A avaliação da funcionalidade, bem como dos factores a ela associados é de extrema importância nos idosos para determinar as implicações das condições de saúde no seu dia-a-dia. As dificuldades na mobilidade, ou em última instância, a ausência de mobilidade constituem os factores mais importantes associados aos défices funcionais. Todos os dias realizamos tarefas essenciais à nossa dinâmica humana, desde levantar da cama ou conduzir um carro. Com o envelhecimento, algumas destas tarefas tornam-se mais difíceis de executar ou requerem mais tempo. A dificuldade ou ausência de mobilidade, em particular alterações na marcha, as quais refletem alterações resultantes de diversas patologias estão associadas a maior fragilidade e consequentemente a situações de dependência (Halter et al. 2009; Fried et al. 2001; Boyd et al. 2005).

A dor, como quinto sinal vital, constitui um outro elemento essencial na avaliação dos idosos no contexto da funcionalidade (Azevedo et al. 2013) e é o principal sintoma associado a um elevado número de patologias que afectam os idosos (Azevedo et al. 2012). Os estudos mostram que a prevalência de dor, em particular dor generalizada é elevada nas pessoas idosas (Azevedo et al. 2012; Miranda et al. 2010; Macedo et al. 2008). Com o avançar da idade existe uma deterioração da eficácia dos mecanismos inibitórios da dor (Moraes et al. 2010). A presença de dor diminui as performances durante os testes de performance física e está também, associada a episódios traumáticos (ex: queda), dos quais resultam geralmente numa diminuição da funcionalidade (Lopes et al. 2013; Ekström & Elmståhl 2006). Alguns estudos demonstram ainda que, a dor, mais especificamente a intensidade da dor afecta a qualidade de vida das pessoas idosas e influencia negativamente o seu quotidiano, quer na execução das AVD, quer na incapacidade de fazer exercício físico (Silva et al. 2013; Kwak et al. 2012). O controlo ineficaz da dor pode originar sintomatologia depressiva. Segundo Azevedo et al. (2012) indivíduos com um controlo ineficaz da dor têm menores índices de funcionalidade e apresentam mais sintomas de ansiedade e de depressão.

A atividade física regular também é importante para um envelhecimento saudável contribuindo para melhorar e manter a qualidade de vida e a independência e, desempenha um papel importante como fator de prevenção de doenças crónicas. Para além dos benefícios relacionados com a prevenção de doenças, a atividade física nas pessoas idosas melhora o seu equilíbrio, a força muscular, a coordenação, a flexibilidade, a resistência, o controlo motor, as funções cognitivas e a saúde mental aumentando a probabilidade de se

manter independente por mais tempo. A falta de exercício físico ou mesmo a inatividade generalizada contribui para a origem de novas patologias e conseqüentemente para a diminuição de funcionalidade (DGS 2004; Silva et al. 2013; Reis & Torres 2010; Trella et al. 2008).

Alguns factores como a idade, as doenças, o sedentarismo parecem estar associados a uma menor funcionalidade. Com o aumento da idade, aumenta também o grau de dificuldade na realização de atividades físicas, sociais e intelectuais e, apesar dos estudos não serem conclusivos, os indivíduos do sexo feminino parecem ter mais limitações funcionais do que o sexo masculino (Nunes et al. 2009; Fiedler & Peres 2008). Outros determinantes de incapacidade são as doenças cuja prevalência é mais elevada nos idosos, como a artrite, a diabetes, a bronquite, a hipertensão, a insuficiência cardíaca, renal e doenças do foro mental, entre outras, aparecendo, muitas vezes, num quadro de comorbilidade (Alves et al. 2010).

No que diz respeito à avaliação da funcionalidade, esta pode ser realizada através de questionários que avaliam a percepção que a pessoa tem da sua capacidade para realizar as AVD (dificuldades em executar um determinado movimento, restrições ou necessidade de assistência por parte de outra pessoa); ou através da realização de atividades específicas como testes de força, equilíbrio ou executar tarefas específicas em que geralmente se avalia se a pessoa consegue ou não fazer o teste e o tempo que demora a executá-lo, num ambiente controlado - testes de performance (Latham et al. 2008). Como já foi referido, os estudos mostram que os testes de performance como por exemplo, a velocidade da marcha, o tempo necessário para levantar e sentar de uma cadeira, a força de preensão e o equilíbrio são fortes preditores de declínio funcional.

Um exemplo de uma medida de autorrelato é o World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). Este instrumento foi criado com base na CIF e avalia a auto-percepção que o indivíduo tem da sua funcionalidade em 6 domínios (comunicação, movimentar-se, interação com os outros, AVD (casa/trabalho) e participação da sociedade (Üstün et al. 2010; Moreira 2011). A Short Physical Performance Battery (SPPB) é um exemplo de uma bateria de testes de performance que inclui 3 testes (equilíbrio, marcha e levantar-sentar de uma cadeira) (Guralnik et al. 1994).

Como referido anteriormente, o processo de envelhecimento traz uma série de limitações e incapacidades que podem levar a um maior consumo de cuidados. Interessa

por isso perceber se a avaliação da funcionalidade pode ser utilizada como indicador de consumo e assim, permitir medidas preventivas e de promoção da saúde capazes de evitar uma maior incapacidade dos idosos.

1.4 FUNCIONALIDADE E CONSUMO DE CUIDADOS DE SAÚDE

O contínuo aumento da população idosa e a elevada prevalência de múltiplas patologias estão associadas a uma maior utilização dos cuidados de saúde, do aumento dos custos em saúde e da sobrecarga de diferentes especialidades (Iecovich & Biderman 2013). As pessoas idosas com maior declínio funcional apresentam maiores taxas de morbidade, mortalidade, menor qualidade de vida e maior isolamento social e depressão comparativamente aos idosos com bons índices de funcionalidade (Gill et al. 2006). As intervenções que visam a prevenção do declínio funcional são dispendiosas, sendo necessária a identificação de métodos que permitam sinalizar atempadamente os grupos de maior risco de declínio funcional (Studenski & Perera 2003).

Os cuidados primários devem ter um papel preponderante na identificação dos grupos de risco. O acompanhamento pelos diferentes profissionais permitirá uma diminuição das taxas de admissão nos serviços de urgência e, conseqüentemente numa diminuição dos gastos em saúde (Gunther & Taub 2013).

A conjectura atual de crise económica e financeira pode influenciar o consumo direto de cuidados. Analisando o aspecto económico podemos especular que, esta situação poderá aumentar o consumo de cuidados (a população possui menos rendimentos e começa a ter piores estilos de vida, piorando a sua condição de saúde) ou diminuí-lo (quer pelo aumento das taxas moderadoras ou pelas reformas do estado influenciando, os profissionais de saúde para a prestação e diminuição de efetivos nos CSP ou outros serviços de saúde) (Observatório Português dos Sistemas de Saúde 2013).

O modo como os serviços de saúde se encontram organizados e difundidos, assim como os valores culturais de uma comunidade, os seus níveis de escolaridade e vulnerabilidade social, podem determinar o consumo de cuidados (Barata 2006; Zucchi et al. 2000). Segundo Santana (2000), o racionamento e a equidade de cuidados são

atualmente deficitários. Observamos populações com grande carência de serviços de saúde que não são abrangidos.

Existe uma evidência clara na literatura que, a avaliação objectiva da funcionalidade física através de testes, como avaliação da força de prensão, a velocidade da marcha, o levantar e sentar de uma cadeira ou a capacidade de manter o equilíbrio podem ajudar a definir o perfil funcional de uma pessoa mas, também podem ser utilizados como indicadores futuros de saúde (Cooper et al. 2011). Por exemplo, Guralnik et al. (1996) verificou que, num período de 1 a 4 anos após a realização dos testes de performance física, os indivíduos com idade igual ou superior a 70 anos com pior performance apresentavam 4 a 5 vezes maior probabilidade de morrer comparativamente aos indivíduos da mesma faixa etária que não apresentavam dificuldades na performance. No estudo de Cesari et al. (2008) indivíduos que tiveram uma boa performance (1.8 ± 1.4 $p < 0.001$) no teste de levantar e sentar da cadeira tinham menos risco de morrer em relação àqueles que tiveram uma fraca performance (0.7 ± 1.1 $p < 0.001$). É da opinião destes autores, que perante os resultados obtidos, que os três domínios da SPPB poderão ser utilizados por diferentes estratos em pessoas idosas, ou seja, a adequação dos três sub-testes de forma mais favorável para idades diferentes. Neste caso o sub-teste levantar/sentar da cadeira mostrou-se mais expressivo em pessoas muito idosas.

Talvez o mais importante preditor da funcionalidade a longo prazo seja a velocidade da marcha. Mover pressupõe gerar e gastar energia com a ação combinada dos diferentes sistemas como o sistema circulatório, o sistema nervoso, o sistema respiratório e o musculoesquelético. A velocidade da marcha é um reflexo da vitalidade e interação complexa destes sistemas (Studenski et al. 2011). Numa revisão sistemática da literatura de Studenski et al. (2011), onde se reuniram 9 estudos que avaliaram a capacidade preditiva da velocidade da marcha concluiu-se que: esta pode efetivamente ajudar a identificar idosos com maior risco funcional, sendo capazes de sobreviver mais 5 a 10 anos, caso sejam identificados preventivamente e colocados em programas de intervenção; e são sugeridos por alguns autores que a velocidade da marcha superiores a 1,0m/s é indicativo de um envelhecimento saudável e para velocidades da marcha inferiores a 0,6m/s é indicativo de declínio funcional e de saúde. Este tipo de preditor pode ajudar na estratificações de grupos com diferentes níveis de risco e ajudando a formular intervenção

mais direcionadas num contexto de cuidados primários, quer na avaliação inicial feita pelos profissionais de saúde, quer para a avaliar a eficácia dos cuidados prestados.

A condição de saúde e o tipo e número de patologias associados constituem também, factores associados a um maior consumo de cuidados de saúde (Dunlop et al. 2003; Rosemann & Joos 2007; Collerton et al. 2012). Estes autores mostraram que apesar de as pessoas se deslocarem aos serviços de saúde por causa de apenas uma patologia, a maioria tem, pelo menos, mais uma patologia para além daquela que as levou a procurar os cuidados de saúde. A dor é outro fator relevante em termos de consumo de cuidados de saúde. É recorrente em episódios de dor, independentemente do grau de severidade, a prescrição de medicação. Sabemos que a dor intensa ou persistente em adultos mais velhos está associada a uma maior procura de cuidados de saúde e consequentemente ao aumento de custos em saúde (Dewar & Gregg 2009).

Utentes com patologia depressiva tendem a utilizar os serviços de saúde com mais frequência quer no número de consultas, testes laboratoriais e/ou custos em ambulatório (Press et al. 2012). Não devemos fazer uma associação direta entre depressão e consumo de cuidados de saúde visto que, no estudo de Press, Tandeter & Romem (2012) não se verificou correlação direta entre variáveis mas, possivelmente pode ser explicada em situação de co-morbilidade. A utilização de substâncias químicas de forma a promover o alívio da sintomatologia depressiva poder-se-á traduzir numa maior utilização dos serviços de saúde.

Factores pessoais como a idade ou o sexo também parecem estar associados ao consumo de cuidados de saúde. Nie et al. (2008), admite que a utilização dos serviços de saúde aumenta com a idade contudo não é clara se a morbilidade ou a qualidade de vida tem um impacto no consumo de cuidados de saúde. Também existe diferenças na utilização dos serviços entre homens e mulheres. Verificou-se que as mulheres, apesar de apresentarem menos sintomas que os homens, utilizam os serviços de saúde com maior frequência. Mesmo assim, a diferença pressupõe o número de doenças crónicas e os estilos de vida adoptados (Redondo-Sendino et al. 2006; Fernandez-Olano & Hidalgo 2006; Boer et al. 1997) referem que, a auto-percepção da saúde e o nível de instrução influenciam a utilização dos serviços de saúde.

O estudo realizado em território nacional de Quintal et al. (2012) com o objectivo de identificar os determinantes da utilização de cuidados de saúde verificou que, o local de

residência, o facto de viver só (mulheres/utilizadores ocasionais) e a educação tem impacto sobre a utilização de cuidados de saúde e também podem ser constituídas barreiras no acesso aos cuidados médicos. Esta afirmação sustenta, de certo modo, o que foi descrito anteriormente que, certos determinantes subjetivos influenciam o consumo de cuidados e a diferenciação entre géneros. A utilização dos serviços de saúde vai depender da conjugação de diversos factores, por um lado, os relacionados com estado de saúde inerente ao individuo, por outro pela disponibilidade de oferta de cuidados de saúde.

Da revisão da literatura feita por Cooper et al. (2011) que inclui estudos sobre todos os preditores falados anteriormente (velocidade da marcha, levantar-sentar da cadeira, equilíbrio, força de preensão) sabemos que, existe um grau de associação e relação com uma determinada patologia e no conseqüente agravamento do estado de saúde de alguns indivíduos. Apesar de esta temática necessitar de mais estudo, a delimitação de um perfil funcional pode servir como marcador de exposição a factores de risco, atuando para já, como um indicador subclínico com grande potencialidade. É da opinião destes autores que perante os resultados e conclusões obtidos nos diversos estudos, haja uma uniformização do conhecimento obtido e que este seja estudado de forma mais alargada, de forma a obtermos conclusões robustas e capazes de explicar as diversas associações entre preditores de funcionalidade.

