

Portugal Saúde em Números

2017 | Número 5

Portugal

saúde em números

health by numbers Portugal

Revista Científica da Direção - Geral da Saúde
Directorate General of Health Journal

Conteúdo

Ficha técnica	3
Editorial	4
Artigos	5
A. Incidência e caracterização das quedas nos idosos na unidade de cuidados continuados integrados de Alijó Portugal	5
B. A pessoa idosa, dependência e acessibilidade aos cuidados de saúde	14
Intervenção em Saúde Pública	24
C. Vírus do papiloma humano - Intervir para prevenir	24
Perspetiva	31
D. Linha Saúde 24, 10 anos	31

Ficha técnica

Portugal Saúde em Números

Revista Científica da Direção-Geral da Saúde

ISSN 2182-7389

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 - 1049-005 Lisboa

Instruções aos autores: www.dgs.pt

Submissão de artigos: revista@dgs.min-saude.pt

Diretor

Paulo Jorge Nogueira

Editores

Ana Paula Soares

Sofia Amador

Conselho Científico

Francisco George

Maria da Graça Freitas

Catarina Sena

Alexandre Diniz

Álvaro Carvalho

Andreia Silva Costa

Cristina Bárbara

Cristina Valadas

Emília Nunes

Eva Falcão

Kamal Mansinho

Maria do Rosário Rodrigues

Maria Isabel Aldir

Nuno Miranda

Paulo André Fernandes

Pedro Graça

Pedro Teixeira

Rui Cruz Ferreira

—
As opiniões expressas representam as opções dos autores e não a posição da Direção-Geral da Saúde e do Ministério da Saúde

Editorial

Transformação Digital

E vão cinco ... venham mais cinco!

A nossa vontade de fazer mais edições desta revista nunca esmorece. Pudéssemos nós, e não faríamos mais coisa alguma. Mas na verdade temos de fazer tudo o resto e o tempo e os recursos escasseiam. Mas aqui está a quinta edição!

Perante as limitações que parecem ser inultrapassáveis e a vontade de fazer que é sempre maior é fundamental encontrar a forma ou os meios que permitam conciliar as duas coisas.

A ideia que mais sentido nos fez foi aproveitar a tendência corrente da transformação digital. Será possível passar rapidamente do investigador para a publicação? Como é que podemos agilizar este processo? Parece-nos que a estratégia passa pela simplificação dos processos e pelo uso de novas tecnologias que permitam passar dos dados e das palavras diretamente para a publicação final.

Estas ideias animam-nos e pusemo-las em marcha. É por isso que a revista nesta edição tem um aspeto diferente, acreditamos que simplificado e renovado. Queremos nas próximas edições que os artigos sejam ainda mais uniformes, poder ter todos os elementos ou artigos feitos diretamente dos dados do investigador sem quais quer passos intermédios, programas, aplicações e instrumentos que tais.

Neste número temos dois artigos sobre a pessoa idosa um tema fundamental para toda a DGS; um artigo sobre o vírus do papiloma humano sob a forma de uma intervenção em saúde pública – queremos ter mais; e, por fim uma perspetiva sobre o que foram 10 anos de experiência da linha de Saúde 24 na DGS, o caminho que permitiu a linha evoluir para o atual Centro de contactos do SNS – o SNS 24!

Queríamos ter mais edições prontas, queríamos ter mais números por ano... e vamos ter!

Cinco já cá estão ... venham mais cinco!!

Paulo Jorge Nogueira

Artigos

A. Incidência e caracterização das quedas nos idosos na unidade de cuidados continuados integrados de Alijó Portugal

Autores: Alexandrina Lobo¹ | Nuno Silva² | Cláudia Teixeira³

Instituição: ¹Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado - Chaves | ²Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Peso da Régua | ³Unidade de Cuidados Continuados de Alijó

Contacto: Alexandrina Lobo | damiaolobo@gmail.com

Resumo ¹

A ocorrência de quedas constitui uma das causas mais frequentes de dependência e institucionalização da pessoa idosa⁽¹⁾. Apesar de todo o vasto conhecimento existente sobre os fatores que indiciam a ocorrência de quedas, estas continuam a ser um problema de saúde demasiado frequente e, conseqüentemente, muito preocupante, principalmente nas unidades de saúde.

Dada a complexidade da ocorrência de quedas, é fundamental classificá-las e descrevê-las segundo a frequência, tipo de consequência e fatores precipitantes, para procurar prevenir e reduzir a sua incidência.

No presente estudo, propusemo-nos a descrever a incidência de quedas nos idosos da Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) de Alijó, entre novembro de 2008 e 2013; no que respeita à frequência, causas, circunstâncias e consequências.

Este estudo permitiu, assim, catalogar as ocorrências de quedas e permitiu concluir, por exemplo, que a incidência de quedas nos idosos institucionalizados é superior nos homens, durante o primeiro mês de institucionalização, no turno da manhã, no quarto de banho, resultando em algum tipo de consequências físicas. Estudos como este fornecem-nos indicações importantes para aumentar a eficácia dos programas de prevenção de quedas.

Palavras-chave: Idosos; Unidade de Cuidados Continuados Integrados; Quedas.

1. Introdução

O envelhecimento humano é natural e progressivo, caracterizado por alterações estruturais e

funcionais, as quais se associam a uma maior predisposição para a ocorrência de quedas⁽¹⁾. Esta problemática na pessoa idosa constitui uma das causas mais frequentes de dependência e

¹O presente artigo é parte de um trabalho desenvolvido e publicado in Moura, C. et al. (Coords.). Novos olhares na saúde. Chaves: Escola Superior de Enfermagem José Timóteo Montalvão Machado, 2014.

institucionalização⁽²⁾, devido ao aumento expressivo do número de idosos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽³⁾, as quedas são a segunda causa de morte por lesão acidental no mundo. Para Ribeiro⁽⁴⁾, a queda é um evento acidental que resulta na mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação à sua posição inicial, determinado por variadas circunstâncias, comprometendo a estabilidade e a função da pessoa. O seu risco aumenta na mesma proporção que os fatores de risco associados.⁽⁵⁾

As quedas continuam a ser um problema de saúde frequente e preocupante nas unidades de saúde. Os enfermeiros devem assumir responsabilidades ao nível do seu controlo e monitorização, nomeadamente através de rigorosas e sistemáticas avaliações do risco de queda e de promoção de intervenções adequadas ao nível da preparação de estruturas de registo, da adequação do equipamento de protecção para quedas, da formação dos profissionais, da articulação com os serviços de limpeza⁽⁶⁾. Podem ter consequências físicas, psicológicas e sociais, sendo frequentes nas instituições, em parte devido à dotação insuficiente de enfermeiros⁽⁷⁾.

O consumo habitual de determinados medicamentos pode aumentar o risco de quedas em idosos⁽⁶⁾, nomeadamente, os institucionalizados tendem a necessitar de mais medicação do que os que residem na comunidade; verifica-se ainda que apresentam maior número de patologias crónicas, maior debilidade e incapacidade física e mental⁽¹⁾. Pensa-se que por estas razões, as quedas dos idosos institucionalizados são mais graves e com maiores consequências⁽⁸⁾.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados criada em Portugal, tem como objetivo pres-

tar cuidados de saúde e de apoio social às pessoas em situação de dependência, intervindo de forma holística na sua reabilitação e contribuindo para a manutenção e melhoria da sua capacidade funcional⁽⁹⁾.

Tendo em conta as recomendações internacionais^(3,12) de priorização de investigação relacionada a esta problemática, de estabelecimento efetivo de políticas de redução do risco de queda e de aposta na criação de ambientes seguros para os doentes, procura-se com este estudo, contribuir com ganhos em saúde adaptados a esta população, nomeadamente a redução da ocorrência de quedas e redução das consequências físicas e psicológicas das mesmas. Para o efeito, definiram-se os seguintes objetivos: analisar a incidência de quedas nos idosos da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Alijó; caracterizar os idosos e as quedas ocorridas.

2. Metodologia

Neste estudo utilizou-se uma metodologia retrospectiva, do tipo exploratória-descritiva, com uma abordagem quantitativa, no sentido de obter dados que, depois de devidamente analisados, subsidiem indicadores notáveis, nomeadamente de incidência e de caracterização das quedas para contribuir para a criação de intervenções em enfermagem.

Tendo em conta a dimensão reduzida da população-alvo e da população acessível numa unidade de cuidados deste tipo, tal como a escolhida para a investigação, optou-se por estudar toda a população acessível, não se tendo procedido a qualquer amostragem. Contámos assim com 57 registos de quedas, resultantes de situa-

ções ocorridas em 44 dos 388 doentes internados entre novembro de 2008 e novembro de 2013 na UCCI de Alijó, tendo os dados sido recolhidos durante os meses de dezembro de 2013 e janeiro de 2014.

Para a recolha de informação foram consultados os registos de quedas e respetivos processos clínicos (em suporte de papel e suporte *digital-gestcare*[®]) dos idosos, considerando-se para o efeito os dados registados nas avaliações prévias à primeira queda, realizadas pelos profissionais da unidade.

Foram incluídas no estudo as variáveis género, idade, escolaridade, número de coabitantes, índice de massa corporal, antecedentes clínicos pessoais, medicação em uso, bem como informações sobre a descrição da queda (data, hora, local, barreiras arquitetónicas, condições do piso, presença de profissionais de saúde, situação de ocorrência da queda e consequências físicas), procurando-se todas as variáveis passíveis de serem extraídas da informação de cada doente relacionadas com fatores de risco de quedas intrínsecos e extrínsecos.

Neste estudo, foram respeitados os princípios enunciados na declaração de Helsínquia de 1975 da Associação Médica Mundial, revista em 2004 e todos os métodos e procedimentos foram aprovados pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte.