Torna-se importante perceber o perfil funcional da população geriátrica e verificar se aquele interfere com um maior consumo dos cuidados de saúde primários. Se o perfil funcional pode ser utilizado como indicador de consumo de cuidados, então poderá ser possível identificar grupos de risco que necessitem de mais cuidados de saúde através de novas formas de rastreio e acompanhamento contínuo durante o ciclo vital. A tabela 3 pretende ilustrar algumas das revisões da literatura que mais evidenciam a relação entre funcionalidade e consumo de cuidados de saúde.

Tabela 3 - Estudos que relacionam funcionalidade e consumo

Autor	Amostra	Objectivo	Instrumentos	Resultados
(Studenski & Perera 2003)	N=487 (213 ♀ 274 ♂); (Idade, média±DP) =74,1±5,7 anos)	Verificar se a velocidade da marcha é preditor de declínio do estado de saúde, de hospitalização e declínio de funcionalidade em cuidados primários num período de 12 meses.	EPese battery GDS Gait speed SF-36 MMSE	Veteranos em piores condições de saúde que o grupo do HMO utilizaram os serviços de saúde mais vezes. Velocidade de marcha e a bateria EPese previu situações de internamento; 41% (n=21/51) marcha lenta (<0,6 m/s) foram hospitalizados pelo menos 1 vez em comparação dos 26% (n=70/266) de marcha intermédia (0,6-1,0m/s) e 11% (n=15/136) de marcha rápida (>1,0m/s).
(Press et al. 2012)	N=180 (106 ♀ 74 ♂) (Idade, média±DP): LCU=72,4±5,5; HCU=74,7±6,4;	Relação entre sintomatologia e utilização dos serviços de saúde pela população idosa.	GDS Índice de Barthel OARS instrument	A depressão é um dos responsáveis pelo aumento de consumo de cuidados de saúde. Dois grupos: 86 (47,7%) LCU(≤6 visitas) e 94 (52,2%) HCU(≥16 visitas); os resultados de HCU piores que o LCU; sintomas depressivos (5,6 vs 2,5 p<0,001), queixas de memória (57,5% vs 23,3% p<0,01), índice de barthel (89,9 vs 96,0 p<0,01), OARS (10,8 vs 12,5 p<0,01), CCI (2,2 vs 1,3 p<0,01).
(Santana 2000)	Revisão da literatura	Equidade nos serviços de saúde e padrões de utilização pela população idosa		Acesso desigual aos serviços de saúde. A utilização e consumo de cuidados de saúde têm influência do ponto de vista geográfico para diferentes classes de consumidores.
(Collerton et al. 2012)	N=816 Idade=> 85anos	Prevalência de quedas e o seu impacto nos serviços de saúde	Entrevista presencial Registo médico	Quedas em idosos associadas a morbilidade física e psicológica tem um grande impacto no consumo de cuidados de saúde. 38% (n=313/816) que sofreram uma queda nos últimos 12 meses: 10,6% (n=33/312) com factura; 30,1%(n=94/312) foram às urgências; 12,8% (n=40/312) internados em hospital. Existe falta de intervenção dos profissionais de saúde após internamento nas urgências e devido <i>follow-up</i> . Estima-se que o SNS britânico gaste em média £203 milhões devido à falta de medidas preventivas

Funcionalidade e Consumo

				para as quedas e por internamentos sucessivos pela mesma causa.
(Boer et al. 1997)		Identificar preditores de consumo de cuidados de saúde em doentes crónicos		A cronicidade da doença e o estado psicológico das pessoas são igualmente importantes no consumo de cuidados de saúde. Uma intervenção dirigida à depressão ou ao distress psicológico pode reduzir a utilização de cuidados de saúde.
(Fernandez-Olano & Hidalgo 2006)	N=787 Idade= >64 anos (Média 74,2 anos)	Determinar factores associados ao consumo de serviços de saúde	MMSE GDS DUKE-UNC Questionário sobre o consumo de cuidados e o estado de saúde	Factores subjetivos são influentes na utilização nos serviços de saúde e a auto-percepção negativa da saúde e o baixo nível educacional desempenham um papel chave no consumo de cuidados; Serviços de saúde foram utilizados 74,5% nos últimos 3 meses: 59,4% médicos de família, 18,4% enfermagem, 16,5% consultas de especialidade; consumo relacionado com a auto-percepção de saúde (OR=2,51) e nível educacional (OR=2,41).
(Martín-fernández et al. 2010)	N=451 (284♀ 167♂) Média=57,3 anos	Influência do HROL no consumo de cuidados de saúde primários.	Questionário de avaliação para as características individuais dos participantes e ambientais HRQL	A presença de uma doença crónica aumenta o consumo contudo o factor económico pode influenciar o nº de visitas por década; Média de utilização de 13 consultas/ano; com o aumento da idade aumento o nº de consultas 8%/por ano/por década; doenças crónicas e hospitalização aumenta por ano 51,9% e 26,5% respectivamente.
(Nie et al. 2008)	N=1,6 milhões (906661♀ 702037♂) >65 anos	Alteração do padrão de consumo de cuidados de saúde com a idade		A utilização dos serviços de saúde aumenta com a idade. Não é clara se a morbilidade ou a qualidade de vida tem um impacto no consumo de cuidados de saúde.
(Rosemann & Joos 2007)	N=1250 (674♀ 1021♂) (Idade, média±DP) =66,1±15,1 anos)	Consumo de cuidados de saúde em utentes com osteoartrite	PHQ-9 AIMS2-SF	Falta de sensibilidade em relação os factores psicológicos e o consumo de saúde. Falta de visão holística por parte dos médicos. Viver sozinho ($R^2=0,170$, $p<0,05$; nº de medicamentos prescritos $R^2=0,096$, $p<0,05$; o nº de sintomas $R^2=0,075$, $p<0,05$. Estas variáveis estão correlacionada com a variável depende (contacto com o médico de família) mostrando associação no consumo de cuidados de saúde.

Funcionalidade e Consumo

(Dunlop et al. 2003)	N=6230	Avaliação do consumo de cuidados de saúde durante 2 anos em utente com artrite e quais os efeitos em situações de co-morbilidade ou dificuldade financeira	AHEAD	Idosos com artrite consomem mais cuidados que aqueles que não têm. Existem também um grande défice financeiro e social por causa desta patologia e diferenças na utilização dos serviços de saúde.
(Redondo-Sendino et al. 2006)	N=3030 Idade >60 anos	Diferença do consumo de cuidados de saúde entre géneros.	HRQL	Diferença entre homens e mulheres no consumo de cuidados é o número de doenças crónicas. Menos frequentes o número de admissões entre as mulheres.
(Quintal et al. 2012)	N=15680; Dados provenientes dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1998/1999 e 2005/2006.	Identificar determinantes da utilização de cuidados de saúde por grupo etário e estimar o seu impacto		Factores como a residência, educação, estatuto profissional e viver só parece ter impacto sobre a utilização. Em utilizadores frequentes o consumo dos utilizadores não são significativos

(Legenda: HMO – Medicare Health Maintenance Organization; EPESE – Establish Populations for Epidemiology Studies of the Elderly; GDS – Geriatric Depression Scale; FS-36 – Short Form Health Survey; MMSE – Mini Mental State Examination; OARS – Older American Resources Service Programme; HCU – High Care Users; LCU – Low Care Users; CCI – Charlson Co-morbidity Index; OR – Odds Ratio; DUQUE-UNC – Functional Social Support Questionnaire; HRQL – Health Related Quality of Life; PHQ-9 – Patient Health Questionnaire Depression; AIMS2-SF – Arthritis Impact Questionnaire; AHEAD – Assess and Health Dinamic Survey Among the Olderst Old.)

Perante o paradigma atual que a sociedade portuguesa enfrenta torna-se vital adotar métodos e práticas de prevenção, despiste e diagnósticos viáveis de forma a evitar custos desnecessários ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os CSP como primeira linha de defesa no combate à doença e acompanhamento da comunidade têm sofrido algumas reestruturações em prol da melhoria do estado de saúde das mesmas, contudo existe ainda algum trabalho a desenvolver.

1.4.1 Cuidados de saúde primários

Segundo a OMS (1946) a saúde é “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não só ausência de doença*”. A saúde é um bem imprescindível que permite aos seres humanos desenvolverem ao máximo as suas potencialidades individuais e sociais. Os cuidados de saúde primários apresentam-se como um serviço de primeira linha contribuindo para a manutenção da saúde. São um serviço essencial e universalmente acessível a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, atuando nos principais problemas de saúde desta e difundindo ações de promoção da saúde, de prevenção, de cuidados curativos, de reabilitação ou de fim de vida. É um serviço enraizado na comunidade, autónomo e com participação ativa na sociedade, tirando partido dos recursos locais, nacionais e internacionais e desenvolvendo a capacidade participativa das comunidades (Biscaia et al. 2008).

É de realçar o papel pioneiro de Portugal no desenvolvimento e apoio às comunidades na área da saúde em território nacional. Desde os “postos de saúde” à criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) houve uma evolução gigante na forma como melhoramos, optimizamos e promovemos saúde. O período de 1971-1979 veio revolucionar a prestações de cuidados de saúde em Portugal. O Decreto-Lei nº 413/71, 27 de Setembro – Lei Orgânica do Ministério da Saúde, constitui um marco no “pré-SNS” e a criação dos “Centros de Saúde de 1ª geração”, que tinham por base os seguintes princípios (Biscaia et al. 2008):

- Reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado a responsabilidade de o assegurar;
- Políticas unitárias de saúde, da responsabilidade do ministério da Saúde;
- Integração de todas as atividades de saúde e assistência, a nível local e regional;
- Planeamento central e descentralização na execução.

Os centros de saúde têm um perfil de atuação prioritariamente ligado à prevenção e ao acompanhamento de alguns grupos de risco. O tratamento de doenças agudas ocupava uma fracção da sua atividade (Branco & Ramos 2001).

O ano de 1979 marca a constituição do SNS português. A cobertura dos CSP é alargada pelo território nacional, o sucesso da implementação dos cuidados de saúde primários em Portugal é claro e, com marcas evidentes nos ganhos em saúde. Por exemplo, comparam a evolução de Portugal com outros sete países da Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Económico (OCDE). A evolução, entre 1960 e 2002, de indicadores como a esperança de vida à nascença, as taxas de mortalidade infantil, neonatal e perinatal, ou os anos de vida potencial perdidos ilustram de forma clara os ganhos que se conseguiram alcançar neste período (Miguel & Sá 2010).

De acordo com OMS (2008) os cuidados de saúde tem como objectivos levar os cuidados para mais perto das pessoas, apostar num relacionamento direto com a comunidade, dar aos prestadores de cuidados primários autonomia e responsabilidade por uma população, e por fim, autonomia na coordenação dos recursos disponíveis.

Os CSP têm uma importância de relevo junto das populações que se traduz em melhores resultados de saúde da população, maior equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados, menores custos, maior custo-efetividade e maior satisfação, sem afectar a qualidade de cuidados prestados (Biscaia et al. 2008). Isto deve-se ao facto de os profissionais de saúde utilizarem menos tecnologias no diagnóstico e estarem mais orientados para a prevenção. Assim, os CSP são um excelente meio de acesso à comunidade e a melhor forma de desenvolver projetos de intervenção com base na prevenção. A identificação de grupos de risco torna a planificação, atuação e prestação dos cuidados de saúde mais eficazes, melhor focalizados e a longo prazo traduz-se em melhores resultados nos indicadores de saúde.

2. MÉTODOS

2.1 INTRODUÇÃO

O presente estudo está enquadrado num projeto mais alargado denominado “Funcionalidade e Saúde”, cujo principal objetivo é caracterizar a associação entre a funcionalidade e o consumo de cuidados de saúde primários dos utentes com mais de 60 anos da região de influência do antigo Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga II. Este projeto encontra-se dividido em duas partes, a primeira diz respeito à avaliação da funcionalidade e a segunda diz respeito à caracterização do consumo de cuidados de saúde. A segunda fase decorre cerca de 1 ano após a primeira. O trabalho descrito nesta dissertação incluiu apenas a caracterização do consumo de cuidados de saúde primários de utentes dos Centros de Saúde de Aveiro no período de 1 ano após a avaliação funcional dos mesmos. Os dados da avaliação funcional utilizados neste estudo não foram recolhidos pelo autor desta tese. Assim, nos métodos são descritos apenas os procedimentos referentes à caracterização do consumo de cuidados de saúde.

Nesta dissertação, o termo CSP refere-se aos cuidados de saúde primários prestados no âmbito do serviço nacional de saúde. Os restantes cuidados prestados ao nível do serviço nacional de saúde e a nível privado serão denominados de “outros cuidados de saúde”.