Procurou-se avaliar as várias dimensões que contribuem para o aumento da ocorrência de quedas. Recorremos a avaliações realizadas pela equipa multidisciplinar da unidade de cuidados, durante o período de internamento do doente. Examinámos as avaliações realizadas nos dias imediatamente antes da ocorrência de cada queda, o mais

próximo possível da mesma, considerando as seguintes medidas:

Avaliação do nível de consciência:

Como uma das formas mais objetivas de avaliar o nível de consciência de uma pessoa, surge a escala de coma de Glasgow. Esta é uma escala neurológica que permite ao examinador classificar as três principais respostas do doente ao ambiente em que está inserido: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora. O total máximo de pontuação para uma pessoa totalmente consciente é de 15, sendo que o total mínimo da escala é de 3⁽¹⁰⁾

Avaliação do risco de queda:

Não tendo sido encontrada nenhuma publicação relativa à tradução, adaptação e validação da referida escala para português, e não constar nenhuma versão portuguesa na última publicação da autora⁽⁶⁾, esta foi contactada, tendo autorizado a utilização da escala. Ainda enviou recomendações para a sua utilização, as quais foram seguidas na investigação. Esta escala mede o nível de risco da ocorrência de queda, no intuito da adoção de estratégias para a prevenção das quedas. Para aferição das pontuações são utilizados 6 itens: antecedentes de queda; diagnóstico secundário; apoio para deambulação; medicação e/ou heparina intravenosa; marcha; estado mental. As pontuações obtidas podem então enquadrar-se em três diferentes níveis: baixo risco (pontuação inferior a 25); médio risco (pontuação entre 25 e 51); alto risco (pontuação superior a 51).

Avaliação do grau de dependência:

O índice de Barthel, um dos instrumentos de avaliação das atividades de vida diária⁽⁹⁾. Este índice afere a dependência funcional em doentes com patologia crónica, pretendendo avaliar se o doente

é capaz ou não de desempenhar determinadas tarefas de forma autónoma. A escala é constituída por 10 itens: alimentação, transferências, arranjo pessoal, uso da casa de banho, banho, mobilidade, uso das escadas, vestir/despir, controlo vesical e controlo intestinal. O seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica dependência total; 21-60 dependência grave; 61-90 dependência moderada; 91-99 dependência muito leve e 100 independência.

Os dados obtidos foram codificados e analisados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17 para o *Windows* (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), tendo sido estabelecido o nível de significância de 5%. Foi utilizada estatística descritiva e inferencial, nomeadamente: o coeficiente de correlação de *Spearman* para descrever o grau de relação e/ou associação entre algumas das variáveis consideradas; recorreremos aos testes não paramétricos como *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* para a comparação das médias entre amostras independentes de variáveis ordinais compostas por 2 grupos e por 3 ou mais, respetivamente.

3. Resultados

Neste estudo, com 44 sujeitos institucionalizados (27 homens e 17 mulheres), observou-se uma idade média de 73,6±9,6 anos; 47,7% (n=21) são ca-

sados, 27,3% (n=12) são viúvos e 22,7% (n=10) são solteiros. A maioria tem ensino primário (59,1%; n=26), vive em meio rural (88,6%; n=39), coabita com mais uma pessoa (45,5%, n=20) e 31,8% (n=14) vive sozinho.

No que diz respeito à caracterização do motivo subjacente à referenciação do doente, observa-se que, 40,9% (n=18) deveu-se a AVC isquémico, 13,6% (n=6) por AVC hemorrágico, condizendo a maioria com indivíduos internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), correspondendo a um total de 75% (n=33) dos casos em estudo. Em paralelo, constata-se que, os 11 idosos internados que sofreram quedas na Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), são maioritariamente referenciados devido a úlceras de pressão (11,4%; n=5). Espelha-se ainda uma percentagem de 84% (n=37) de sujeitos provenientes do hospital, concretamente 22 sujeitos de unidades de AVC.

Através da análise da tabela 1, verifica-se que apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, as mulheres têm melhor nível de consciência, maior dependência, apresentam menor de risco de quedas e têm maior IMC. Constatase que os sujeitos com menos de um mês de tempo decorrido de internamento, na unidade a que se reporta o presente estudo, até ao episódio da queda, revelam-se, igualmente, com maior dependência e menor risco de quedas; em oposição, têm pior nível de consciência e apresentam menos peso.

Tabela 1: Características da amostra por género e tempo de institucionalização

Variável	Feminino	Masculino	Institucionalizado menos de 1 mês	Institucionalizado mais de 1 mês
Escala de Glasgow	14,4±0,7	14,1±1,0	14,1±0,8	14,3±1,0
Índice de Barthel	31,8±24,9	41,7±25,3	33±21,0	42,7±28,7
Escala de Morse	43,5±16,0	49,8±20,1	45,7±17,5	49,1±20,0
IMC	24,3±5,3	23,2±3,4	23,0±4,2	24,4±4,4

Examinando a medicação utilizada pelos sujeitos em estudo, verifica-se que 54,5% utiliza anti-hipertensores, 40,9% usa ansiolíticos, 20,5% antidepressivos e 22,7% depende de hipoglicemiantes; evidenciando-se que 86,4% (n=38) requer a utilização de dois ou mais destes fármacos.

Tal como apresentado na tabela relativa à percentagem de casos de alterações em variáveis associadas às quedas, observa-se que as mulheres, e em geral todos os idosos no primeiro mês de internamento, apresentam menos problemas visuais e auditivos, mas maior uso de anti-hipertensores e alterações de mobilidade.

Tabela 2: Distribuição das alterações em variáveis associadas às quedas por género e tempo de institucionalização (%)

Alterações	Feminino	Masculino	Institucionalizado menos de 1 mês	Institucionalizado mais de 1 mês
Acuidade visual	23,5	29,6	22,7	31,8
Acuidade auditiva	11,8	18,5	4,5	27,3
Sono e repouso	23,5	40,7	36,4	31,8
Mobilidade/locomoção	88,2	85,1	95,5	77,3
Uso de anti hipertensores	70,6	44,4	68,2	40,9

Considerando a caracterização das quedas, destaca-se que 47,4% (n=27) ocorreram no período da manhã, 43,9% (n=25) durante a tarde, 33,3% (n=19) aconteceu no quarto de banho, 28,1% (n=16) no refeitório e 24,6% (n=14) na enfermaria. Detalhando a ocorrência da primeira queda, destaca-se que 50% (n=22) ocorreram no período da manhã, 43,2% (n=19) durante a tarde, 34,1% (n=15) aconteceu no quarto de banho, 27,3% (n=12) no refeitório e 25% (n=11) na enfermaria.

A maioria (73,7%, n=42) das quedas não foi presenciada por profissionais de saúde, 10 sujeitos

tiveram mais do que uma queda durante o internamento, registando-se ainda que 9 casos requereram atendimento no serviço de urgência. Ao que se acrescenta que 12,3% (n=7) das quedas aconteceram em circunstâncias de pavimento molhado, 50,9% (n=29) tiveram consequências físicas, nomeadamente: 26,3% (n=15) casos de hematomas e 14% (n=8) de feridas.

Tal como apresentado na tabela 3, independentemente do género e do tempo de institucionalização, observa-se que a maioria dos idosos em estudo apresenta risco médio de quedas.

Tabela 3: Distribuição das alterações em variáveis associadas às quedas por género e tempo de institucionalização (%)

Risco de queda	Feminino	Masculino	Institucionalizado menos de 1 mês	Institucionalizado mais de 1 mês
Baixo risco	5,9	7,4	9,1	4,5
Médio risco	52,9	51,9	50	54,5
Alto risco	41,2	40,7	40,9	40,9

Procurando conhecer a associação entre algumas variáveis em estudo, apresenta-se a tabela 4, na qual se observa que existe associação negativa e

significativa entre a idade e o nível de consciência; por outro lado, há relação positiva entre o nível de dependência e de consciência.

Tabela 4: Análise das correlações entre variáveis

	Número de quedas	Idade	Escala de Glasgow
Escala de Glasgow	-0,107	-0,335	1
Índice de Barthel	-0,199	-0,134	0,331
Escala de Morse	0,198	0,062	-0,175
IMC	-0,175	-0,133	0,153

4. Discussão

Consideraram-se todos os registros de quedas verificadas na UCCI de Alijó, entre novembro de 2008 e novembro de 2013, que corresponde a um total de 181 doentes internados na unidade média duração e reabilitação e de 207 doentes internados na ULDM.

No âmbito do nosso estudo, verificou-se uma incidência cumulativa de quedas de 57 casos em 388 idosos (14,7%), onde 22,8% (13/57) corresponde a quedas recorrentes. Segundo a OMS⁽¹²⁾, 30 a 50% das pessoas que vivem institucionalizadas sofrem quedas, das quais 40% são casos de repetição.

Observou-se que os homens apresentavam um maior risco de quedas, Lobo *et al.*⁽³⁾ verificou-se que os idosos do género masculino, institucionalizados há mais tempo, veem prejudicada a sua mobilidade funcional, em grande parte devido à falta de oportunidades e/ou capacidade para realizarem as suas atividades de vida diárias. Outros estudos mostram que já no segundo dia de internamento há uma deterioração significativa da capacidade funcional, decorrente de vários factores^(14,15).

Pela avaliação do risco de queda proposta por Morse⁽⁶⁾, podem-se identificar alterações que afetam a condição de saúde, o que constitui um su-

porte para a definição de medidas preventivas, devendo-se considerar classificação de alto risco a pontuação superior a 45. Os dados foram codificados tendo em conta a categorização do aplicativo *digital-gestcare*[®], apurando-se que 52% apresentam médio risco e 41% alto risco; considerando o ponto de corte recentemente recomendado, observa-se que uma taxa significativa de casos são subestimados (36% e 57%, respetivamente). Na sua revisão sistemática da literatura, sobre fatores de risco de queda e de instrumentos de avaliação desse mesmo risco, Oliver *et al.*⁽¹⁶⁾ concluíram que há poucos instrumentos validados e que os que existem possuem uma limitada capacidade preditiva, o que sustenta a necessidade de se conjugarem as medidas e os indicadores específicos para cada pessoa.

Entre os fatores que afetam esta classificação, indica-se a subjetividade na pontuação da medição e do diagnóstico secundário, as quais se interrelacionam até mesmo com outras variáveis, principalmente marcha e estado mental. Verificase que 86,4% dos idosos em estudo utilizavam dois ou mais medicamentos dos que são indicados como potenciadores de quedas, sendo de se destacar que a interação medicamentosa é mais acentuada nos idosos⁽¹⁷⁾. A maioria dos idosos

estudados utiliza medicação anti-hipertensora, a qual pode potencializar a ocorrência de quedas pela eventual hipotensão postural dela resultante^(18,19).

A maioria das quedas (73,7%) não foi presenciada pelos profissionais de saúde e 10 idosos tiveram mais do que uma queda durante o internamento, que em média durou 103 e 529 dias, na UMDR e na ULDM, respetivamente. Tendo em conta as características do contexto em estudo, e como se constata que as quedas não foram associadas à existência de barreiras arquitetónicas, importa valorizar os aspetos relativos às condições de piso molhado, principalmente no quarto de banho, no período da manhã, tal como evidenciado noutros estudos⁽²⁰⁾.

As consequências das quedas em sujeitos internados tendem a ser mais graves, do que as verificadas quando inseridos na comunidade, sendo fatais em cerca de 20% dos casos, o que, pelo menos em parte, justifica o registo de 4 mortes de entre os sujeitos em estudo.⁽¹⁴⁾

Neste estudo apurou-se que 51% tiveram lesões diretamente causadas pelo traumatismo, o que é compatível com o encontrado noutros estudos⁽²⁰⁾. Não foram avaliadas as consequências de natureza psicológica, que dizem respeito ao medo de voltar a cair, à ansiedade, à depressão e à perda da auto-estima e social, relativas ao aumento dos custos com recursos humanos e técnicos, em parte devido ao aumento do tempo de internamento, mas também devido à diminuição da sua autonomia^(16,21).

Rubenstein⁽¹⁴⁾ expõe que em 7% das quedas, os idosos sofreram limitação para realizar as atividades de vida diária, deixando de realizar as suas atividades rotineiras. Denota-se que o nível de consciência piora com a idade e associa-se posi-

vamente com o nível de dependência. Pode-se sublinhar que a deterioração do nível de consciência associado à idade interfere na independência, sem se conseguir correlacionar outras variáveis, devido talvez ao reduzido tamanho amostral. Dada a natureza retrospectiva deste trabalho, sugere-se que possam ser realizados outros estudos longitudinais com equipas multiprofissionais devidamente habilitadas para o efeito, incluindo-se ainda outras variáveis.

5. Conclusões

De acordo com os nossos resultados observa-se que a incidência de quedas nos idosos institucionalizados é superior nos homens, durante o primeiro mês de institucionalização, no turno da manhã, no quarto de banho, resultando em algum tipo de consequências físicas, mais frequentemente, hematomas e feridas.

Os dados desta investigação fornecem-nos importantes indicações para a criação de estratégias nos programas de prevenção de quedas, que passarão, entre outras, por corrigir pontos de corte da escala de Morse, realizar uma sistemática revisão da medicação dos doentes, abordar o tratamento de deficiência visual corrigível, controlar melhor as condições do piso das unidades de saúde, dar especial atenção a alterações do sono e repouso, atender a alterações da mobilidade/locomoção, com especial enfoque na prescrição de ajudas técnicas adequadas a cada doente e suas alterações físicas e sensoriais.

Procurando dar-se relevância à promoção da segurança do doente, bem como à prevenção de incidentes, dos quais as quedas são dos mais relatados, justifica-se a criação de intervenções multi-

disciplinares, para a consecução de melhores cuidados.

6. Declaração de conflito de interesses:

O autor declara quaisquer potenciais conflitos de interesses no que diz respeito à pesquisa, a autoria e/ou publicação deste artigo.

7. Referências Bibliográficas

1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Manual do prestador: recomendações para a melhoria contínua. Disponível em http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI_Manual_do_Prestador.pdf (acedido em 20/maio/2015).
2. Garcia FV. Disequilibrium and its management in elderly patients. *International Tinnitus Journal*. 2009;15(1):83-90.
3. Organização Mundial de Saúde. Falls. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/> (acedido em 05/fev/2014).
4. Ribeiro F, Gomes S, Teixeira F. Impacto da prática regular do exercício físico no equilíbrio, mobilidade funcional e risco de queda em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. 2008;9(1):36-42.
5. Hendrich A. Inpatient falls: lessons from the field. *Patient Safety & Quality Healthcare*. Disponível em <http://www.psqh.com/mayjun06/toc.html> (acedido em 05/fev/2014).
6. Morse J. Preventing Patient Falls: Establishing a Fall Intervention Program. (2ª ed). New York: Springer. 2009.
7. International Council of Nurses. Dotações seguras, salvam vidas. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf. (acedido em 01/junho/2015).
8. Sorenson S, Lissovoy D, Kunaprayoon D, Resnick B, Rupnow M, Studenski S. A Taxonomy and Economic Consequences of Nursing Home Falls. *Drugs Aging*. 2006;23 (3):251-262.
9. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. A rede. Disponível em <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx> (acedido em 11/março/2014).
10. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*. 1974;2:81-84.
11. Cassidy K, Kotynia-English R, Acres J, Flicker L, Lautenschlager NT, Almeida OP. Association between lifestyle factors and mental health measures among community-dwelling older women. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004;38: 940-947.
12. Organização Mundial de Saúde. Falls prevention in older age. Disponível em http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/ (acedido em 11/março/2014).
13. Lobo A. Relação entre aptidão física, atividade física e estabilidade postural. *Revista Enfermagem Referência*. 2012;3(7):123-30.
14. Rubenstein L. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*. 2006;35(Suppl 2):ii37-ii41.
15. Sales M, Silva T, Gil L, Filho W. Adverse events of hospitalization for the elderly patient. *Geriatrics & Gerontologia*. 2011;4(4):238-246.
16. Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo ME. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. *Age and Ageing*. 2004;33(2):122-130.
17. Secoli S. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010;63(1):136-40.
18. Fabrício S, Rodrigues R, Costa Junior M. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista Saúde Pública*. 2007;38(1):93-9.
19. Ferreira D, Yoshitome A. Incidência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010;63(6):991-7.
20. Paula F, Fonseca M, Oliveira R, Rozenfeld S. Profile of elderly admitted to public hospitals of Niterói

(RJ) due to falls. Rev Brasileira de Epidemiologia
2010;13(4):587-95.

21. Saraiva D. Quedas: indicador da qualidade assisten-
cial. Nursing. 2008;18(235):28-35.

B. A pessoa idosa, dependência e acessibilidade aos cuidados de saúde

Autores: Alexandrina Lobo | Ana Ribeiro | Carlos Neves | Graça Ramos | João Gomes | Paula Jesus

Instituição: Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado - Chaves

Contacto: Alexandrina Lobo | damiaolobo@gmail.com

Resumo ²

A acessibilidade aos cuidados de saúde deve garantir o necessário acompanhamento e melhoria da condição de saúde. Assim procurou-se avaliar a relação existente entre o nível de dependência e acessibilidade ao centro de saúde das pessoas idosas com cuidados de enfermagem no domicílio. Estudo transversal e descritivo -correlacional, com amostra intencional de 77 pessoas idosas da área geográfica do ACES Alto Trás-os-Montes II, com cuidados de enfermagem no domicílio. Foi aplicado um questionário pelo investigador, onde se incluiu: a avaliação dos dados socioeconómicos, da acessibilidade e do nível de dependência através do índice de Lawton e Brody. A maioria dos sujeitos considera não sentir dificuldades na deslocação ao centro de saúde e está satisfeito com a sua localização; 58,4% refere gastar entre 5 a 10 euros na sua deslocação ao centro de saúde, 51,9% demora entre 15 a 30 minutos e 46,8% utiliza transporte próprio. Evidencia-se que a maior dependência das pessoas idosas prende-se com os cuidados domésticos. A localização do centro de saúde correlaciona-se positiva e significativamente com as dimensões cuidados pessoais, comunicação e relações sociais. Verifica-se ainda uma associação positiva entre a idade e o tempo de deslocação. Dada a relação existente entre a dependência e a acessibilidade aos cuidados de saúde, importa que se aposte no desenvolvimento de estratégias eficazes que promovam avindependência física, psicológica e social, no sentido de se garantir proximidade e equidade de cuidados, em particular às pessoas idosas com dependência.

Palavras-chave: Acessibilidade aos cuidados de saúde e Dependência

1. Introdução

Foi sobretudo a partir da segunda metade do século XX que emergiu um novo fenómeno nas sociedades desenvolvidas: o envelhecimento demográfico. Os progressos tecnológicos da medicina e, de uma forma geral, a melhoria das condições socioeconómicas contribuíram para o aumento da

longevidade o que, por seu lado, se traduz num aumento significativo de pessoas com doenças crónicas e em situação de dependência⁽¹⁾. A perda de autonomia pode ter consequências na sobrevivência da pessoa idosa, sendo importante apostar-se na melhoria da sua acessibilidade aos cuidados de saúde, dadas as suas implicações no processo de saúde-doença, em particular nas pessoas idosas

²O presente artigo é parte de um trabalho desenvolvido e publicado in Moura, C. et al. (Coords.). Novos olhares na saúde. Chaves: Escola Superior de Enfermagem José Timóteo Montalvão Machado, 2014.

com dependência funcional⁽²⁾.

A acessibilidade é considerada como um dos atributos essenciais para a consecução de qualidade nos serviços de saúde. Tem-se assumido como um conceito complexo, que abarca várias áreas, podendo ser caracterizado pela possibilidade de usufruir cuidados de saúde que no momento sejam considerados necessários, nas condições mais convenientes e favoráveis⁽³⁾. Relaciona-se maioritariamente com os aspetos económicos, a oferta de serviços de saúde e a capacidade física de aceder aos mesmos; de forma a prestar, em tempo útil, os cuidados técnicos e científicos que assegurem a melhoria da condição do utente e uma resposta pronta e eficiente, suscetível de proporcionar o necessário acompanhamento até ao seu completo restabelecimento⁽⁴⁾.