A avaliação da funcionalidade incluiu a caracterização sociodemográfica e de saúde do participante, a avaliação da dor (*body chart*, escala visual numérica, frequência e duração da dor), da atividade física, da funcionalidade percebida e da performance. Informações mais detalhadas sobre os instrumentos utilizados encontram-se no anexo 1.

2.2 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo tem como objectivo explorar as relações entre variáveis e descrevê-las, sendo um estudo descritivo-correlacional de natureza quantitativa segundo Fortin (1999).

2.3 OBJECTIVOS

São objectivos deste estudo:

- Caracterizar o tipo e a frequência de consumo auto referido de CSP e outros cuidados de saúde de um grupo de utentes dos CSP no período de 1 ano;
- Explorar a possível associação entre parâmetros da avaliação funcional e da utilização de cuidados de saúde (CSP e outros cuidados de saúde).

2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foi previamente solicitado parecer à Comissão de Avaliação e Pedido de Patrocínio Científico da Administração Regional de Saúde do Centro, bem como, solicitado parecer à Directora do antigo Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga II.

Foram explicados a todos os indivíduos convidados a participar no estudo, os objectivos deste, bem como, todos os procedimentos envolvidos. Após esta explicação foi solicitado consentimento verbal a cada participante (um vez que o consentimento escrito já tinha sido dado aquando da avaliação da funcionalidade). Foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados através da codificação dos registos.

2.5 AMOSTRA

Os participantes representam uma amostra não probabilística por conveniência. Esta amostra foi constituída por utentes das seguintes unidades de CSP: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Aveiro I – Centro de Saúde de Aveiro (UCSP Aveiro-I sede), Unidade de Saúde Funcional Moliceiro (USF Moliceiro), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Aveiro I – Pólo Aradas (USCP Aveiro-I Aradas) e Unidade de Saúde Funcional (USF-Flor de Sal) cujo perfil funcional foi avaliado entre Março e Setembro de 2012 e que deram a sua autorização por escrito para um posterior contacto para avaliação do consumo de cuidados de saúde, bem como, o seu contacto telefónico (n=82). A avaliação do consumo de cuidados de saúde realizou-se entre Maio e Setembro de 2013. A distribuição dos participantes por unidade funcional, sexo e faixa etária está na tabela 4.

Tabela 4 - Caracterização dos participantes que aceitaram participar na avaliação do consumo de cuidados de saúde.

Unidade Funcional	60-64 anos		65-69 anos		70-74 anos		+ 75 anos		Total Utentes
	H	M	H	M	H	M	H	M	
CS Aveiro - USF Moliceiro	0	5	2	2	3	1	0	5	18
CS Aveiro - USF Flor de Sal	3	9	3	5	2	8	2	7	39
UCSP Aveiro I - Sede	1	0	2	3	1	3	0	3	13
UCSP Aveiro I - Aradas	1	1	1	3	1	2	1	2	12
Total	5	15	8	13	7	14	3	17	82

2.6 PROCEDIMENTOS

Inicialmente pretendia-se caracterizar o consumo de cuidados de saúde através: i) da consulta dos registos dos CSP, relativos à utilização destes, por parte dos participantes; e de ii) entrevistas telefónicas para fazer o levantamento da utilização de outros serviços de saúde que não os primários. Contudo, não foi possível obter atempadamente os registos dos CSP pelo que, a caracterização do consumo de cuidados de saúde foi feita apenas, com base numa entrevista telefónica realizada aos participantes.

A caracterização do consumo de cuidados de saúde é relativa ao período aproximado de 1 ano após a avaliação funcional, tal como referido anteriormente.

Na entrevista telefónica procurou-se caracterizar o tipo e frequência de consumo de CSP e outros cuidados de saúde (público e privado). Assim, os participantes foram questionados sobre o local e tipologia dos cuidados utilizados após o primeiro momento de avaliação, a frequência de utilização e os motivos da mesma. Para tal, foi desenvolvido um questionário que foi administrado telefonicamente, uma vez que não se conhecia nenhum questionário que abrangesse todas as áreas sobre as quais se pretendeu recolher informação.

O questionário foi construído segundo referenciais de Fortin et al. (2006) e Hill & Hill (2008):

- 1) Delimitação da informação pertinente a recolher, formulação das questões e estabelecimento da sequência das questões e do formato do questionário;
- 2) Revisão da primeira versão do questionário;

- 3) Pré-teste do questionário;
- 4) Elaboração da versão final do questionário:

A delimitação da informação a recolher foi feita tendo por base a informação obtida durante a revisão bibliográfica, os instrumentos utilizados, as informações obtidas a partir das unidades funcionais (que tipologia de serviços ofereciam). Com base neste conhecimento adquirido construiu-se a primeira versão do questionário, após revisão dos orientadores;

Após terminar a primeira versão do questionário, este foi submetido a análise por parte de pessoas com experiências na área dos CSP e na construção de questionários com o objectivo de avaliar a validade de conteúdo do questionário. Para tal foram recrutadas três Enfermeiras da área da Enfermagem Comunitária (duas enfermeiras de uma unidade funcional de Flôr do Sal e uma docente da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro com experiência de trabalho nos CSP).

O pré-teste do questionário consistiu no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que refletiu a diversidade da população visada, com o objectivo de avaliar a estrutura e pertinência do mesmo, tal como sugerido por Hill & Hill (2008). A pequena amostra era constituída por cinco indivíduos, com idades compreendidas entre os 60 e 91 anos de idades, com habilitações literárias distintas, tendo sido solicitado a cada um que preenchesse o questionário na presença do investigador. No final, este fez as seguintes perguntas a cada um dos participantes: “Compreendeu todas as perguntas ou teve dúvidas em alguma?”, “Achou alguma pouco clara?”, “Achou o questionário demasiado longo?”, “Acha que as opções de resposta são abrangentes e coerentes com as perguntas?”, “Acha que falta alguma pergunta que deva ser incluída?”, “Acha que alguma pergunta deve ser retirada?”, “Tem mais algum comentário em relação ao questionário?” (Fortin et al. 2006). O investigador verificou ainda, se os questionários preenchidos continham respostas incorretas ou inválidas;

Por fim, os comentários e respostas dos participantes foram analisados e elaborada a versão final do questionário. Procedeu-se à alteração de algumas opções de resposta e inclusão/eliminação de outras, de acordo com a análise de peritos na área e as sugestões dos participantes do pré-teste. Em particular, o subtópico 1.1 da questão 1 onde figurava “consulta de vigilância (diabetes, hipertensão) foi alterado para “consulta de vigilância (diabetes, hipertensão, rastreio)” permitindo agrupar a maioria das categorias das doenças crónicas acompanhadas pelos cuidados de saúde primários; no subtópico 1.4 foi adicionada a informação “atendimento complementar” de forma a utilizar

terminologia semelhante à utilizada em contexto de centro de saúde; e por fim no tópico 2.3 foi substituída a opção “rastreo” pela opção “visita domiciliária”. Uma vez que não foram realizadas alterações significativas ao questionário, optou-se por não realizar um novo pré-teste. A versão final do questionário (apêndice 1) é constituída por 45 perguntas de resposta fechada agrupadas em 3 partes:

- Consumo de CSP;
- Consumo de outros cuidados de saúde (hospital, clínicas, consultórios), incluindo tipologia do serviço utilizado, local de utilização e frequência de utilização;
- Hospitalização, incluindo a razão para a hospitalização, o local e os dias de hospitalização.

2.7 ANÁLISE E TRATAMENTOS DE DADOS

A análise de dados foi obtida através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Foi utilizada estatística descritiva (média, desvio padrão) para a caracterização das variáveis contínuas. A frequência e a percentagem foram utilizadas para caracterizar as variáveis ordinais e nominais.

Para explorar uma possível associação entre a funcionalidade e o consumo de cuidados de saúde foi utilizada a análise de regressão logística binária. No modelo de regressão foram incluídas as seguintes variáveis independentes: número de condições de saúde, intensidade da dor, frequência da dor, duração da dor, nível de atividade física, pontuação total do WHODAS e pontuação total da SPPB. Foi utilizado um nível de significância de 5%.

Como a maioria dos entrevistados usou os CSP, optou-se por dicotomizar a variável dependente “consumo de CSP” em 1) não usou os CSP ou usou apenas uma vez e 2) usou os CSP mais do que uma vez. Posteriormente fez-se uma análise por serviço. Contudo, devido ao reduzido número de respondentes que referiram utilizar alguns serviços a análise foi realizada apenas para: consultas de rotina, consultas de vigilância, consultas de prescrição de medicamentos e consultas de enfermagem para vacinação/injetáveis nos CSP. Para estes serviços fez-se uma análise em que a variável dependente foi dicotomizada numa primeira análise em 1) não consumiu e 2) consumiu e numa segunda análise em 1) não consumiu ou consumiu apenas uma vez e 2)

Funcionalidade e Consumo

consumiu mais do que uma vez. Posteriormente, fez-se uma análise para o consumo de outros cuidados de saúde (consumiu vs. não consumiu) e ainda para e para o consumo de CSP em conjunto com os outros cuidados de saúde. Uma vez que se trata de um estudo exploratório, julgou-se pertinente explorar diferentes abordagens.

3. RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram neste estudo 65 (79,3%) dos 82 participantes que tinham dado o seu consentimento aquando do estudo da funcionalidade. Catorze participantes do estudo estavam incontactáveis, dois rejeitaram dar continuidade à sua participação no estudo e um estava internado. A Figura 1 expõe de forma detalhada a amostra deste estudo.

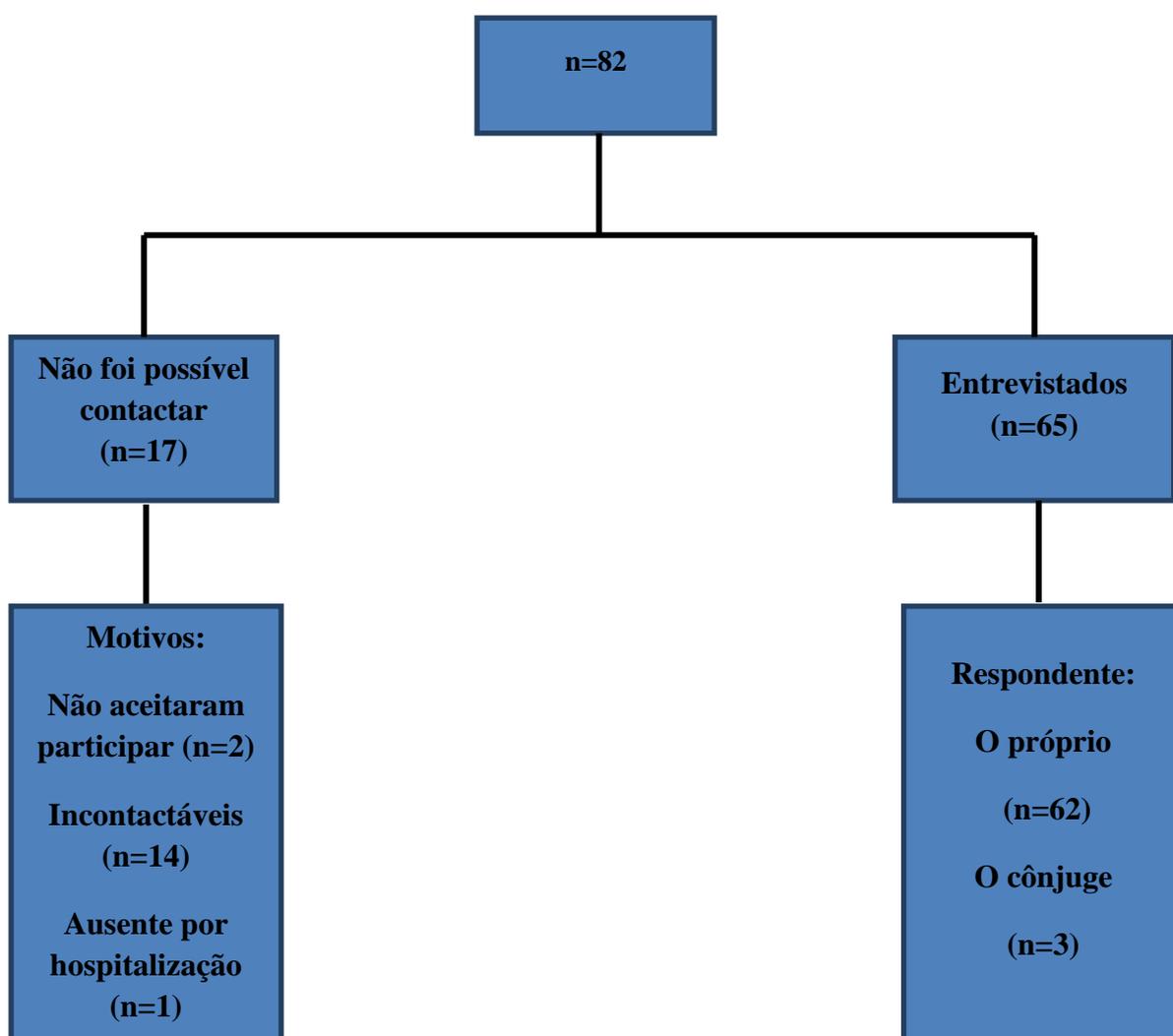


Figure 1 - Fluxograma da Amostra

Os 65 participantes eram provenientes de três unidades de saúde familiar e uma unidade de cuidados de saúde personalizados dos concelhos de Aveiro (UCSP Aveiro-I sede, USF Moliceiro, USCP Aveiro-I Aradas, USF-Flôr de Sal). A idade dos participantes varia entre 60 e 88 anos (média±DP= 69,86±6,47 anos) e 70,8% (n= 46) são do sexo feminino. A caracterização detalhada da amostra é apresentada na tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização da amostra