Segundo Furtado e Pereira⁽⁵⁾, a acessibilidade não pode ser vista apenas no sentido da oferta/disponibilidade de cuidados de saúde, mas também têm de ser considerados outros condicionantes ou eventuais barreiras que possam limitar o cidadão ao seu potencial de saúde, nomeadamente: geográficos; demográficos; económicos; sociais ou culturais e nível de dependência. Muito embora a acessibilidade esteja consignada nas políticas da saúde nacionais, tendo por base os direitos e garantias consignados na Constituição da República Portuguesa (Lei n.º 56/79)⁽⁶⁾, tal como exposto no relatório das Estratégias para a Saúde⁽⁷⁾ verifica-se que existem lacunas e ainda não se desenvolveram estratégias coordenadas que preconizem estes direitos. Pelo que, o estudo desta problemática ao nível local-regional justifica-se pela necessidade de se avaliar a adequação de estratégias específicas para minimizar ou eliminar eventuais desigualdades e/ou assimetrias no

acesso aos cuidados de saúde.

Lima-Costa et al.⁽⁸⁾ expõe que o desempenho das atividades é substancialmente afetado pelo grau de dependência resultante das condições motoras e cognitivas, emergindo como uma importante componente para a avaliação da acessibilidade aos cuidados de saúde da população idosa.

Muitas vezes, a dependência associa-se à fragilidade, encarada como uma vulnerabilidade que a pessoa apresenta face aos desafios do contexto onde está inserida. Este termo tem sido aplicado às pessoas idosas, no que se refere à sua tendência para desenvolver incapacidades (deficiências, limitações no desempenho das atividades e restrições na participação social) ou às pessoas idosas com condições sociais desfavoráveis e que têm menos acesso a oportunidades de atingir níveis satisfatórios de saúde e independência⁽⁹⁾.

Vários estudos têm analisado a questão da dependência relacionada com o envelhecimento e as necessidades das famílias, prevalecendo ainda algumas lacunas na avaliação dos determinantes da sua acessibilidade aos cuidados de saúde. Assim, neste estudo propõe-se contribuir com dados que fomentem a igualdade de acesso e por outro lado a maximização do seu potencial de saúde. Tendo sido definidos os seguintes objetivos:

- caracterizar a acessibilidade e os níveis de dependência das pessoas idosas com cuidados de enfermagem no domicílio;
- verificar se existe relação entre os diferentes níveis de dependência e a acessibilidade destes utentes aos cuidados de saúde primários.

A pertinência de estudar a relação entre a acessibilidade e o nível de autonomia das pessoas ido-

sas com cuidados de enfermagem ao domicílio justifica-se pelos elevados índices de dependência e envelhecimento populacional, fracas redes viárias e baixa densidade populacional do interior norte do país.

2. Métodos

Quanto ao desenho da investigação realizou-se um estudo descritivo-correlacional, na medida em que se pretende, não só descrever um fenómeno, mas também examinar associações entre variáveis ou diferenças entre grupos. Optou-se por uma abordagem inscrita no paradigma quantitativo. Quanto à temporalidade classifica-se de transversal, tendo em conta que o estudo transversal consiste em examinar simultaneamente um ou vários cortes da população ou um ou vários grupos de indivíduos, num determinado tempo, em relação com um fenómeno presente no momento da investigação, tal como referido por Fortin et al. (2009)⁽¹⁰⁾.

Para o efeito, a amostra foi intencional e constituída por 77 pessoas idosas com cuidados de enfermagem no domicílio, entre janeiro e março de 2012. Definindo-se como critérios de inclusão:

- necessitar de cuidados de enfermagem ao domicílio;
- residir na área geográfica abrangida do ACES Alto Trás-os-Montes II pelo menos 9 meses por ano;
- ter capacidade para avaliar e responder às questões solicitadas.

Os dados foram colhidos no domicílio dos sujeitos em estudo, por questionário aplicado pelo próprio

investigador onde se avaliaram os dados socioeconómicos, demográficos e culturais (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias; atividade profissional desenvolvida, rendimentos mensais). Na análise da acessibilidade considerou-se o tipo de transporte utilizado, tempo e dinheiro gasto na deslocação ao centro de saúde (CS), opinião sobre dificuldade de deslocação, localização, condições de acesso para pessoas com deficiência e recursos de estacionamento do CS.

Para a avaliação das atividades de vida diária (AVD) empregou-se o índice de Lawton e Brody⁽¹¹⁾, validado para a população Portuguesa por Araújo et al. (2008)⁽¹²⁾. Este apresenta 7 dimensões com vários itens: cuidados pessoais (alimentação, vestir-se, banho, eliminação, medicação, interesse na aparência pessoal); cuidados domésticos (preparar refeições, arrumação da mesa, trabalhos domésticos, reparações domésticas, lavar a roupa); trabalho e recreação (trabalho, recreação, organizações, viagens); compras e dinheiro (compra de comida, uso de dinheiro, gestão de dinheiro); locomoção (transporte público, condução de veículos, mobilidade pela vizinhança, locomoção fora de locais familiares); comunicação (uso do telefone, conversas, compreensão, leitura, escrita) e relações sociais (relações familiares, relação com as crianças, amigos).

Foi solicitada e obtida autorização para a realização do estudo (parecer nº 49/2012 da ARS Norte). Os sujeitos em estudo que aceitaram participar no estudo e assinaram o consentimento informado, livre e esclarecido, compreenderam que seria por participação voluntária, garantida confidencialidade dos dados e anonimato. Os dados provenientes dos questionários foram submetidos a tratamento estatístico, através do programa *Statisti-*

cal Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. Procedemos à distribuição das frequências absolutas e relativas para todas as variáveis quantitativas, da média e desvio padrão. Recorremos ainda à estatística inferencial, empregando-se a correlação de *Pearson* para o estudo da associação entre as diferentes variáveis. Consideramos existirem diferenças estatísticas significativas quando $p < 0,05$.

3. Resultados

Os sujeitos deste estudo ($n=77$) apresentam uma idade média de $71,1 \pm 8,8$ anos (mínimo de 65 e má-

ximo de 89 anos). Tal como podemos observar na tabela 1, a maioria dos sujeitos da amostra é do sexo feminino ($n=49$; 63,6%) e casada ($n=49$; 63,6%), seguida dos viúvos ($n=26$; 33,8%). Relativamente às habilitações literárias, 55,8% ($n=43$) dos sujeitos possui o 1º ciclo do ensino básico e 24,6% ($n=19$) não frequentou a escola. No que respeita à situação profissional, os reformados são a classe mais frequente, com 87% ($n=67$) dos sujeitos, sendo que dos que trabalham, 54,5% pertencem ao setor primário. A maioria dos sujeitos da amostra (53,2%; $n=41$) refere ter como rendimento mensal entre 200 e 450 euros.

Tabela 1: *Caracterização sociodemográfica dos participantes*

	n	Fr (%)
Sexo		
Feminino	49	63,6
Masculino	28	36,4
Estado civil	n	Fr (%)
Casado	49	63,6
Viúvo	26	33,8
Solteiro	2	2,6
Escolaridade	n	Fr (%)
Não frequentou	19	24,6
1º ciclo ensino básico	43	55,8
2º ciclo ensino básico	10	13
3º ciclo ensino básico	5	6,6
Situação profissional	n	Fr (%)
Reformado	67	87
Desempregado	5	6,5
Doméstico	4	5,2
Trabalhador	1	1,3
Atividade profissional	n	Fr (%)
Setor primário	42	54,5
Setor secundário	14	18,2
Setor terciário	16	20,8
Rendimento mensal	n	Fr (%)
Menos 200euros	9	11,7
200-450euros	41	53,2
451-1000euros	14	18,2
Mais de 1000euros	13	16,9

Relativamente à caracterização da amostra quanto à acessibilidade aos cuidados de saúde primários (tabela 2), verifica-se que 46,8% (n=36) dos sujeitos se desloca ao CS em transporte próprio e 28,6% (n=22) em transporte de familiares, sendo que 51,9% (n=40) demora entre 15 a 30 minutos a chegar ao CS e 33,8% (n=26) demora menos de 15 minutos. Quanto ao dinheiro gasto na deslo-

cação ao CS, 58,4% (n=45) refere gastar entre 5 a 10 euros e 32,5% (n=25) refere gastar menos de 5 euros. Relativamente às dificuldades sentidas na deslocação ao CS, 70,1% (n=54) refere não sentir dificuldade. Quando questionados sobre a opinião em relação à localização do CS, a maioria está satisfeito (45,5%, n=35) e 20,8% (n=16) está pouco satisfeito. Em relação à acessibilidade para pessoas

com deficiência física, 45,5% (n=35) considera que de estacionamento como razoáveis e 24,7% (n=19) é boa e 44,2% (n=34) considera-a como razoável. como maus. 53,2% (n=41) dos sujeitos caracteriza os recursos

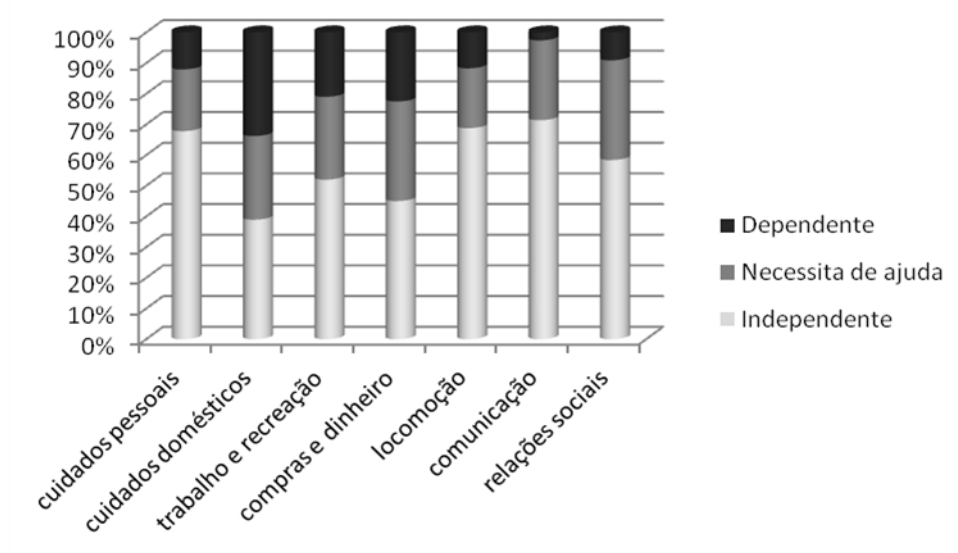
Tabela 2: Caracterização da acessibilidade aos cuidados de saúde primários.

Transporte próprio	36	46,8
Transporte público	10	13
Transporte de familiares	22	28,6
Ambulância	2	2,6
A pé	7	9,1
Tempo de deslocação	n	Fr (%)
Menos 15minutos	26	33,8
15-30minutos	40	51,9
Mais de 30minutos	11	14,3
Despesas de deslocação	n	Fr (%)
Menos 5euros	25	32,5
5-10euros	45	58,4
Mais de 10euros	7	9,1
Tem dificuldade de deslocação	n	Fr (%)
Sim	23	29,9
Não	54	70,1
Localização do CS	n	Fr (%)
Muito satisfeito	26	33,7
Satisfeito	35	45,5
Pouco satisfeito	16	20,8
Acessibilidade para deficientes	n	Fr (%)
Boa	35	45,5
Razoável	34	44,2
Má	8	10,3
Recursos de estacionamento	n	Fr (%)
Bom	17	22,1
Razoável	41	53,2
Mau	19	24,7

No que respeita aos resultados obtidos acerca do nível de dependência (figura 1), constata-se que mais de 60% dos sujeitos da amostra são independentes na dimensão dos cuidados pessoais; pelo contrário nos cuidados domésticos, apenas 35% dos sujeitos são independentes, sendo que cerca de 40% são dependentes. Em relação ao trabalho e recreação, aproximadamente 50% são

independentes. Na dimensão compras e dinheiro, cerca de 40% são independentes e mais de 30% necessitam de ajuda. A maioria dos sujeitos (65%) é independente na locomoção e na comunicação (68%). Quanto às relações sociais, cerca de 55% são independentes e cerca de 30% necessitam de ajuda.

Figura 1: Resultados do nível de dependência dos sujeitos



Através do coeficiente de correlação r de Pearson (tabela 3), podemos verificar que o tempo de deslocação correlaciona-se positiva e significativamente com a idade. A opinião sobre a localização do CS associa-se também positiva e significativamente com as dimensões cuidados pesso-

ais, comunicação e relações sociais. Por seu lado, a opinião sobre a acessibilidade para deficientes apresenta uma correlação positiva e significativa com a dimensão relações sociais, e a opinião sobre os recursos de estacionamento com os cuidados pessoais.

*Diferenças estatisticamente significativas $p < 0,05$ | ** Diferenças estatisticamente significativas $p < 0,001$

4. Discussão e conclusões

O aumento dos níveis de dependência da população conduz a um aumento da frequência de utiliza-

ção dos serviços de saúde, o que tem implicações na acessibilidade aos mesmos, em particular dos utentes idosos com necessidade de cuidados de enfermagem ao domicílio⁽¹²⁾.

Tabela 3: Análise da relação entre as variáveis da acessibilidade e do nível de dependência

	Cuidados pessoais	Comunicações	Relações sociais	Idade
Tempo de deslocação	0,22	0,2	0,16	0,30**
Despesas deslocação	0,22	0,11	0,18	0,05
Localização do CS	0,27*	0,32**	0,33**	0,03
Acessibilidade deficientes	0,2	0,22	0,24*	-0,08
Recursos estacionamento	0,21*	-0,03	0,08	-0,09

No presente estudo, a maioria dos sujeitos do estudo está satisfeito com a localização do seu CS, considera não sentir dificuldades na deslocação ao CS, recorrendo a transporte próprio e necessitando de 15 a 30 minutos, com gastos médios entre 5 a 10 euros. Evidencia-se que a maioria dos sujeitos são independentes para as AVD, existindo entre os inquiridos uma maior percentagem de dependentes no item dos cuidados domésticos.

No que respeita às características sociodemográficas destaca-se que os sujeitos com mais idade apresentam maior dependência, particularmente no sexo feminino (tal já foi descrito noutros estudos realizados com o objetivo de explorar o envelhecimento e a dependência em contexto domiciliário^(13,14)). Lopes⁽¹⁴⁾ destaca a maior predominância de pessoas idosas dependentes do sexo feminino nas faixas etárias mais elevadas, o que vai de encontro ao facto de as mulheres apresentarem maior morbilidade e longevidade.

Os nossos resultados corroboram o referido por Martin et al⁽¹⁵⁾, no âmbito do perfil de necessidades das pessoas em processo de envelhecimento no concelho de Guimarães. Estes autores identificaram que o grupo das pessoas com idade superior a 75 anos apresenta maior dependência para as AVD: expõem que 36,5% das pessoas idosas necessitam que se lhes preparem as refeições; 42,3% não participa em nenhuma das tarefas domésticas

e 43,1% é incapaz de lavar a sua roupa.

O aumento da idade associa-se a um aumento da prevalência de doenças causadoras de dependência, gerando gastos crescentes com a saúde. Alguns autores^(13,16) relatam que as pessoas idosas que vivem no domicílio, tendem a referir maiores dificuldades e custos na obtenção de respostas às suas necessidades de assistência. Sendo que este aspeto é relevado nos sujeitos em estudo, a considerar-se a média de rendimentos mensais referida. Mais ainda, Furtado e Pereira⁽⁵⁾ acrescentam que as características socioeconómicas dos indivíduos condicionam a sua exposição a situações que podem comprometer o estado de saúde, refletindo-se nos estilos e procura/acesso aos cuidados de saúde. A destacar-se que o baixo nível de escolaridade dos sujeitos em estudados, tal como referido por Remoaldo⁽¹⁷⁾, pode condicionar a comunicação com os profissionais, refletindo-se na acessibilidade e na utilização dos cuidados de saúde.

A maioria dos sujeitos deste estudo refere não sentir essas dificuldades, o que pode de certa forma, ser confirmado pelo meio de transporte utilizado e pelos recursos despendidos na deslocação (tempo e dinheiro). Segundo Remoaldo⁽¹⁷⁾, o tempo gasto na deslocação ao CS constitui um indicador de acessibilidade geográfica que assume um papel decisivo na utilização dos serviços de saúde. O es-

tudo desenvolvido pela autora revelou tempos de percurso inferiores aos 30 minutos (tal como no presente estudo), o que segundo a mesma, está em consonância com as normas do Ministério da Saúde^(6,7).

Depreende que quanto maior o nível de independência nos cuidados pessoais, a comunicação e as relações sociais, maior a satisfação com a localização do CS; o que em parte parece ser resultante do facto de que a independência acarreta menos constrangimentos no acesso. Assim, para se manter e/ou aumentar o nível de independência das pessoas idosas devem-se criar condições para que se mantenham em contexto domiciliário, garantindo a sua autonomia e autoestima⁽⁷⁾.

A associação entre a acessibilidade para pessoas idosas com diferentes níveis de dependência e as relações sociais, pode ser justificada tendo em conta que a autonomia ao nível das relações sociais permite aos indivíduos manter a capacidade para avaliar e perceber problemas relacionados com a cidadania. Para incluir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada, devendo firmar a convivência no contexto da diversidade humana, bem como aceitar e valorizar a contribuição de cada um conforme as suas condições pessoais. Dada a relação existente entre o nível de independência das pessoas idosas e a sua acessibilidade ao CS, deve-se investir na implementação de estratégias que visem a inclusão e o melhorar do atendimento e oferta em cuidados de saúde a estas pessoas.

5. Declaração de conflito de interesses

O autor declara quaisquer potenciais conflitos de interesses no que diz respeito à pesquisa, a autoria

e/ou publicação deste artigo.

6. Financiamento

Esta pesquisa está associada ao projeto financiado pelo Ministério da Saúde/INSA, IP (2011EXT456 referência)

7. Referências Bibliográficas

1. Organisation Mondiale de la Santé. (1999). Santé 21 : La politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS. Copenhague: OMS.
2. Sousa R, Skubs T, Brêtas A. (2007). Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm*; 60(3):263-67.
3. Remoaldo, P.C. (2003). Acessibilidade aos cuidados de saúde primários dos Concelhos de Guimarães e Cabeceiras de Bastos. *Rev.Port. Clin. Geral*;19:107-19.
4. Escoval, A., Ribeiro, R.S., & Matos, T.T. (2010). A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional. *Rev. Port. Saúde Publ*;9:41-57.
5. Furtado, C., & Pereira, J. (2010). Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde: potenciais barreiras no acesso aos cuidados de saúde. [Internet]. [Acesso em dez 2012]. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/EA-A11.pdf>
6. Lei 56/79 de 15 de setembro. Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República, I Série* (15), p. 2357.
7. Alto Comissariado da Saúde. (2011). Estratégias para a Saúde. Eixos Estratégicos: Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde. [Internet]. [Acesso em dez. 2012]. Disponível em http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2011/02/ea_16-03-2011.pdf
8. Lima-Costa M, Barreto S, Giatti L. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população

-
- idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Cad Saúde Publ*;19(3):735-43.
9. Araújo I, Paul C, Martins M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Rev. Enfermagem Referência*;III Série(2):45-53.
 10. Fortin, M (2009). O processo de investigação: da concepção à realização. 3.ª ed. Loures: Lusociência.
 11. Lawton M, Brody E. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Geront*;9(3):179-86.
 12. Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira. A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de pessoas idosas não institucionalizadas. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217-220). Lisboa: ISPA.
 13. Rodrigues R, Kusumota L, Marques S, et al. (2007). Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. *Text Cont Enferm*;16(3):536-45.
 14. Lopes L. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Rev Port Saúde Publ*;25(1):39-46.
 15. Martin J, Duarte V, Póvoa V, Duarte N. (2009). Perfil de necessidades e qualidade de vida das pessoas em processo de envelhecimento do concelho de Guimarães: QoL55+. Guimarães: Câmara Municipal de Guimarães; UNIFAI.
 16. Thober E, Creutzberg M, Viegas K. (2005). Nível de dependência de pessoas idosas e cuidados no âmbito domiciliar. *Rev Bras Enferm*; 58(4):438-43.
 17. Remoaldo, P.C. (2008). Acessibilidade física, funcional e económica aos cuidados de saúde. [Internet]. [Acesso em 2013]. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/17007/1/Paula%20Remoaldo%20ACESSIBILIDADE%202002.pdf>
-