Características	n (%)
Sexo	
Feminino	46 (70,8)
Masculino	19 (29,2)
Idade (média±DP)	69,86±6,47
Educação*	
Não sabe ler nem escrever	1 (1,7)
Sabe ler e escrever	3 (5,2)
4ºano de escolaridade	31 (53,4)
6ºano de escolaridade	3 (5,2)
9ºano de escolaridade	6 (10,3)
12ºano de escolaridade	11 (19,0)
Bacharelato/licenciatura	3 (5,2)
Estado civil	
Solteiro	2 (3,1)
Casado	39 (60,0)
Separado	0 (0,0)
Divorciado	6 (9,2)
Viúvo	18 (27,7)
Ocupação	
Empregado assalariado	4 (6,2)
Aposentado	56 (86,2)
Desempregado	3 (4,6)
Outro	2 (3,1)
Diagnóstico**	
Hipertensão	42 (64,6)
Diabetes	22 (33,8)
Cardiovasculares	28 (43,1)
Respiratórias	11 (16,9)
Outras	24 (36,9)
Cancro	4 (6,3)
Diagnóstico desconhecido	1 (1,5)

Nota*: o (n) é inferior à amostra visto que, não foi disponibilizada esta informação;

Nota**: o somatório das percentagens é superior a 100% visto que se podia assinalar mais de que uma patologia; os dados foram fornecidos pelo participante.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

Nesta secção serão apresentados os resultados relativos à caracterização da funcionalidade, onde se inclui a dor, a funcionalidade percebida, a performance e a atividade física.

3.2.1 Dor

Da amostra inicial (n=65), 80,0% (n=52) dos participantes indicaram presença de dor na semana prévia à entrevista. Dos participantes que assinalaram dor, 10,8% (n=7) indicaram dor num único local e, 24,6% (n=16) apresentaram dor generalizada. Em relação à duração da dor, mais de metade dos participantes referiu ter dor há mais de 6 meses (60,0%; n=39). A intensidade média da dor foi de $4,31 \pm 3,15$ num máximo de 10. Na tabela 6 apresenta-se a caracterização mais detalhada da dor.

Tabela 6 - Caracterização da dor

Características da dor	n (%)
Intensidade geral média da dor (média±DP)	4,31±3,15
Numero de locais de dor	
Nenhum local com dor	13 (20,0)
1 local	7 (10,8)
2 locais	12 (18,5)
3 ou mais locais	17 (26,2)
Dor generalizada	16 (24,6)
Frequência	
Raramente (1x por semana)	4 (6,2)
Frequentemente (2 ou 3x por semana)	8 (12,3)
Muito frequente (>4x por semana)	6 (9,2)
Sempre	34 (52,3)
Duração	
<6 meses	26 (40,0)
≥6 meses	39 (60,0)

3.2.2 Funcionalidade percebida

A média da pontuação total da WHODAS de 12 itens foi de $20,12 \pm 9,45$ num máximo possível de 60, que é indicativo de ligeira limitação funcional. Os itens S1 (Ficar de pé por longos períodos) e S2 (Tratar das suas responsabilidades domésticas)

Funcionalidade e Consumo

foram os que tiveram médias mais altas para um nível ligeiro de limitação funcional ($2,29\pm 1,59$; $2,08\pm 1,23$). O itens S10 (Lidar com pessoas desconhecidas) e S11 (Manter uma amizade) foram os que apresentaram médias mais baixas o que reflete ausência de limitação funcional ($1,25\pm 0,71$; $1,14\pm 0,46$). A seguinte tabela resume de forma mais detalhada os resultados da funcionalidade percebida.

Tabela 7 - Caracterização da funcionalidade percebida

	Nenhuma n (%)	Ligeira n (%)	Moderada n (%)	Grave n (%)	Incompleta n (%)	Média±DP
WHODAS S1	34 (52,3)	7 (10,8)	6 (9,2)	7 (10,8)	11 (16,9)	2,29±1,59
WHODAS S2	33 (50,8)	5 (7,7)	18 (27,7)	7 (10,8)	2 (3,1)	2,08±1,23
WHODAS S3	48 (73,8)	7 (10,8)	2 (3,1)	4 (6,2)	4 (6,2)	1,60±1,20
WHODAS S4	45 (69,2)	5 (7,7)	8 (12,3)	2 (3,1)	5 (7,7)	1,74±1,30
WHODAS S5	28 (43,1)	14 (21,5)	19 (29,2)	3 (4,6)	1 (1,5)	2,00±1,03
WHODAS S6	51 (78,5)	4 (6,2)	4 (6,2)	5 (7,7)	1 (1,5)	1,48±1,02
WHODAS S7	38 (58,5)	10 (15,4)	5 (7,7)	7 (10,8)	5 (7,7)	1,94±1,35
WHODAS S8	51 (78,5)	5 (7,7)	5 (7,7)	3 (4,6)	1 (1,5)	1,43±0,94
WHODAS S9	49 (75,4)	8 (12,3)	5 (7,7)	3 (4,6)	0 (0,0)	1,42±0,83
WHODAS S10	56 (86,2)	5 (7,7)	1 (1,5)	3 (4,6)	3 (4,6)	1,25±0,71
WHODAS S11	59 (90,8)	3 (4,6)	3 (4,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,14±0,46
WHODAS S12	40 (61,5)	11 (16,9)	11 (16,9)	3 (4,6)	0 (0,0)	1,76±0,90
WHODAS pontuação final						20,12±9,45

(Legenda: S1 – Ficar de pé por longos períodos; S2 – Tratar das suas responsabilidades domésticas; S3 – Aprender uma nova tarefa; S4 – Quanta dificuldade teve em participar em atividades na comunidade da mesma forma que outra pessoa; S5 – Quanto se sentiu emocionalmente afectado pela sua condição de saúde; S6 – Concentrar-se a fazer algo durante dez minutos; S7 – Andar uma distância longa como 1 quilómetro; S8 – Lavar todo o corpo; S9 – Vestir-se; S10 – Lidar com pessoas que não conhece; S11 – Manter uma amizade; S12 – No seu trabalho/escola do dia-a-dia).

3.2.3 Performance

Os resultados da performance, avaliados com a SPPB, são apresentados para cada um dos sub-testes e para a pontuação final. Em relação aos sub-testes, 98,5% (n=64) dos participantes conseguiram completar o teste de equilíbrio; relativamente ao tempo de realização das atividades da marcha e de sentar e levantar da cadeira, a média de tempo foi de $4,86 \pm 2,29$ segundos para a marcha e de $11,09 \pm 3,13$ segundos para levantar e sentar da cadeira. A média da pontuação final da SPPB foi de $9,45 \pm 2,62$ num máximo de 12.

3.2.4 Atividade Física

Dos 65 elementos da amostra, 21,5% (n=14) enquadram-se na categoria de sedentários, 7,7% (n=5) na categoria pouco ativos apenas desempenhando tarefas leves, 41,5% (n=27) na categoria pouco ativo mas desempenhando tarefas de forma regular – atividades leves, 10,8% (n=7) enquadraram-se na categoria pouco ativo regular, e por fim, 18,5% (n=12) na categoria ativos. Dos 65 participantes, apenas 3,2 % (n=2) responderam à segunda parte do questionário sendo que desses, 1,5% (n=1) realizava atividades para aumentar a flexibilidade e a mesma percentagem 1,5% (n=1) realizava ambas as atividades.

3.3 CARACTERIZAÇÃO CONSUMO

Nesta secção serão apresentados os resultados relativos à caracterização do consumo de cuidados de saúde, onde se inclui o consumo de CSP e o consumo de outros cuidados de saúde: Nos últimos, faz-se, também, referencia à hospitalização.

3.3.1 Consumo de CSP

Relativamente ao consumo de cuidados de saúde verificou-se que da amostra total (n=65), 96,9% (n=63) utilizou os CSP. A média do número de serviços utilizados foi de $2,62 \pm 0,84$. Relativamente à tipologia de serviços, verificou-se que as consultas de vigilância foram utilizadas por 52,3% (n=34). As consultas de rotina foram utilizadas por 76,9% (n=50). As consultas de prescrição de medicamentos tiveram uma adesão de

Funcionalidade e Consumo

75,4% (n=49) da amostra. A maior parte dos respondentes que referiu utilizar estes serviços, referiu que no período em análise (1 ano após a avaliação da funcionalidade) recorreu aos mesmos 2 a 4 vezes (Tabela 8).

Relativamente à enfermagem destacam-se a administração de vacinas e injetáveis referidas por 53,8% (n=35) da amostra em estudo. Relativamente aos “outros serviços ou consultas”, apenas 2 participantes referiram utilizar os meios auxiliares de diagnóstico. A tabela 8 apresenta de forma mais detalhada os resultados obtidos.

Tabela 8 - Consumo de cuidados em CSP

		Frequência n (%)						
		Consumiu	1 vez	2 a 4 vezes	5 a 10 vezes	11 a 15 vezes	16 a 20 vezes	> 20 vezes
Consulta de Medicina Geral e Familiar	Consulta de vigilância (diabetes, hipertensão, rastreio...)	34 (52,3)	0 (0,0)	28 (43,1)	6 (9,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Consulta rotina	50 (76,9)	6 (9,2)	30 (46,2)	10 (15,4)	3 (4,6)	0 (0,0)	1 (1,5)
	Consulta para prescrição de medicamentos	49 (75,4)	0 (0,0)	36 (55,4)	6 (9,2)	4 (6,2)	1 (1,5)	2 (3,1)
	Consulta de urgência (atendimento complementar)	3 (4,6)	2 (3,1)	1 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Outros	1 (1,5)	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Consulta de Enfermagem	Vacinação/Injetáveis	35 (53,8)	25 (38,5)	8 (12,3)	1 (1,5)	1 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Pensos	5 (7,7)	1 (1,5)	0 (0,0)	1 (1,5)	1 (1,5)	1 (1,5)	1 (1,5)
	Visita domiciliária	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Outros	3 (4,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (4,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Outros serviço ou consulta	Higienista oral	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Fisioterapia	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Nutrição	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Meios auxiliares de diagnóstico	2 (3,1)	1 (1,5)	1 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Outra	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

3.3.2 Consumo de outros cuidados de saúde

Relativamente ao consumo de outros cuidados de saúde, incluiu-se os cuidados prestados no âmbito do Sistema Nacional de Saúde (excepto os primários) e os cuidados prestados no privado. Para estes cuidados foi referido por 49,2% (n=32/65) da amostra. Optou-se por não distinguir entre os dois tipos de cuidados devido ao número reduzido de utilizadores por tipologia de serviço (Tabela 9). Dos participantes que referiram ter utilizados estes serviços, 65,6% (n=21/32) utilizou apenas um serviço e apenas 3,1% (n=1) usufruiu de mais de cinco serviços diferentes. Em média a frequência de consumo destes outros cuidados de saúde por serviço foi de $1,56 \pm 1,08$. Temos uma maior utilização dos serviços de oftalmologia (15,4%, n=10) e medicina interna (12,3%, n=8). Serviços como enfermagem, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, nutrição, higiene oral e medicina alternativa não foram referidos por nenhum dos respondentes.

Tabela 9 - Frequência do consumo de cuidados de saúde fora dos CSP, por tipologia de serviços

Serviço	Consumiu	Frequência n(%)			
		1 vez	2-4 vezes	5 a 9 vezes	Mais que 9 vezes
Medicina familiar	1 (1,5)	1 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Cardiologia	5 (7,7)	2 (3,1)	2 (3,1)	0 (0,0)	1 (1,5)
Cirurgia	1 (1,5)	0 (0,0)	1 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Dermatologia	3 (4,6)	1 (1,5)	1 (1,5)	1 (1,5)	0 (0,0)
Dentista	5 (7,7)	2 (3,1)	3 (4,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ortopedia	5 (7,7)	2 (3,1)	2 (3,1)	1 (1,5)	0 (0,0)
Oftalmologia	10 (15,4)	5 (7,7)	4 (6,2)	1 (1,5)	0 (0,0)
Medicina interna	8 (12,3)	1 (1,5)	3 (4,6)	2 (3,1)	2 (3,1)
Neurologia	3 (4,6)	0 (0,0)	2 (3,1)	1 (1,5)	0 (0,0)
Otorrinolaringologia	3 (4,6)	0 (0,0)	3 (4,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Psiquiatria/Psicologia	1 (1,5)	0 (0,0)	1 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Urologia	2 (3,1)	0 (0,0)	2 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Outro(s)	5 (7,7)	2 (3,1)	1 (1,5)	0 (0,0)	2 (3,1)

3.3.3 Hospitalização

Relativamente à hospitalização 26,1% (n=17/65) dos participantes da amostra referiram ter sido hospitalizados. A maioria pelo período de 1 dia. Dos vários motivos

Funcionalidade e Consumo

de internamento o de mais relevo é a hospitalização por doença interna que representa 52,9% (n=9/17) dos que utilizaram esta valência.