Intervenção em Saúde Pública

C. Vírus do papiloma humano - Intervir para prevenir

Autores: Maria de Lourdes Varandas da Costa | Dina Maria Pinto

Instituição: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Contacto: Maria de Lourdes Varandas da Costa | lcosta@esel.pt

Resumo

O cancro do colo do útero é o segundo cancro a nível mundial mais comum em mulheres, contribuindo para a sua ocorrência a infeção pelo vírus do Papiloma Humano (HPV). Este pode ser prevenido através de estratégias de imunização como a vacina. O projeto de intervenção comunitária realizado num ACES de Lisboa, com 37 adolescentes, teve como objetivo geral «reduzir em 80% o número de jovens, que possuem os critérios de inclusão, da coorte 1993 e 1994 inscritas numa UCSP, que não aderiram à vacina do HPV.» Como metodologia, seguimos o Processo de Planeamento em Saúde e como referencial teórico norteador, a Teoria de Autocuidado de Dorothea Orem. Para identificar as causas da não adesão à vacinação recorremos a um questionário. Os dados obtidos revelaram que se trata de uma população com *deficits* de conhecimentos, relacionados com o HPV e com o cancro do colo do útero. Priorizámos os problemas através da grelha de análise. A intervenção situou-se na prevenção primária, tendo como estratégia a educação para a saúde, facultando o acesso à informação e aquisição de conhecimentos, com o objetivo de capacitar as adolescentes para desenvolverem estratégias de autocuidado relacionado com o HPV. Consideramos que a vacinação é uma estratégia de autocuidado, pois partilhando dos pressupostos da Teoria de Auto Cuidado, pretende-se que o indivíduo adquira um comportamento que contribua para a manutenção da vida, saúde e bem-estar. Os resultados decorrentes das atividades executadas podem ser analisados através dos indicadores de processo e de resultado. O processo foi avaliado através do indicador de atividade, e assim, planeámos e realizámos as ações educativas individuais, obtendo um resultado de 94,6%. Obtivemos uma adesão à vacinação para a administração da 1ª dose de 86% e para a administração da 2ª dose de 94,6%. Como indicador de resultado, será avaliado a médio e longo prazo pois consideramos que esta intervenção contribui para uma redução da incidência do HPV e das suas consequências podendo trazer ganhos em saúde e anos de vida de qualidade. Consideramos o enfermeiro como um mediador que ajuda o indivíduo a ser capaz de se autocuidar, melhorando assim a sua qualidade de vida e neste sentido, contribui para que os adolescentes adotem comportamentos de autocuidado.

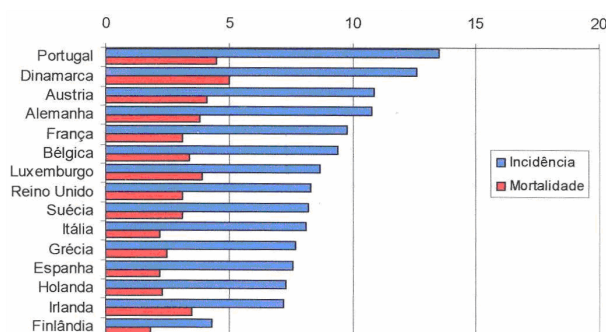
Palavras-chave: Vírus do Papiloma Humano; Vacinação; Cancro do colo do útero; Planeamento em Saúde e Autocuidado

1. Enquadramento temático

O cancro cervical é o segundo tipo de cancro mais comum, afetando mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos na União Europeia (UE), ocorrendo cerca de 33 000 casos e 15 000 mortes (Gráfico 1). A causa principal é a infeção persistente do trato genital pelo HPV de risco elevado⁽¹⁾.

Segundo o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (PNPCDO), as doenças oncológicas são a *segunda principal causa de morte em Portugal e têm um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral, sendo provavelmente as doenças mais temidas pela população*⁽²⁾.

Figura 1: Taxas de mortalidade e incidência (por 100.000 habitantes) em 2002 por tumor maligno do colo do útero na Europa, padronizadas para a idade.



Fonte: Direção-Geral da Saúde (2008, p.5) Disponível em <http://https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/vacinacao-contra-infeccoes-por-virus-do-papiloma-humano-hpv.aspx>

Sustentámos a temática baseada na teórica de enfermagem Dorothea Orem⁽³⁾. Esta atribuiu na sua conceptualização, a perspetiva e fundamento das intervenções dos enfermeiros relativamente à prática de cuidados, na promoção da maior autonomia possível a determinado indivíduo/família. Este é um aspeto fundamental na filosofia dos cuidados de saúde primários e na intervenção comunitária, pois pretendemos capacitar eficazmente os clientes para que estes assumam responsabilidade no seu processo de saúde. O *empowerment* das suas potencialidades e capacidades de desempenho é um objetivo primordial, sendo que a informação constante e clara é um elemento imprescindível no rumo à autonomia.

2. Contextualização

A intervenção comunitária desenvolveu-se num ACES de Lisboa, segundo a metodologia do planeamento em saúde. Este visa procurar mudanças no comportamento das populações a nível, por exemplo, dos seus hábitos de saúde ou na utilização dos serviços^(4,5).

O foco de intervenção teve como população-alvo as adolescentes nascidas em 1993 e 1994 inscritas na UCSP, em setembro de 2011, que não tinham feito a vacina contra o HPV, num total de 47 adolescentes. Os dados foram obtidos através do SINUS, estabelecendo-se como critérios de inclusão, ter nascido em 1993 e 1994 e ter em atraso a 1ª dose da

vacina contra o HPV e como critérios de exclusão, as adolescentes grávidas e todas aquelas que após contacto telefónico, envio de carta de convocatória e realização de visita domiciliária, não tenha sido possível estabelecer um contacto. A amostra foi de 37 utentes, da referida unidade de saúde, sendo estes dados obtidos através do SINUS; 17 utentes eram estrangeiras, 9 de nacionalidade chinesa e 8 de nacionalidade brasileira. As restantes 20 utentes eram de nacionalidade portuguesa.

3. Problema e necessidade de intervenção

Para o diagnóstico de situação recorreremos ao questionário *Conhecimento dos estudantes: HPV e cancro do colo do útero*⁽⁶⁾. Este avalia as dimensões: conhecimento acerca do HPV; conhecimento acerca do cancro do colo do útero; conhecimento acerca da relação HPV/cancro do colo do útero; crenças e atitudes acerca da vacinação contra o HPV; crenças e atitudes acerca da educação sexual e comportamento sexual do sujeito. O questionário foi aplicado no período de 31 de outubro a 25 de novembro de 2011. Após a análise dos resultados, recorrendo à estatística descritiva e sustentados pela Teoria de Autocuidado de Dorothea Orem podemos validar os seguintes problemas, utilizando a linguagem CIPE® Versão 2⁽⁷⁾:

- Défice de conhecimentos relacionado com o HPV;
- Défice de conhecimentos relacionado com o cancro do colo do útero;
- Défice de conhecimentos acerca da relação HPV/cancro do colo do útero.

De acordo com os problemas identificados formulámos o diagnóstico de enfermagem, segundo a

taxonomia da CIPE® Versão 2⁽⁷⁾: *Capacidade diminuída para realizar o autocuidado por parte da população, relacionado com o défice de conhecimentos acerca do HPV e relação entre o HPV e cancro do colo do útero*. Determinámos as prioridades optando pela grelha de análise, que permite a ordenação dos problemas através da aplicação de critérios divididos em categorias dicotómicas^(4,5). Para a transcendência, recorreremos aos dados do questionário que dizem respeito ao grupo etário, para determinar a importância do problema de acordo com as idades dos sujeitos. Na relação problema/fatores de risco, considerámos os resultados obtidos dos questionários que dizem respeito aos conhecimentos dos sujeitos, considerando os possíveis comportamentos de risco. Para a vulnerabilidade, avaliámos para cada problema a possibilidade de prevenção. Na exequibilidade, considerámos o recurso temporal possível para a intervenção cerca de 4 a 6 semanas atendendo ao tempo disponível para as intervenções.

Através da priorização, considerámos os problemas suscetíveis de intervenção:

- Défice de conhecimentos relacionado com o HPV;
- Défice de conhecimentos acerca da relação HPV/cancro do colo do útero.

Atendendo ao quadro norteador, definimos como objetivo geral: «reduzir o número de jovens, da coorte 1993 e 1994 inscritas na UCSP e que não aderiram à vacina do HPV, no período compreendido entre outubro de 2011 e fevereiro de 2012.» Intervimos no Sistema de Apoio e Educação⁽³⁾, para que as jovens sejam capazes de se autocuidar e contribuir de forma clara para a integridade estrutural, funcional e de desenvolvimento do ser humano.

Ao implementar um programa de educação para a saúde o enfermeiro deve: identificar as necessidades de aprendizagem; considerar o modo como a população aprende; analisar as questões educativas que preocupam a população; desenhar e implementar um programa educativo; e avaliar os resultados desse programa⁽⁸⁾. As teorias gerais da educação ajudam os enfermeiros da comunidade a compreender a forma como as pessoas aprendem e como planejar e implementar intervenções de educação, analisando as características do cliente⁽⁸⁾. Recorremos à teoria cognitiva, visto que esta *sustenta que mudando os padrões psicológicos e fornecendo informação, o comportamento dos utentes é alterado*⁽⁸⁾.

Definimos as atividades constituintes da intervenção de acordo com os objetivos traçados. Estas decorreram de decisões de natureza científica considerando os problemas priorizados suportaram-se igualmente na ética em enfermagem. Após o diag-

Elaborámos e distribuímos um folheto informativo sobre o HPV e a relação com o CCU, às adolescentes no final das sessões. Entregámos exemplares na Escola Secundária da área, a fim de serem distribuídos na Feira da Saúde. Solicitado pela professora coordenadora da Equipa da Educação para a Saúde, disponibilizámos folhetos para o Gabinete de Apoio e Informação ao Aluno.