Tabela 10 - Hospitalização: frequência, motivo e duração.

Motivo de internamento	Consumiu	Duração					
		1 dia	2 a 14 dias	15 a 30 dias	>1 mês	>2 meses	> 3 meses
Doença interna	9 (13,8)	5 (7,7)	4 (6,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Queda	5 (7,7)	5 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Acidente	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Intoxicação	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Agressão	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Queimaduras	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Cirurgia	1 (1,5)	0 (0,0)	1 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Outra	5 (7,7)	2 (3,1)	2 (3,1)	1 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

3.4 FUNCIONALIDADE E CONSUMO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Relativamente à possível associação entre a funcionalidade e o consumo de cuidados de saúde a longo prazo (durante 1 ano após a avaliação funcional), fez-se a análise primeiro apenas para o consumo de CSP, depois para o consumo total de cuidados de saúde e, por último, considerou-se a hospitalização.

Para os CSP, a análise restringiu-se, tal como referido na análise estatística, a uma análise global e a uma análise para as consultas de vigilância, rotina, prescrição de medicamentos e vacinação/injetáveis, uma vez que o número de participantes que referiu utilizar os outros serviços é reduzido (n<6). Na análise global, nenhuma das variáveis incluídas na análise (duração da dor, frequência da dor, intensidade da dor, atividade física, performance, funcionalidade percebida e o número total de diagnósticos) parece estar associada ao consumo de CSP (p>0,05).

Tabela 11 - Relação entre os preditores de funcionalidade e número de serviços utilizados nos CSP

Variáveis incluídas no modelo	Não usou CSP vs usou 1 serviço vs usou 2 ou mais serviços	
	B	P-value
Duração da dor	0,10	0,94
Frequência da dor	-1,73	0,22
Intensidade da dor	-0,05	0,26
Atividade física	-0,01	0,99
Performance	0,20	0,72
Funcionalidade percebida	0,28	0,20
N.º total diagnósticos	-0,32	0,57

Na análise por serviço, verificou-se que existe uma associação significativa e inversa entre a atividade física e as consultas de vigilância, consistente com uma maior utilização de consultas de vigilância nos utentes com menor nível de atividade física. Não se encontrou qualquer associação positiva entre as consultas de vigilância e as restantes variáveis independentes, assim como, entre o consumo de consultas de rotina e de prescrição de medicamentos e as variáveis independentes.

Relativamente às consultas de vacinação/injetáveis, a variável duração da dor e o consumo estão associados de modo inverso e significativo, sugerindo que quanto menor a duração da dor, maior o consumo desta tipologia de serviço. A tabela 12 mostra de forma mais detalhada os resultados obtidos.

Tabela 12 - Relação entre os preditores de funcionalidade e os serviços de CSP mais utilizados

Variáveis incluídas no modelo	Consulta de Vigilância				Consulta de Rotina				Consulta de prescrição de medicamentos				Consulta de vacinação/injectáveis			
	Não usou vs usou		Não usou ou usou 1 vez vs usou mais do que uma vez		Não usou vs usou		Não usou ou usou 1 vez vs usou mais do que uma vez		Não usou vs usou		Não usou ou usou 1 vez vs usou mais do que uma vez		Não usou vs usou		Não usou ou usou 1 vez vs usou mais do que uma vez	
	B	P-value	B	P-value	B	P-value	B	P-value	B	P-value	B	P-value	B	P-value	B	P-value
Duração da dor	0,27	0,69	0,27	0,69	-0,91	0,25	0,07	0,93	0,61	0,41	-0,83	0,29	0,05	0,94	-2,00	0,03
Frequência da dor	0,33	0,64	0,33	0,64	0,63	0,46	0,76	0,32	0,09	0,90	0,17	0,83	0,63	0,33	0,40	0,67
Intensidade da dor	-0,05	0,64	-0,05	0,64	-0,25	0,09	-0,25	0,06	0,06	0,64	-0,07	0,57	-0,03	0,80	0,33	0,06
Atividade física	-0,58	0,00	0,58	0,01	-0,42	0,10	-0,24	0,26	0,01	0,98	-0,07	0,77	0,07	0,68	0,17	0,54
Performance	-0,10	0,53	0,10	0,53	-0,08	0,74	0,05	0,83	0,02	0,93	0,04	0,85	0,09	0,57	-0,26	0,38
Funcionalidade percebida	0,00	0,97	-0,00	0,97	-0,04	0,58	-0,04	0,49	-0,08	0,25	0,10	0,18	0,04	0,36	-0,19	0,10
N.º total diagnósticos	-0,19	0,47	0,19	0,47	-0,12	0,69	-0,53	0,08	-0,31	0,29	0,21	0,48	-0,04	0,85	0,22	0,45

Funcionalidade e Consumo

Relativamente aos outros cuidados de saúde verificou-se que a duração da dor e o n.º total de diagnósticos permanecem no modelo, indicando que à medida que a frequência da dor aumenta, o consumo de outros cuidados de saúde também aumenta, assim como à medida que aumenta o número de patologias também aumenta a utilização de outros cuidados de saúde. A tabela 13 mostra de forma mais detalhada os resultados obtidos.

Tabela 13 - Relação entre os preditores de funcionalidade e o consumo de outros cuidados de saúde

Variáveis incluídas no modelo	Não usou outros serviços vs quem usou	
	B	P-value
Duração da dor	-0,82	0,28
Frequência da dor	1,67	0,03
Intensidade da dor	-0,12	0,35
Atividade física	-0,20	0,33
Performance	0,03	0,88
Funcionalidade percebida	0,01	0,82
N.º total diagnósticos	0,64	0,03

No conjunto de todos os serviços (CSP e outros cuidados de saúde) verificou-se que a frequência da dor e o número de patologias permaneceram no modelo explicativo do consumo de cuidados de saúde. Uma maior frequência da dor e um maior número de diagnósticos parecem estar associados a um maior consumo de cuidados de saúde.

Tabela 14 - Relação entre os preditores de funcionalidade e o consumo de CSP e outros serviços

Variáveis incluídas no modelo	Não usou CSP ou outros serviços vs usou	
	B	P-value
Duração da dor	-1,30	0,13
Frequência da dor	1,60	0,04
Intensidade da dor	-0,02	0,87
Atividade física	-0,38	0,09
Performance	-0,08	0,64
Funcionalidade percebida	-0,02	0,80
N.º total diagnósticos	0,73	0,03

4. DISCUSSÃO

Para averiguar uma possível relação entre o consumo de cuidados de saúde primários e a funcionalidade, foi necessário avaliar o perfil funcional desta amostra, como referido anteriormente nesta dissertação.

Os resultados obtidos permitiram-nos verificar que 96,9% (n=63) da amostra estudada utilizou os CSP. As consultas de rotina de medicina geral e familiar foram as mais utilizadas (76,9%), com uma maior frequência de utilização entre 2 a 4 vezes, num período de 1 ano. De acordo com Ministério da Saúde (2010), a re-organização dos ACES veio melhorar a prestação e eficiência de cuidados de saúde, capacitando o número de consultas asseguradas aos utentes. Em média, as consultas para este tipo de serviço foi entre de 2 a 4 consultas anuais, estando em concordância com os resultados expectados pelo relatório anual do SNS, de 4,2 consultas por utente (Ministério da Saúde 2010).

Dentro da esfera dos CSP, determinou-se que existe uma relação entre as consultas de vigilância e a atividades física, inferindo que um menor índice de atividade física está associado a um maior consumo das consultas de vigilância. Estes dados veem corroborar os resultados obtidos por Alfieri et al. (2009) que refere que, pessoas idosas que realizam atividade física regular apresentam índices de performance física superiores àqueles mais sedentários. Do mesmo modo, McAuley et al. (2007) releva que a atividade física tem um efeito protetor em pessoas com limitações funcionais, concluindo que existe uma associação positiva entre a atividade física e a performance funcional ao longo do tempo. Por fim, Gill et al. (2004) verificou que, perfis funcionais deficitários face a situações de doença, têm mais probabilidade de incorrer num situação de hospitalização, em relação a perfil funcionais superiores.

Também se verificou uma relação entre as consultas de enfermagem para vacinações/injetáveis e a duração da dor. A resultante desta relação indica que valores inferiores na duração da dor (<6 meses) estão associados a maior consumo desta tipologia de serviço dos CSP. Estes resultados são contrários aos de Dewar & Gregg (2009) que refere que a dor intensa ou persistente em adultos mais velhos está associada a uma maior procura de cuidados de saúde. Este resultado precisa de ser confirmado numa amostra maior.

Em relação a outros cuidados de saúde verificou-se que o seu consumo está associado á frequência da dor e ao número de diagnósticos. Uma maior frequência da dor e um maior número de diagnósticos estão associados a um maior consumo destes serviços de saúde. Da amostra inicial (n=65), 80,0% (n=52) dos participantes indicaram presença de dor na semana prévia à entrevista. Em relação à frequência da dor, 52,3% (n=34), mais de metade dos participantes referiu ter dor sempre. É conhecido a relação entre a dor e a procura dos serviços de saúde por parte das pessoas. De acordo com o estudo de Blyth et al. (2004), a dor crónica que interfira com as AVD está associada a um maior consumo de cuidados (CSP e outros cuidados de saúde), concluindo que a utilização dos serviços de saúde é influenciado pela diminuição da funcionalidade com uma causa direta com a dor auto percebida das pessoas.

Do mesmo modo, o aumento do número de patologias acompanha o processo do envelhecimento. Os resultados demonstrados nos estudos de Wolff et al. (2002) e Nie et al. (2008) referem existir um aumento acrescido de hospitalizações em pessoas com uma ou mais de uma patologia crónica e o consumo de cuidados de saúde tende a aumentar com a idade.

Por último, verificou-se que a frequência da dor e o número de patologias estão associadas ao consumo total de cuidados de saúde (CSP, outros serviços de saúde e hospitalização). Está relação poderá ser explicada pelas conclusões dos estudo de (Wolff et al. 2002; Nie et al. 2008) referidas no parágrafo anterior.

Outro resultado obtido nesta análise mais relevante, foi o consumo das consultas de vigilâncias, oftalmologia e medicina interna e hospitalização por doença interna. Esta sequência poderá ser explicada pelo diagnóstico de diabetes e hipertensão, referidos por cerca de um terço e dois terços da amostra, respetivamente. Segundo Chatziralli et al. (2010) o diagnóstico de diabetes e hipertensão pode evoluir para situações clínicas mais complicadas, sendo uma delas a retinopatia diabética. Esta relação poderá explicar o consumo mais elevado das consulta de oftalmologia e de medicina interna e também, vai de encontro aos dados do Ministério da Saúde (2010) referindo que a especialidade mais utilizada é a oftalmologia. Do mesmo modo, grande parte das hospitalizações mencionadas durante as entrevistas foram resultantes de descompensações dos valores séricos normais referidas no decorrer das entrevistas telefónicas.

Apesar de o nível de performance percebida na pontuação do WHODAS ser de $20,12 \pm 9,45$ num máximo possível de 60, que é indicativo de limitação funcional baixa, este pode ser um início promissor nesta temática. Grande parte dos variáveis estudados

Funcionalidade e Consumo

não apresentaram resultados estatisticamente significativos, contudo grande parte dos resultados obtidos apresentavam valores aproximados para uma possível correlação.

As principais limitações deste estudo estão relacionados com o tamanho da amostra fazendo com que os resultados não sejam expressivos, não existe uma proporção equitativa entre sexos fazendo com que não se possa fazer uma análise comparativa.

Estudos futuros sobre a relação e o consumo de cuidados com amostras maiores e dados mais atualizados poderão verificar com mais exatidão a relação entre estas variáveis, construindo um perfil funcional que pode servir como marcador de exposição a factores de risco, e ser utilizado numa avaliação clinica de rotina.

5. CONCLUSÃO

Os resultados do estudo mostram que alguns aspectos do perfil funcional parecem estar associados ao consumo de cuidados, em particular a frequência da dor, a atividade física e o número de diagnósticos. Apesar dos resultados não terem sido expressivos, a identificação destes preditores é de grande relevância. Deve-se aprofundar o estudo da relação entre estes preditores e o consumo de cuidados de forma a agir de forma preventiva e na construção de perfis funcionais das populações. A implementação deste estudo nos cuidados de saúde primários é a prova que existe necessidade de apostar na prevenção para que tenhamos respostas mais abrangentes e direcionadas quer para a população, quer para os profissionais de saúde.

Durante a elaboração desta dissertação pude perceber que o papel do gerontólogo pode, eventualmente, passar por uma ligação aos cuidados de saúde primários visto que, a reestruturação implementada nos ACES pode permitir a conjugação de um gerontólogo com membro ativo na equipa multidisciplinar sendo um nicho a explorar futuramente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfieri, F.M. et al., 2009. MOBILIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS ATIVOS E SEDENTÁRIOS VERSUS ADULTOS SEDENTÁRIOS. , 3, pp.89–94. Available at: <http://www.redalyc.org/pdf/930/93012686011.pdf>.
- Alves, L.C., Leite, I. da C. & Machado, C.J., 2010. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil : análise multinível. *Revista Saúde Pública*, 44(3), pp.468–478.
- Andrews, G. et al., 2009. Normative data for the 12 item WHO Disability Assessment Schedule 2.0. *PloS one*, 4(12), p.e8343.
- Auyeung, T.W. et al., 2008. Functional decline in cognitive impairment--the relationship between physical and cognitive function. *Neuroepidemiology*, 31(3), pp.167–73.
- Azevedo, L.F. et al., 2013. A population-based study of the use of chronic pain and opioids in Portugal. *Pain*.
- Azevedo, L.F. et al., 2012. Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The journal of pain*, 13(8), pp.773–83.
- Barata, R.B., 2006. Acesso e uso de serviços de saúde. *São Paulo em Perspectiva*, 22(2), pp.19–29.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D., 1995. *Pessoas Idosas Uma abordagem global*, LUSODIDACTA.
- Biscaia, A.R. et al., 2008. *Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para novos sucessos* 2^a ed., Lisboa, Portugal: Padrões Culturais Editora.
- Blyth, F.M. et al., 2004. Chronic pain and frequent use of health care. *Pain*, 111(1-2), pp.51–8.
- Boer, A.G.E., Wijker, W. & Haes, H.C.J., 1997. Predictors of health care utilization in the chronically ill: a review of the literature. *Health Policy*, 42, pp.101–115.
- Bowling, A., 2008. Enhancing later life: how older people perceive active ageing? *Aging & mental health*, 12(3), pp.293–301. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18728941> [Accessed May 29, 2013].
- Boyd, C.M. et al., 2005. Frailty, hospitalization, and progression of disability in a cohort of disabled older women. *The American journal of medicine*, 118(11), pp.1225–31. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16271906> [Accessed May 24, 2013].

- Branco, A. & Ramos, V., 2001. Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp.5–12. Available at: <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2001.pdf> [Accessed July 4, 2013].
- Cerqueira, M. de M., 2010. *Imagens do envelhecimento e da velhice*. Universidade de Aveiro.
- Cesari, M. et al., 2008. Physical function and self-rated health status as predictors of mortality: results from longitudinal analysis in the ilSIRENTE study. *BMC Geriatrics*, 8(34), pp.1471–2318. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19102751> [Accessed April 29, 2013].
- Chatziralli, I.P. et al., 2010. Risk factors associated with diabetic retinopathy in patients with diabetes mellitus type 2. *BMC research notes*, 3, p.153. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2888829&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Collerton, J. et al., 2012. The personal and health service impact of falls in 85 year olds: Cross-sectional findings from the Newcastle 85+ cohort study. *PloS one*, 7(3), p.e33078. Available at: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0033078> [Accessed April 28, 2013].
- Cooper, R. et al., 2011. Objective measures of physical capability and subsequent health: a systematic review. *Age and Ageing*, 40(1), pp.14–23. Available at: <http://eprints.soton.ac.uk/170339/> [Accessed April 29, 2013].
- Dewar, A. & Gregg, K., 2009. Navigating the health care system: perceptions of patients with chronic pain. *Chronic Diseases in Canada*, 29(4), pp.162–168. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19804680> [Accessed April 29, 2013].
- DGS, 2004. *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Directório-Geral+da+Saúde#3> [Accessed October 4, 2013].
- Dunlop, D.D. et al., 2003. Health care utilization among older adults with arthritis. *Arthritis and rheumatism*, 49(2), pp.164–71. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12687506> [Accessed September 20, 2013].
- Ekström, H. & Elmståhl, S., 2006. Pain and fractures are independently related to lower walking speed and grip strength: results from the population study “Good Ageing in Skåne.” *Acta orthopaedica*, 77(6), pp.902–11. Available at: <http://www.informaworld.com/smpp/content~db=all?content=10.1080/17453670610013204> [Accessed April 29, 2013].
- Fernandez-Olano, C. & Hidalgo, J., 2006. Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system. *Health Policy*, 75(2), pp.131–139. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15961181> [Accessed April 29, 2013].

- Fiedler, M.M. & Peres, K.G., 2008. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil : um estudo de base populacional. , 24(2), pp.409–415.
- Figueiredo, D., 2007. *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente* 1ª Edição., Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Fontes, A.P., Fernandes, A.A. & Botelho, M.A., 2010. Funcionalidade e incapacidade : aspectos conceptuais , estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade , Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), pp.171–178.
- Fortin, M.-F., Côté, J. & Fillion, F., 2006. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, Lisboa, Portugal: LUSODIDACTA.
- Freitas, E.V. de et al., 2006. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* 2ª Edição., GUANABARA KOOGAN.
- Fried, L.P. et al., 2001. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 56(3), pp.M146–56. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156>.
- García, L., 2012. European innovation partnership on active and healthy aging: moving from policy to action. *Gaceta sanitaria/SESPAS*, pp.2–5. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23140981> [Accessed April 29, 2013].
- Garin, O. et al., 2010. Validation of the “World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2” in patients with chronic diseases. *Health and quality of life outcomes*, 8, p.51. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2893517&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Gill, T.M. et al., 2004. Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 292(17), pp.2115–24. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15523072>.
- Gill, T.M. et al., 2006. The dynamic nature of mobility disability in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2), pp.248–54. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16460375> [Accessed June 11, 2013].
- Greenberg, S.A., 2007. The Geriatric Depression Scale: Short Form. , 107(10).
- Gunther, S. & Taub, N., 2013. What aspects of primary care predict emergency admission rates? A cross sectional study. *BMC health services ...*, 13(1), p.11. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3547739&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Accessed April 28, 2013].

- Guralnik, J.M. et al., 1994. A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: Association with Self-Reported Disability and Prediction of Mortality and Nursing Home Admission. *Journal of Gerontology*, 49(2).
- Guralnik, J.M., Fried, L.P. & Salive, M.E., 1996. Disability as a public health outcome in the aging population. *Annual review of public health*, 17, pp.25–46. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8724214>.
- Halter, J.B. et al., 2009. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology* 6th ed., McGraw-Hill Companies.
- Hill, M.M. & Hill, A., 2008. *Investigação por Questionário* 2^a ed. Sílabo, ed.,
- Iecovich, E. & Biderman, A., 2013. Use of adult day care centers: do they offset utilization of health care services? *The Gerontologist*, 53(1), pp.123–32. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22421915> [Accessed July 4, 2013].
- INE, 2012. *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal I*. Instituto Nacional de Estatística, ed., Lisboa, Portugal.
- Kwak, J. et al., 2012. The Prevalence and Characteristics of Depression in Work-related Musculoskeletal Disease. *Annals of rehabilitation medicine*, 36(6), pp.836–40. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3546187&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Latham, N.K. et al., 2008. Performance-based or self-report measures of physical function: which should be used in clinical trials of hip fracture patients? *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 89(11), pp.2146–55. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18996244> [Accessed June 4, 2013].
- Lopes, M.J. et al., 2013. Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21.
- Macedo, L.G. et al., 2008. Motor control or graded activity exercises for chronic low back pain? A randomised controlled trial. *BMC musculoskeletal disorders*, 9, p.65. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2409320&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Accessed September 16, 2013].
- Martín-fernández, J. et al., 2010. La calidad de vida relacionada con la salud como factor explicativo de la utilización de la consulta de medicina de familia: un estudio bajo el modelo conductual. *Revista Espanhola Salud Pública*, 84(3), pp.309–319.
- McAuley, E. et al., 2007. Effects of change in physical activity on physical function limitations in older women: mediating roles of physical function performance and self-efficacy. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(12), pp.1967–73. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18081672> [Accessed November 24, 2013].

- Miguel, L. & Sá, A. de, 2010. Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. *Saúde Md, editor.: Alto Comissariado da Saúde*. Available at: <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSP1.pdf> [Accessed July 4, 2013].
- Ministério da Saúde, 2010. *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS*, Available at: http://www.chc.min-saude.pt/Downloads_HSA/CHCoimbra/informacaoutentes/relatorio_acesso_cuidados_saude_SNS_201006.pdf.
- Miranda, H. et al., 2010. Musculoskeletal pain at multiple sites and its effects on work ability in a general working population. *Occupational and environmental medicine*, 67(7), pp.449–55. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19889646> [Accessed October 3, 2013].
- Moraes, E.N. De, Paula, S. De & Lima, P., 2010. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. , 20(1), pp.67–73.
- Moreira, A.C., 2011b. *Contributo para a validação da versão 12 itens do WHODAS 2.0*. Universidade de Aveiro.
- Mota-Pinto, A., 2006. Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Geriatrics*, 2(11). Available at: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/20268> [Accessed September 16, 2013].
- Nie, J.X. et al., 2008. Health care service utilization among the elderly: findings from the Study to Understand the Chronic Condition Experience of the Elderly and the Disabled (SUCCEED project). *Journal of evaluation in clinical practice*, 14(6), pp.1044–9. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19019098> [Accessed September 20, 2013].
- Nunes, M.C. et al., 2009. The influence of sociodemographic and epidemiological characteristics on the functional capacity of elderly residents in the city of Ubá, Minas Gerais. *Revista Brasileira de fisioterapia*, 13(5).
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2013. *Relatório de primavera 2013*,
- OMS, 2002. *Active Ageing: A Policy Framework*, Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.
- OMS, 2008. *Agora Mais Que Nunca*. Available at: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Agoramaisquenunca.pdf> [Accessed July 4, 2013].
- Pestana, D.C.F., 2012. *Dor e funcionalidade em idosos nos cuidados de saúde primários*. Universidade de Aveiro.
- Press, Y., Tandeter, H. & Romem, P., 2012. Depressive symptomatology as a risk factor for increased health service utilization among elderly patients in primary care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), pp.127–30. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21377223> [Accessed April 28, 2013].

- Quintal, C., Lourenço, Ó. & Ferreira, P., 2012. Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), pp.35–46. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0870902512000041> [Accessed September 16, 2013].
- Rechel, B. et al., 2013. Ageing in the European Union. *The Lancet*, 381(9874), pp.1312–1322. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361262087X> [Accessed March 28, 2013].
- Redondo-Sendino, A. et al., 2006. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC public health*, 6(155). Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1525176&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Accessed September 20, 2013].
- Reis, L.A. & Torres, G. de V., 2010. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. , 64(2).
- Rosemann, T. & Joos, S., 2007. Health service utilization patterns of primary care patients with osteoarthritis. *BMC health services research*, 7, p.169. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2190766&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Accessed April 29, 2013].
- Sampaio, R.F. & Luz, M.T., 2009. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), pp.475–483.
- Santana, P., 2000. Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. *Social Science & Medicine*, 50(7-8), pp.1025–36. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10714924>.
- Silva, A.G. et al., 2013. Pain intensity is associated with self-reported disability for several domains of life in a sample of patients with musculoskeletal pain aged 50 or more. *Disability and Health Journal*. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1936657413000666> [Accessed July 23, 2013].
- Silva, A.G. et al., 2012. Validity and reliability of the Portuguese version of the Rapid Assessment of Physical Therapy questionnaire. *Journal of rehabilitation medicine*.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M., 2004. *Envelhecer em Família* 1ª Edição. Ambar, ed., Porto.
- Studenski, S. et al., 2011. Gait speed and survival in older adults. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 305(1), pp.50–8. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3080184&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

- Studenski, S. & Perera, S., 2003. Physical performance measures in the clinical setting. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(3), pp.314–322. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12588574> [Accessed April 29, 2013].
- Topolski, T.D. et al., 2006. The Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA) among older adults. *Preventing chronic disease*, 3(4), p.A118.
- Torres, T.M. & Ciconelli, R.M., 2006. Instrumentos de Avaliação em Espondilite Anquilosante. *Revista Brasileira de Reumatologia*, (1), pp.52–59.
- Trella, C.S. et al., 2008. Capacidade funcional de idosos com dor crônica residentes na comunidade. , pp.3–8.
- Trompieri, N. & Fechine, B., 2012. O processo de envelhecimento : as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. , 1, pp.106–132.
- União Europeia, 2011. *Active ageing and solidarity between generations - A statistical portrait of the European Union 2012*, European Union. Available at: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF.
- Üstün, T.B. et al., 2010a. Measuring Health and Disability Manual for WHO Disability Assessment Schedule.
- Üstün, T.B. et al., 2010b. Measuring Health and Disability Manual for WHO Disability Assessment Schedule.
- Weintraub, D. et al., 2006. Test Characteristics of the 15-Item Geriatric Depression Scale and Hamilton Depression Rating Scale in Parkinson Disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(2), pp.169–175.
- Wolfe, F. et al., 1993. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.*, 33, pp.160–172.
- Wolff, J.L., Starfield, B. & Anderson, G., 2002. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of internal medicine*, 162(20), pp.2269–76. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12418941>.
- Zucchi, P., Nero, C. Del & Malik, A.M., 2000. Artigo gastos em saúde : os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*, 9, pp.127–150.