É relevante o número de imigrantes que hoje recorrem aos serviços de saúde. Neste sentido, os cuidados culturalmente sensíveis emergem como uma necessidade incontornável; o que implicam o conhecimento dos fatores que influenciam a saúde e a doença, bem como o impacto que têm no planeamento e promoção de saúde contribuindo para melhorar os resultados de saúde, indo ao encon-

nóstico de enfermagem e atendendo à estratégia selecionada, intervimos na prevenção primária.

Cada atividade teve em apreciação os parâmetros: atividade; participantes; local e data; descrição; objetivo; e avaliação. As sessões de educação para a saúde a nível individual decorreram entre janeiro e fevereiro de 2012, no gabinete da vacinação da UCSP (Quadro 1). Decidimos estas atividades porque a população não demonstrou disponibilidade para a programação de sessões de grupo e porque *os enfermeiros de saúde comunitária, que trabalham na comunidade (...) podem ter orientação clínica para o indivíduo como cliente*⁽⁹⁾. Estas tiveram como objetivo *capacitar a população para a prevenção do HPV*, através da informação, ensino, aconselhamento e sensibilização relacionado com a temática do vírus, da sua transmissão, medidas de prevenção da sua propagação e das doenças sexualmente transmissíveis, vacina disponível e intervalos de administração da mesma.

tro das necessidades das pessoas. Assim, procedemos à tradução do folheto em mandarim, devido ao elevado número de jovens chinesas inscritas na UCSP e às dificuldades sentidas na comunicação.

A primeira dose da vacina foi administrada a 37 adolescentes que concordaram e aceitaram quando foram convocadas para responder ao questionário. Tal como é preconizado no PNV 2012, compete aos profissionais de saúde *aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas suscetíveis, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos com menor acessibilidade aos serviços de saúde*⁽¹⁰⁾. Administrámos a segunda dose da vacina, entre janeiro e fevereiro de 2012, após a realização da ação educativa, tendo a amostra sido reduzida para 35 adolescen-

Tabela 1: Descrição das estratégias e atividades por objetivos específicos

	Objetivos específicos	Estratégias	Atividades
1	Contribuir para a aquisição de conhecimentos da população relacionados com o HPV. Domínio Cognitivo	Informar as jovens acerca do que é o HPV; modo de transmissão e prevenção da infeção	Ação educativa individual
2	Sensibilizar a população para a relação entre o HPV e o cancro do colo do útero. Domínio Cognitivo	Consciencializar as jovens para a relação entre o HPV/cancro do colo do útero	Ação educativa individual
3	Contribuir para as necessidades educativas da população relacionadas com a vacina do HPV. Domínio Cognitivo	Aconselhar e ensinar as jovens sobre a vacina e esquema vacinal	Ação educativa individual
4	Aumentar a proteção específica da população contra o HPV. Domínio Afetivo	Cumprir o esquema de vacinação preconizado pela DGS	Vacinação
5	Promover o autocuidado da população alvo, em relação aos comportamentos de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis Domínio Afetivo	Promover a educação sexual, contribuindo para a construção de um sistema de valores, atitudes e condutas no âmbito da sexualidade	Ação educativa individual
6	Sensibilizar a equipa de enfermagem da UCSP, para a temática do HPV. Domínio Cognitivo	Promover os conhecimentos da equipa de enfermagem sobre o HPV	Ação de formação em serviço

tes, pois 2 ausentaram-se para o estrangeiro. Todas as imunizações foram registadas no BIS e no SINUS. Elaborámos um cartão para registo das datas de administração e agendamento da próxima dose, por detetarmos que as adolescentes referiram que se não fossem contactadas se teriam esquecido da 2.^a dose da vacina. Para avaliar esta atividade recorreremos à adesão e taxa de cobertura vacinal. Obtivemos uma adesão de 86% para a administração da 1.^a dose e uma adesão de 94,6% para a administração da 2.^a dose.

No final da intervenção, foram expurgadas as listas de utentes do ACES, sendo que neste grupo etário a população passou de 247 para 210 adolescentes, o que está em concordância com as conclusões emanadas da fase do diagnóstico de saúde trata-se de população migrante que pode não estar em Portugal ou pelo menos nesta área de resi-

dência.

Criámos dois cartazes informativos; um dirigido para as adolescentes, colocado no piso da vacinação, na Escola Secundária e na Junta de Freguesia, outro direcionado para a população em geral que expusemos nas salas de espera.

Conscientes das necessidades de formação sentidas pelos profissionais de enfermagem, envolvemos a equipa da UCSP, realizando uma ação de formação em serviço. Esta teve como objetivo *sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática do HPV*, de modo a dar contributos úteis para a aquisição e desenvolvimento de competências dos enfermeiros para que estes possam dar continuidade a esta intervenção comunitária. Utilizámos o método expositivo, através da projeção de diapositivos e incentivámos a participação ativa do grupo, através da colocação de dúvidas e/ou

sugestões. Para a avaliação da sessão elaborámos um questionário dirigido aos participantes.

4. Resultados e discussão

Ao longo da intervenção surgiram alguns constrangimentos. Consideramos como principal limitação a dificuldade em comunicar com a população, sendo que a maior parte é migrante com características flutuantes, não estando contactável, neste período. Alguns dos endereços telefónicos não se encontravam atribuídos, sendo enviada convocatória através de carta e realizadas ainda algumas visitas domiciliárias sem sucesso, facto que comprovou que a população inscrita na UCSP não corresponde à população residente nas freguesias adstritas à área geográfica coberta pela UCSP. Consideramos ainda que o número reduzido da amostra não nos permite generalizar as conclusões.

A taxa de cobertura vacinal para a 1.^a dose da vacina contra o HPV obtida no SINUS foi de 90% e de 81% para a 2.^a dose.

Foram programadas trinta e sete sessões de educação para a saúde individual no entanto, só foi possível efetivar trinta e cinco, porque duas das adolescentes se encontravam na China, não tendo regressado em tempo útil para a intervenção. Conseguimos uma adesão de 94,6% da população, em que 94,3% das adolescentes respondeu corretamente às questões colocadas para avaliação dos conhecimentos adquiridos com a intervenção.

A ação de formação em serviço foi realizada de modo a promover a aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas e culturais⁽⁹⁾ adequadas a uma melhor prestação de cuidados, potenciando o desenvolvimento de boas práticas

em contexto de trabalho. Para esta atividade estabelecemos indicadores de atividade, adesão e participação. Estava programada uma sessão que foi realizada. Estiveram presentes sete dos oito enfermeiros convocados, obtendo-se assim uma adesão de 87,5%, com uma taxa de participação de 100%.

Pelo exposto precedentemente podemos afirmar que todos os objetivos foram atingidos e que as estratégias foram adequadas⁽⁵⁾. Os resultados a curto prazo foram mensurados através do indicador de processo, sendo a avaliação a médio e longo prazo efetuada pelo indicador de impacto ou resultado⁽⁴⁾ o que certamente se irá traduzir em ganhos para a saúde para esta população, na medida em que a educação para a saúde e a prevenção primária se afiguram como áreas de intervenção fundamental para o controlo das doenças oncológicas.

5. Declaração de conflito de interesses

Os autores não têm conflito de interesses a declarar

6. Referências bibliográficas

1. Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças. Resumo das principais publicações 2008. [Internet]. Estocolmo: Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças. [acesso em novembro 2011]. Disponível em: http://www.ecdc.europa.eu/pt/publications/Publications/0906_COR_Summary_of_Key_Publications_2008.pdf.
2. Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2007.
3. Orem, D. E. Nursing Concepts of Practice. 5 ed. Missouri: Mosby; 1995.

-
4. Imperatori, E., Giraldes, M.R. Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3 ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 1993.
 5. Tavares, A. Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Lisboa: Ministério da Saúde; 1990.
 6. Ramada, D. C. P. Conhecimentos dos Jovens Universitários acerca do HPV e do Cancro do Colo Uterino. Tese de Mestrado. [Internet]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. [acesso em outubro 2011 1] Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/45435/4/TeseDianaRamada.pdf>.
 7. Ordem dos Enfermeiros Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE® Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011.
 8. Lancaster, J.; Onega, L.; Forness, D. Teorias, Modelos e Princípios Educacionais Aplicados à Enfermagem Comunitária. In: Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. 4 ed. Lisboa: Lusociência, 1999. p. 265-284.
 9. Williams, C. A.; Stanhope, M. Prática focada na população: o fundamento da especialização em enfermagem de saúde pública. In: Stanhope, M.; Lancaster, J. Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. Loures: Lusodidacta, 2011. p. 2-21.
 10. Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação 2012. [Internet]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. [acesso em janeiro 2012] Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0402011-de-21122011-atualizada-a-26012012.aspx>

Perspetiva

D. Linha Saúde 24, 10 anos

Autor: Sérgio Gomes | Chefe de Equipa da Unidade de Apoio ao Centro de Atendimento do SNS, desde 2006

Instituição: Direção-Geral da Saúde

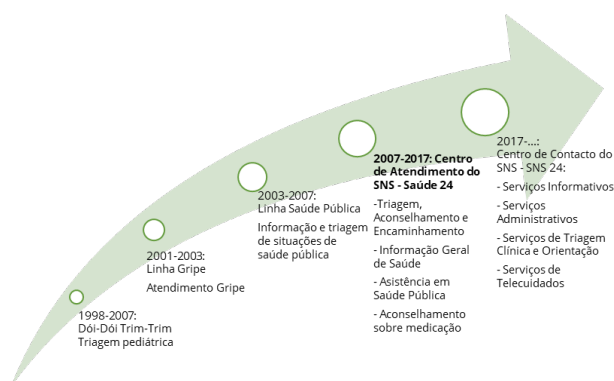
Contacto: sergiogomes@dgs.min-saude.pt

1. Evolução histórica

O Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), conhecido como Saúde 24, iniciou a atividade no dia 25 de Abril de 2007, no seguimento do bom trabalho das linhas telefónicas **Dói, Dói? Trim Trim!** e **Linha Saúde Pública**. Esta úl-

tima resultou de uma parceria da Direção-Geral da Saúde (DGS) com as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Figura 1: *Marcos históricos das linhas telefónicas que deram origem ao Centro de Atendimento do SNS - Linha Saúde 24*



A sua implementação permitiu consolidar o primado do utente no centro do sistema de saúde ao ampliar e melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde, de forma fácil, 24 horas por dia, e num formato multicanal (telefone, web, correio eletrónico e fax).