ANEXO I – Informações sobre os instrumentos utilizados na avaliação da funcionalidade

Questionário de caracterização do participante: elaborado com base na *checklist* da CIF, pretende a recolha de dados demográficos e de saúde. Os problemas de saúde foram avaliados perguntando aos participantes se padeciam de alguma das seguintes condições de saúde: 1) hipertensão, 2) diabetes, 3) artrose nas ancas e\ou joelhos, 4) espondiloartrose, 5) patologia cardiovascular, 6) patologia respiratória, 7) cancro, 8) depressão, 9) Outra condição médica diagnosticada ou 10) outra condição médica ainda sem diagnóstico.

Instrumentos de avaliação da dor:

Body chart – avaliação da localização da dor. Consiste em pedir ao participante para assinalar com uma cruz num manequim desenhado o local ou locais onde sente dor (Torres & Ciconelli 2006). Esta forma de avaliação da localização da dor é bastante eficaz e simples de utilizar especialmente com idosos e vai ao encontro das *guidelines* definidas pela Royal College of Physicians em 2007 acerca da avaliação da dor em idosos. O *bodychart* que representava o corpo foi dividido em locais de dor e incluí cabeça, cervical, ombro, braço, cotovelo, punho/mão, torácica, lombar, anca, coxa, joelho, perna e tibiotársica/pé. O número de locais de dor foi obtido através da contagem dos locais assinalados no *bodychart*, e foi caracterizado por 1) um local de dor, 2) Dois locais de dor, 3) três ou mais locais de dor mas não preenche o critério de dor generalizada e 4) dor generalizada. A dor generalizada foi definida como dor abaixo e acima da cintura, do lado direito e esquerdo do corpo e dor no esqueleto axial (Wolfe et al. 1993)

Escala visual numérica – Avaliação da intensidade da dor. Através de uma escala vertical numérica, que varia de 1 (sem dor) a 10 (pior dor imaginável) de acordo com os princípios do Royal College of Physicians (2007);

Avaliação da frequência e duração da dor – Consiste em duas perguntas. Uma pretende identificar a frequência da dor na última semana ao passo que a outra se destina a identificar o tempo de duração da referida dor. A frequência da dor na semana anterior à entrevista foi obtida pedindo aos participantes para

escolherem uma das seguintes opções 1) raramente (uma vez por semana), 2) ocasionalmente (duas a três vezes por semana), 3) muitas vezes (mais do que três vezes por semana) e 4) sempre. A duração da dor foi obtida perguntando aos participantes à quanto tempo sentiam dor, e as respostas foram agrupadas em 1) menos de seis meses, 2) mais de seis meses.

Avaliação Rápida da Atividade Física: versão portuguesa da RAPA (Rapid Assessment of Physical Activity). Este instrumento permite, de forma simples e rápida, determinar o nível de atividade física em adultos com mais de 50 anos. O instrumento é composto por 9 perguntas de resposta sim e não, sendo que 7 das quais avaliam o nível de atividade física que varia desde sem atividade física até atividade física intensa (RAPA 1), e duas avaliam atividade física com objetivo de treino de força e flexibilidade (RAPA 2). O participante deve indicar qual das perguntas mais se adequa ao seu nível de atividade. O total da pontuação das primeiras 7 questões é de 7 pontos. No entanto, esses 7 pontos correspondem a 5 níveis de atividade física na pontuação final. As questões relacionadas com o treino de força e flexibilidade são pontuadas separadamente sendo que treino de força equivale a um ponto, flexibilidade equivale a 2 pontos e ambos equivale a 3 pontos. Uma pontuação abaixo de 6 é considerada como estando abaixo da pontuação ideal. Em relação às propriedades psicométricas, um estudo de Topolski e colaboradores em 2006 demonstrou que a RAPA é um instrumento fácil de usar e válido para medir a atividade física. Em termos de validade de critério, o mesmo estudo demonstrou que este instrumento estava melhor correlacionado com o critério de ouro utilizado nesse estudo que outros instrumentos usados para medir a atividade física, apresentando um coeficiente de correlação de $r=0,54$ (Topolski et al. 2006). A escala já se encontra validada para português, e os dados psicométricos obtidos mostram que esta versão apresenta uma fiabilidade razoável (valor de Kappa = 0,67). Em relação à validade, foi encontrada uma correlação negativa entre este instrumento e o Short Performance Physical Battery (SPPB) a nível da marcha indicando que baixos níveis de atividade física estão associados a limitação funcional e a maior tempo para percorrer 3 metros. Foi também encontrada uma correlação positiva significativa entre a RAPA e a SPPB a nível da pontuação total, sugerindo que níveis mais elevados de atividade física estão associados a melhor *performance*. Estes resultados sugerem validade de construto para a versão portuguesa da RAPA (Silva et al. 2012; Topolski et al. 2006).

WHODAS 2.0: questionário de funcionalidade desenvolvido pela OMS. Esta versão de 12 itens permite avaliar de forma breve os níveis de funcionalidade gerais. Abrange 6 domínios da vida (cognitivo, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades diárias e participação) e a pontuação é feita através de uma escala de Likert de 5 com as seguintes opções de resposta: 1 (nenhuma limitação) 2 (limitação ligeira) 3 (limitação moderada) 4 (limitação grave) e 5 (limitação completa). A pontuação final obtém-se somando todas as pontuações individuais.

A validade deste instrumento já foi estabelecida em várias amostras de vários países diferentes (Andrews et al. 2009) (Üstün et al. 2010b). Nestes estudos, 64% dos especialistas confirmaram que o instrumento mede a incapacidade tal como definida pela CIF, ou seja mede exatamente que é esperado. O Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) para a fiabilidade inter-observadores da versão original é de 0,98 e os valores de consistência interna é elevado (Üstün et al. 2010b). A versão portuguesa do WHODAS 2.0 foi validada em 2011 por Moreira e apresentou uma consistência interna elevada com um Alpha de Cronbach de 0.95. A nível de fiabilidade foi encontrado um CCI de 0,91 que demonstra boa fiabilidade inter-observadores (Moreira 2011b).

Bateria de Testes de *Performance* Física (SPPB): é um instrumento de medição de *performance* física, que tem sido usado para prever incapacidade a longo prazo ou futura institucionalização, e consiste em 3 testes, que são cronometradas: levantar e sentar de uma cadeira 5 vezes sem ajuda dos membros superiores, andar uma distância de 3m a um ritmo normal e manter a posição de pé durante 10s com um pé à frente do outro. A pontuação individual de cada um dos testes varia entre 0 e 4 e a pontuação total da bateria varia de 0 a 12 e resulta do somatório das pontuações individuais para cada teste tendo em conta se a pessoa completou o exercício e o tempo que demorou a executá-lo. Quanto mais elevada for a pontuação, melhor o nível de *performance*. Em relação às propriedades psicométricas da versão original, o instrumento apresenta uma consistência interna avaliada pelo alfa de Cronbach de 0,76, um valor de CCI de 0,89 para o teste de velocidade da marcha, de 0,73 para o teste de levantar e sentar da cadeira e de 0,97 para o teste de equilíbrio (Guralnik et al. 1994). Estes resultados demonstram a validade e a fiabilidade desta bateria de testes.

Escala de Depressão Geriátrica (GDS): A escala de depressão geriátrica foi desenvolvida por Yesavage e alguns colaboradores em 1983, e é um instrumento que

funciona como medida de despiste de depressão em idosos. A versão de 15 itens foi desenvolvida por Sheikh e Yesavage em 1986 sendo uma versão reduzida da original, e tendo sido elaborada a partir dos itens que melhor se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Consiste em 15 perguntas de resposta sim e não em que um score acima de 5 indica depressão ligeira e um score acima de 11 indica depressão grave (Greenberg 2007). A consistência interna da escala foi avaliada por Almeida et al (1999) e revelou um índice de fiabilidade de 0,81. Também os níveis de sensibilidade e especificidade da escala são elevados, quer para indivíduos com mais de 65 anos, quer para indivíduos com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos (Weintraub et al. 2006).

ANEXO II – Folha de informações sobre o projeto
FOLHA DE INFORMAÇÕES

1. Introdução

Somos um grupo de investigadores da Universidade de Aveiro e gostaríamos de o/a convidar para participar no estudo que estamos a realizar. Contudo, antes de decidir se gostaria de participar, é importante que compreenda os objetivos do estudo e o que ele envolve. Peço-lhe que leia atentamente as informações que se seguem e que as discuta com parentes e/ou amigos se assim o desejar. Por favor, sinta-se à vontade para nos contactar e colocar todas as questões que lhe surjam (o número de telefone e morada encontram-se no final destas folhas).

2. Informação adicional

Alguns estudos realizados noutros países indicam que é possível prever o quanto alguém vai precisar de cuidados de saúde no futuro através da avaliação da facilidade com que executa várias atividades como andar, sentar e levantar de uma cadeira, entre outras. Contudo, estes estudos não foram realizados para prever necessidades na utilização dos cuidados de saúde primários (centros de saúde). Assim, este estudo tem como objetivo avaliar se é possível identificar pessoas que vão precisar de cuidados de saúde a longo prazo com base na forma como realizam um conjunto de atividades no presente e com base em queixas de dor. Esta informação ajudará os serviços a identificarem pessoas que poderão vir a precisar de cuidados de saúde a longo prazo e a implementar programas de prevenção com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

3. Será que sou a pessoa adequada para participar neste estudo?

Para participar neste estudo procuramos pessoas com 60 ou mais anos dos Concelhos de Aveiro, Ílhavo, Vagos e Albergaria.

4. Sou obrigado a participar no estudo?

A decisão de participar ou não no estudo é sua! Se decidir participar ser-lhe-á pedido que assine a folha do consentimento informado e que nos dê uma entrevista. Se decidir participar e depois quiser desistir, poderá fazê-lo em qualquer altura e sem dar nenhuma explicação.

5. O que irá acontecer se eu decidir participar?

Se decidir participar no estudo, será entrevistado por investigadores/alunos da Universidade de Aveiro. Cada entrevista demorará cerca de 45 minutos e terá lugar no Centro de Saúde. Durante a entrevista, irá ser pedido que realize um conjunto de atividades (andar, levantar-se e sentar-se de uma cadeira, manter o equilíbrio colocando um pé à frente do outro) e que preencha alguns questionários sobre queixas de dor que possa ter, funcionalidade ou atividade física. Ser-lhe-á também pedido que autorize os investigadores a acederem a informação que o centro de saúde tenha sobre a sua utilização dos cuidados de saúde primários no decorrer do próximo ano, como, por exemplo, quantas vezes consultou o médico de família. Se ainda estiver disponível para ser contactado no futuro, no âmbito deste estudo, agradecemos que nos dê o seu telefone. Contudo, não é obrigado a fazê-lo e pode participar apenas em parte deste estudo (por exemplo, na avaliação funcional e não dar o seu contacto, se não quiser).

6. Quais são os possíveis benefícios de participar neste estudo?

O estudo realiza-se no âmbito de um projeto de investigação/mestrado e não o ajudará a si diretamente. Contudo, os resultados deste estudo irão ajudar os investigadores e profissionais de saúde a identificar grupos de pessoas mais necessitadas de cuidados de saúde primários e a desenhar programas de prevenção para melhorar a qualidade de vida destas pessoas e evitar que elas venham a precisar de tantos cuidados de saúde no futuro.

7. O que acontecerá aos resultados do estudo?

Uma vez concluído o estudo, os seus resultados serão apresentados sob a forma de teses de Mestrado, serão dados a conhecer aos responsáveis pelos Centros de Saúde e poderão também vir a ser publicados numa revista de investigação.

8. Será assegurada a confidencialidade dos dados?

O seu anonimato será sempre garantido. A informação recolhida será codificada e mantida estritamente confidencial para todos os que não estejam diretamente envolvidos no estudo.

Funcionalidade e Consumo

Contacto do investigador responsável (caso queira colocar dúvidas ou questões):

Anabela Silva

Professora Adjunta

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Tel. 234 401 558 Ext. 23899.

ANEXO III – Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

?

?

Por favor responda às questões que se seguem colocando uma cruz na coluna apropriada:

?

?

	Sim	Não
Eu recebi toda a informação adequada sobre este estudo	?	?
Foi-me permitido colocar questões e discutir o estudo	?	?
Eu compreendo que posso desistir do estudo em qualquer altura e sem qualquer penalização	?	?
Eu concordo em participar no estudo de avaliação da funcionalidade	?	?

?

?

	Sim	Não
Eu autorizo que sejam consultados os dados relativos à minha utilização dos cuidados de saúde primários (por exemplo, o número de vezes que tive consulta com o médico de família)	?	?
Eu concordo em ser contactado por telefone no prazo de aproximadamente 1 ano no âmbito deste estudo	?	?
N.º de telefone: _____		
Horário de contacto preferencial: _____		

?

?

Nome do participante: _____

Assinatura Nome do participante: _____

?

Nome do investigador: _____

Assinatura do investigador: _____

?

?