Inserido na cadeia de prestação de cuidados de

saúde e situado no ponto de entrada do sistema, revelou-se um importante instrumento de apoio na prestação de cuidados de saúde, em particular por racionalizar a orientação de utentes no acesso aos serviços, bem como aumentar a eficácia e eficiência do sector público da saúde através do encaminhamento dos utentes para as instituições

mais adequadas, integradas no SNS.

Como solução estruturante, permitiu consolidar e agregar informação e criar processos estruturados de articulação na rede de serviços de saúde do SNS, nomeadamente:

- Criação do Registo Nacional de Utentes, substituindo as mais de 400 bases de dados de utentes;
- Reorganizar informação das instituições de saúde existente no Portal da Saúde para assegurar o correto encaminhamento, após avaliação algorítmica;
- Implementar ligações e acessos dedicados, designadamente para o INEM;
- Incorporar informação geral de saúde num repositório para apoio e orientação dos utentes, em particular, sobre farmácias e bombeiros;
- Concretizar processos de desmaterialização da informação administrativa e clínica.

A exploração da Linha Saúde 24 resultou de um contrato de prestação de serviços executado por um operador privado, após concurso internacional. Neste âmbito, a DGS, enquanto entidade pública contratante, acompanhou e monitorizou o cumprimento do contrato no que se refere à garantia da regularidade, continuidade e qualidade das prestações de serviços de atendimento para além do apoio no acesso à prestação de cuidados de saúde.

As avaliações realizadas pelo Estado, quer à qualidade do atendimento, quer ao desempenho, resultaram em penalizações superiores a 5 milhões de euros para a operadora privada.

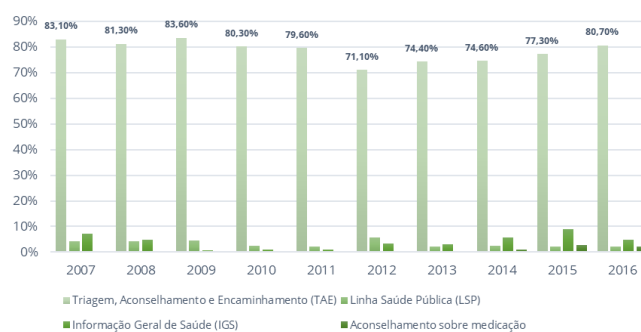
2. Tipologia de serviços

A aposta no atendimento em tempo real, na utilização do número único nacional - 808 24 24 24 - e em enfermeiros como contacto único do utente, apoiados por algoritmos e por outros profissionais de saúde (farmacêuticos e Direção Clínica), revelou-se uma estratégia correta. A avaliação do grau de satisfação dos utentes tem sido realizada periodicamente por uma entidade independente revelando uma satisfação e notoriedade superiores a 95%. A Linha Saúde 24 ofereceu aos utentes os seguintes serviços:

- Triagem, aconselhamento e encaminhamento;
- Aconselhamento sobre medicação;
- Informação geral de saúde (informação sobre os serviços de cuidados de saúde dos SNS, corporações dos bombeiros e sobre farmácias);
- Assistência em saúde pública (atendimento realizado por equipa de enfermeiros da Linha Saúde Pública, da responsabilidade da DGS e das ARS, que permitiu responder a vários problemas de saúde pública).

Os contactos atendidos ascenderam a mais de 8 milhões, realizados por 2,5 milhões de pessoas. Teve no serviço de triagem (média de 78,7%) a maior fatia de utilização, aliás, como esperado. Destacaram-se a capacidade de adaptabilidade ao atendimento já que, mais de 50% da atividade foi realizada entre as 17 horas e as 02 horas da manhã. Salienta-se ainda que o atendimento ao fim-de-semana também teve maior procura, pois foi uma alternativa fácil quando a oferta mais comum é o serviço de urgência.

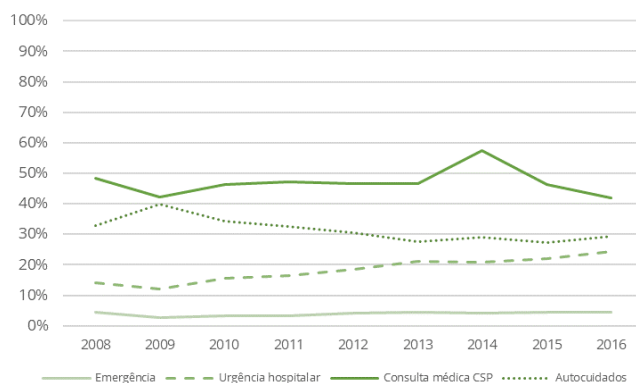
Figura 2: Distribuição do atendimento por tipo de serviço 2007-2016. Portugal



Com a avaliação do nível de risco e a identificação do nível de cuidados de saúde mais apropriados à situação no momento, foi possível determinar o potencial de gravidade e realizar o encaminhamento para o prestador melhor habilitado, de acordo com áreas de referência dos serviços prestadores de cuidados de saúde.

O encaminhamento para o serviço de urgência foi, em média, de 22% e o aconselhamento do utente para a gestão da sua situação de saúde, com autocuidados, de 30%. Das avaliações realizadas, observou-se a similaridade da prioridade atribuída aos utentes encaminhados com os resultados nacionais da observação presencial com a Triagem de *Manchester*.

Figura 3: Distribuição das chamadas por tipo de encaminhamento 2008-2016. Portugal



A flexibilidade e adaptabilidade na resposta aos problemas de saúde tendo em conta que a procura tem influência sazonal, com mais de 40% do atendimento nos meses de inverno, permitiu responder às situações de (re)emergência de saúde pública (Síndrome Respiratória Aguda Grave, Marburgo, Pandemia de Gripe A, Dengue, Ébola, Do-

ença do Legionário, Dióxido de Enxofre).

3. Quem utilizou a saúde 24?

O perfil de procura foi maioritariamente jovem (até aos 44 anos), do sexo feminino e das grandes ci-

dades do Litoral (Lisboa, Setúbal, Coimbra, Faro, Porto). Contudo, verificando-se um desvio da linha pediátrica anterior para a restante população, em particular, dos utentes com mais de 35 anos. Já a penetração na faixa etária acima dos 65 anos foi maior, representando atualmente 17% quando, inicialmente, era de 5%.

Figura 4: Distribuição média dos Utentes por sexo nos últimos 10 anos. Portugal

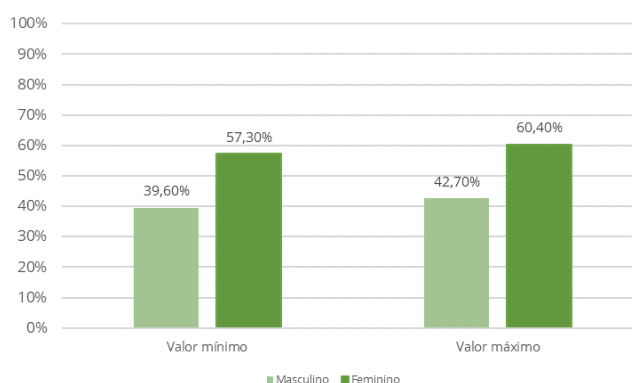
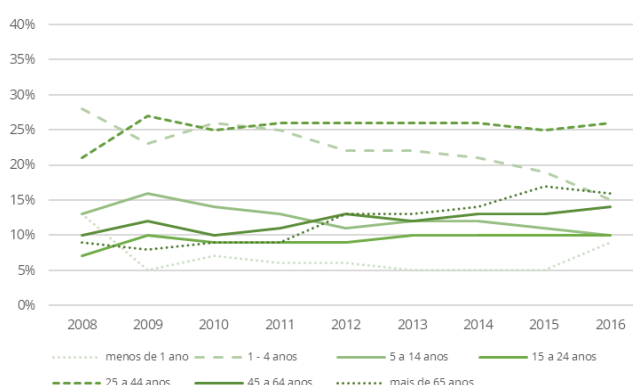


Figura 5: Distribuição dos utentes por grupo etário e por ano 2008-2016. Portugal



4. Poupança estimada no serviço de urgência

Salienta-se ter sido claramente atingido um dos principais objetivos da Saúde 24: a redução das idas desnecessárias aos serviços de urgência, pese o número médio diário de 2500 chamadas não permitir ter a visibilidade merecida.

Os estudos de impacte anuais demonstraram uma

efetiva mudança de comportamento dos utentes depois da avaliação clínica realizada: em média, mais de 80% dos utentes que tinham intenção de ir ao serviço de urgência, não tiveram indicação e acabaram por não ir.

Esta situação permite estimar que a poupança no serviço de urgência, em 2016, foi duas vezes o valor do custo da atividade/ano. Esta manifestação

de confiança dos utentes reforça a ideia que o caminho percorrido foi importante para podermos evoluir para uma nova dimensão, acrescentando

mais valor ao trabalho já realizado. E valor para os utentes.

Tabela 1: *Poupança estimada no Serviço de Urgência*

	Estudo nacional 2015 (julho a setembro) - 3 meses	Estudo nacional 2016 (julho a setembro) - 3 meses
Utentes desviados do serviço de urgência (<24h) (número)	20116.00	29512.00
Custo médio do serviço de urgência(euros)	99.31	99.31
Poupança estimada do serviço de urgência(euros)	1997719.96	2930836.72
Poupança estimada do serviço de urgência/ano(euros)	7990879.84	11723346.88
Custo atividade do serviço de urgência/ano(euros)	6244998.83	4521366.12

5. Agradecimento

Por último, realça-se o excelente trabalho dos enfermeiros, nomeadamente, da equipa da Linha

Saúde Pública que, com empenho, grande disponibilidade, dedicação e competência, ajudaram nas respostas aos diversos problemas de saúde.