Data: _____

ANEXO IV – Folha de informação demográfica e de saúde

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

A. INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE

A.2. SEXO

- (1) Feminino (2) Masculino

A.3. DATA DE NASCIMENTO ___/___/___ (dia/mês/ano)

A.4. CONCELHO _____

A.5. EDUCAÇÃO FORMAL

- (1) Não sabe ler nem escrever
- (2) Sabe ler e escrever
- (3) 4ºano de escolaridade
- (4) 6ºano de escolaridade
- (5) 9ºano de escolaridade
- (6) 12ºano de escolaridade
- (7) Bacharelato/Licenciatura
- (8) Outro (por favor especifique) _____

A.6. ESTADO MATRIMONIAL ACTUAL (Selecione apenas uma opção)

- (1) Nunca foi casado
- (2) Actualmente casado
- (3) Separado
- (4) Divorciado
- (5) Viúvo
- (6) Coabitação

A.7. OCUPAÇÃO ACTUAL (Selecione apenas uma opção)

- (1) Emprego assalariado (por favor especifique): _____
- (2) Trabalha por conta própria (autónomo) (por favor especifique): _____
- (3) Não assalariado, voluntário/caridade
- (4) Estudante
- (5) Doméstica/Dona de casa
- (6) Aposentado
- (7) Desempregado (razão de saúde)
- (8) Desempregado (outra razão)
- (9) Outro (por favor especifique) _____

A.8. DIAGNÓSTICO MÉDICO DAS PRINCIPAIS CONDIÇÕES DE SAÚDE ACTUAIS

- (1) Não existe nenhuma Condição Médica
- (2) Hipertensão Arterial código da CID: __. __. __. __. __
- (3) Diabetes código da CID: __. __. __. __. __
- (4) Artrose: Anca ; Joelho código da CID: __. __. __. __. __
- (5) Espondilartrose: Coluna cervical ; Coluna dorsal ... código da CID: __. __. __.

Funcionalidade e Consumo

- (6) Patologia cardiovascular [] código da CID: __. __. __. __. __
(7) Patologia respiratória [] código da CID: __. __. __. __. __
(8) Cancro [] código da CID: __. __. __. __. __
(9) Depressão [] código da CID: __. __. __. __. __
(10) Antecedentes traumáticos
 Não []
 Sim [] (*por favor especifique*) _____
(11) Outra (*por favor especifique*) _____
(12) Existe uma Condição de Saúde (doença, distúrbio, lesão), porém a sua natureza ou diagnóstico não são conhecidos []

A.9. ALTURA: ____ cm

A.10. PESO: ____ kg

A.11. MÃO DOMINANTE (anterior à condição de saúde)
Esquerda [] Direita [] Ambidestro[]

A.12. FOI HOSPITALIZADO NO ÚLTIMO ANO?

Não []

Sim []

Se SIM, por favor especifique a razão(s) e por quanto tempo?

1. _____; Quantos Dias ____

2. _____; Quantos Dias ____

3. _____; Quantos Dias ____

A.13. USA ALGUM PRODUTO OU TECNOLOGIA?

Não []

Sim []

Se SIM, por favor especifique quais.

(1) Cadeira de rodas []

(2) Bengala []

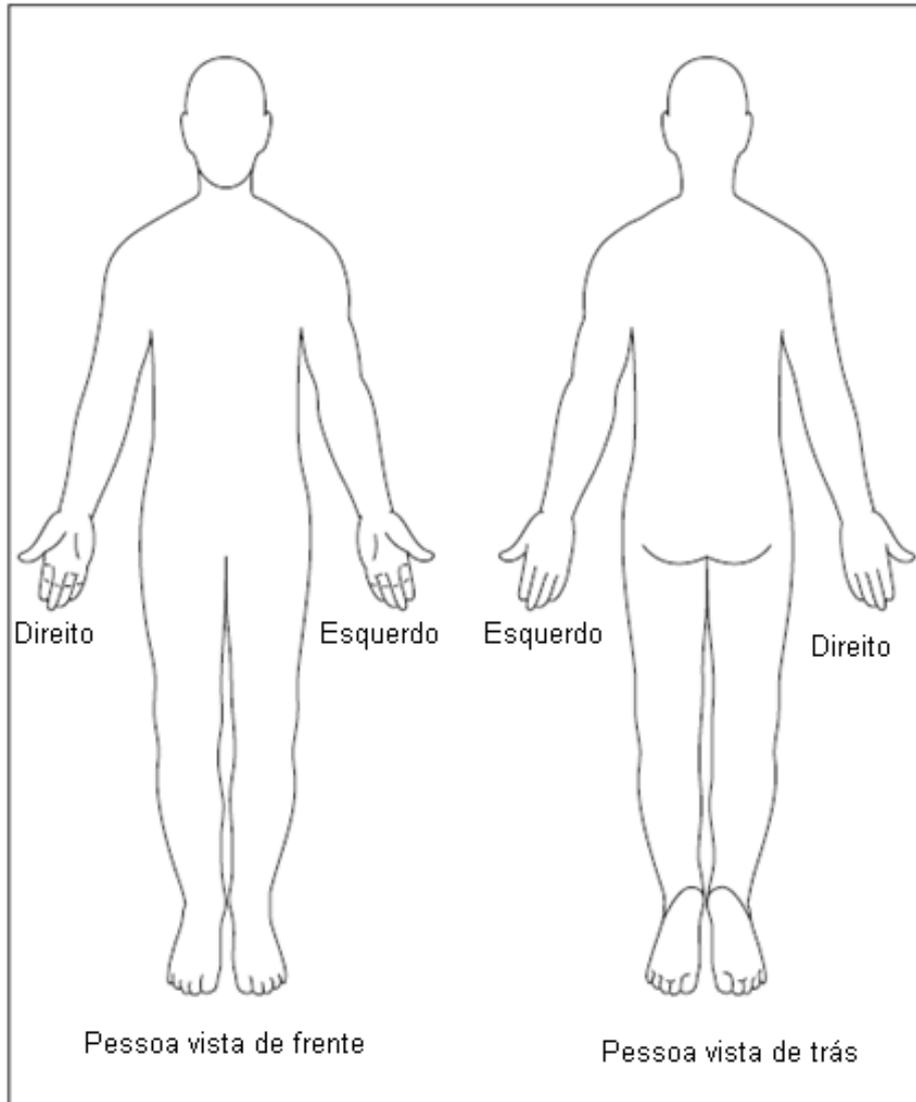
(3) Canadiana []

(4) Ajuda de banho []

(5) Outros [] (*por favor especifique*) _____

CARACTERIZAÇÃO DA DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA (localização, intensidade, frequência e duração)

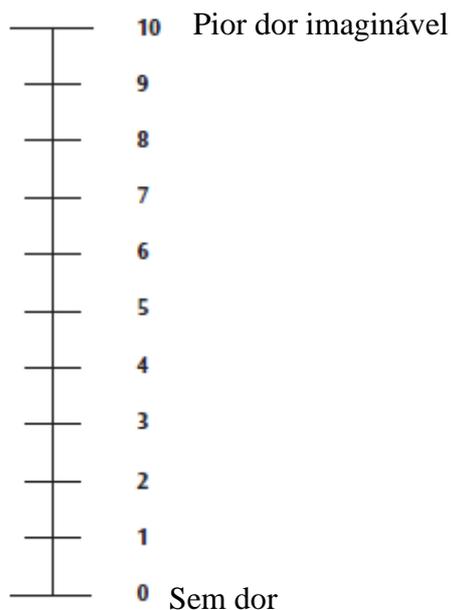
B.1. POR FAVOR, ASSINALE COM CRUZES, NA FIGURA ABAIXO, OS LOCAIS ONDE SENTIU DOR NA ÚLTIMA SEMANA.



C.1. ASSINALE A INTENSIDADE GLOBAL DA DOR NOS VÁRIOS LOCAIS QUE ASSINALOU NA PERGUNTA ANTERIOR UTILIZANDO A ESCALA QUE SE SEGUE.

Nesta escala o zero (0) indica a ausência de dor e os restantes números indicam aumento da dor até ao 10, que representa a pior dor imaginável.

Coloque uma cruz em cima do número que na escala representa a intensidade global da dor hoje.



D.1. QUANTAS VEZES, NA ÚLTIMA SEMANA, SENTIU DOR?

- Raramente (1 vez por semana)
- Ocasionalmente (2 a 3 vezes por semana)
- Muitas vezes (mais do que 3 vezes por semana)
- Sempre

E.1. HÁ QUANTO TEMPO SENTE DOR?

- Menos de 1 mês
- Mais de 1 mês e menos de 6 meses
- Mais de 6 meses e menos de 1 ano
- Mais de 1 ano e menos de 5 anos
- Mais de 5 anos

ANEXO V – Short Physical Performance Battery

SPPN – Folha de registo

1. Equilíbrio

1. Pés juntos - _____
2. O calcanhar de um pé colocado ao lado do dedo grande do outro pé - _____
3. Um pé à frente do outro - _____

2. Marcha

1. Completou o teste (tempo em seg) - _____
2. Não completou - _____

Ajuda técnica:

Não usou

Usou Indique qual _____

3. Sentar e levantar da cadeira

Completou o teste (tempo em seg) - _____

Não completou - _____

Opções de resposta, caso o participante não consiga realizar algum dos testes:

Tentou mas não conseguiu (2)

Não conseguiu manter a posição durante 10s sem assistência (3)

Você não tentou porque não achou seguro (4)

O participante não tentou, sentiu-se inseguro (5)

O participante não compreendeu as instruções (6)

Participante recusou (7)

Outro (8)

ANEXO VI – WHODAS 2.0

WHODAS 2.0

As questões seguintes são acerca das dificuldades que sentiu devido à sua condição de saúde.

Condições de saúde incluem doenças, problemas de saúde de curta ou longa duração, lesões, problemas mentais ou emocionais, ou problemas relacionados com álcool ou drogas.

As suas respostas só devem reflectir os últimos 30 dias e responda às questões pensando em quanta dificuldade teve em realizar as seguintes actividades.

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:		Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
S1	Ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos?	1	2	3	4	5
S2	Tratar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
S3	Aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender o caminho para um novo lugar?	1	2	3	4	5
S4	Quanta dificuldade que teve em participar em actividades na comunidade (como por exemplo, festivais, religiosas ou outras) da mesma forma que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
S5	Quanto se sentiu emocionalmente afectado pela sua condição de saúde? *	1	2	3	4	5

* Codificação: Nada | Ligeiramente | Moderadamente | Gravemente | Completamente

Funcionalidade e Consumo

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:		Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
S6	Concentrar-se a fazer algo durante dez minutos?	1	2	3	4	5
S7	Andar uma distância longa como um quilómetro [ou equivalente]?	1	2	3	4	5
S8	Lavar todo o corpo?	1	2	3	4	5
S9	Vestir-se?	1	2	3	4	5
S10	Lidar com pessoas que não conhece?	1	2	3	4	5
S11	Manter uma amizade?	1	2	3	4	5
S12	No seu trabalho/escola do dia-a-dia?	1	2	3	4	5

ANEXO VII - RAPA

Qual é seu nível de atividade física? (assinale uma resposta em cada linha)

		Esta frase descreve-o com exatidão?
<p>ARAFA</p>	1. Raramente ou nunca faço atividade física	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2. Faço alguma atividade física leve ou moderada, mas não todas as semanas.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3. Faço alguma atividade física leve todas as semanas.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	4. Faço atividade física moderada todas as semanas, mas menos do que 30 minutos por dia ou menos do que cinco dias por semana.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	5. Faço atividade física intensa todas as semanas, mas menos do que 20 minutos por dia ou menos do que três dias por semana.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	6. Faço 30 minutos ou mais de atividade física moderada por dia, cinco ou mais dias por semana.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	7. Faço 20 minutos ou mais de atividade física intensa por dia, três ou mais dias por semana.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>ARAFA</p> <p>3=Ambas</p>	1. Faço atividades para aumentar a força muscular, como por exemplo levantar pesos, uma ou mais vezes por semana.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2. Faço atividades para aumentar a flexibilidade, como por exemplo alongamentos ou yoga, uma ou mais vezes por semana.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ANEXO VIII – Escala de Depressão Geriátrica

Escala de Depressão Geriátrica – Yesavage

	Sim	Não
1. Está satisfeito/a com a sua vida?		
2. Afastou-se das actividades e das “coisas” que lhe interessavam?		
3. Sente que a sua vida é vazia?		
4. Sente-se frequentemente aborrecido/a?		
5. Está sempre de bom humor, na maior parte do tempo?		
6. Tem medo que algo de mal lhe aconteça?		
7. Sente-se feliz, na maior parte do tempo?		
8. Sente-se abandonado/a, na maior parte do tempo?		
9. Prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas diferentes?		
10. Acha que tem mais dificuldade com a memória, do que a maioria das pessoas?		
11. Acha que neste momento “Viver” é algo maravilhoso?		
12. Acha-se inútil?		
13. Sente-se cheio/a de energia?		
14. Sente-se esperançoso/a em relação à sua situação actual?		
15. Acredita que a maioria das pessoas está em melhor situação do que a sua?		