



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

VERA CLÁUDIA MIRANDA SILVA

***Cuidados primários no idoso: dependência funcional e a visita
médica domiciliária***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO
DOUTORA INÊS MADANELO

ABRIL/2018

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

**Cuidados primários no idoso: dependência funcional e a visita médica
domiciliária**

Autores:

Vera Cláudia Miranda Silva ¹

Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago ^{1,2}

Inês Coutinho Oliveira de Lima Madanelo ^{1,3}

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² USF Topázio, ACeS Baixo Mondego, Coimbra, Portugal

³ UCSP Vouzela, ACeS Dão-Lafões, Viseu, Portugal

Email: veracms@hotmail.com

Índice

Resumo.....	4
Abstract	6
Introdução.....	8
Materiais e Métodos	11
Resultados	15
1. Caracterização da amostra.....	15
2. Índice de Barthel	17
3. Visita médica domiciliária	20
Discussão.....	23
Conclusão	27
Agradecimentos.....	28
Referências Bibliográficas	29
Anexos.....	32

Resumo

Introdução: Portugal é um dos países mais envelhecidos da União Europeia, sendo o grupo populacional com 75 ou mais anos aquele que atualmente cresce a um ritmo mais acelerado. Para a maioria dos idosos a manutenção da capacidade funcional é mais importante que a ausência de doença, de tal modo que a sua valorização deverá orientar a prestação de cuidados de saúde em Medicina Geral e Familiar, emergindo a visita médica domiciliária como uma boa estratégia neste grupo etário.

Métodos: Estudo observacional e descritivo realizado numa população de idosos com 75 ou mais anos, com seguimento ativo durante o ano de 2017 nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Dão-Lafões. A amostra foi agrupada de acordo com o modelo de organização (USF modelo A; USF modelo B; UCSP) e o contexto territorial (rural; urbano) das unidades de seguimento. Para cada grupo foi calculada a proporção de idosos com 75 ou mais anos; foi caracterizado o recurso médico ao Índice de Barthel (IB) como registo da dependência funcional para as atividades de vida diária (AVD); aferido o rácio médico/ utente e calculado o número de visitas médicas domiciliárias por utente.

Resultados: Amostra de 32810 indivíduos, 60,8% do sexo feminino, com idade média de $82,1 \pm 5,35$ anos, correspondendo a 13,7% de todos os utentes em seguimento ativo. A maior parcela de utentes está ao cuidado de UCSP (15,7%). Foi preenchido o IB em 1333 dos utentes (4,1% da amostra) dos quais 45,1% apresentavam dependência intermédia para as AVD. As USF modelo B em contexto urbano preencheram mais o IB (5,0%) e apresentaram a maior proporção de utentes com dependência funcional severa (40,5%). As VMD corresponderam a 2,5% de todas as consultas médicas e registaram maior frequência nas USF modelo A e modelo B, ambas em contexto urbano, a par da maior proporção de médico/utente com 75 ou mais anos (0,5%).

Conclusão: O ACeS Dão-Lafões encontra-se mais envelhecido relativamente à estatística nacional. É notável a discrepância da proporção de utentes idosos entre os modelos de organização e o contexto territorial das unidades de cuidados primários. Em todos os grupos estudados, verificamos uma fraca adesão ao instrumento IB e à VMD como forma de cuidados ao idoso.

Palavras-Chave: Idoso; Cuidados Primários de Saúde; Dependência Funcional; Atividades de Vida Diária; Visita Médica Domiciliária.

Abstract

Background: Portugal is one of the oldest countries in the European Union, being the population group aged 75 or older the one which is currently growing at a faster rate. The great majority of the elderly people agree that the maintenance of functional capacity is more important than the absence of disease. Taking this into account, their appreciation should guide the primary health care in General and Family Medicine, with the emergence of the physician' house calls as a good strategy in this age group.

Methods: Observational and descriptive study performed in a population aged 75 or older, with active follow-up during the year 2017 in two kinds of primary health care (USF and UCSP), both belonging to the Health Centers Grouping (ACeS) Dão-Lafões. The sample was grouped according to the organization model (USF model A; USF model B; UCSP) and the territorial context (rural; urban) of the follow-up units. For each group, it was calculated the proportion of people aged 75 or older; the medical resource to the Barthel Index (BI) was characterized as a functional dependency for activities of daily living (ADL) registry; it was measured the ratio physician/patient and the number of physician' house calls for patient.

Results: Sample of 32810 individuals, 60,8% female, with average age of $82,1 \pm 5,35$ years old, corresponding to 13,7% of all users in the active follow-up. The largest portion of users is under the care of UCSP (15,7%). The BI was filled in 1333 of the patients (4,1% of the sample), of which 45,1% have shown intermediate dependence for ADL. The USF model B in urban context filled more the BI (5,0%) and also showed the highest proportion of users with severe functional dependence (40,5%). Physicians' house calls accounted for 2,5% of all medical consultations and registered a higher frequency in USF model A and model B, both in urban context, along with the highest proportion of physician / patient aged 75 years or older (0,5%).

Conclusion: ACeS Dão-Lafões is older comparing to national statistics. The discrepancy between the proportion of old patients regarding the organizational models and the territorial context of the primary care units is noteworthy. In all groups studied, we found a poor adherence to the BI instrument and the physicians' house calls as a form of elderly care.

Key-Words: Aged; Primary Health Care; Disability Evaluation; Activities of Daily Living; House Calls

Introdução

O envelhecimento é um processo biológico, social e cultural com que as sociedades modernas têm que se confrontar e ao qual se têm que adaptar.

Portugal é o 4º país da União Europeia com maior proporção de idosos.¹ Dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística mostram que a esperança de vida à nascença está estimada em 80,6 anos para ambos os sexos, em 83,3 anos para as mulheres e 77,6 anos para os homens.¹ O atual índice de envelhecimento é de 147%², o que significa que para cada 100 pessoas com idades até aos 14 anos, existem 147 idosos com 65 ou mais anos. Face ao expectável decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, prevê-se que este valor mais que duplique, atingindo os 317% em 2080.² É particularmente notável o crescimento a um ritmo mais acelerado do grupo populacional com 75 ou mais anos.²

Apesar de ser tido como conquista da humanidade, o envelhecimento está associado a maior risco de doenças crónicas, incapacidade e dependência funcional³ a nível individual, implicando adequação na gestão e prestação de cuidados de saúde a nível populacional.

A maioria dos idosos considera a manutenção da capacidade funcional mais importante que a ausência de doença.⁴ A perda da capacidade funcional, para além de associada ao aumento da morbimortalidade⁵, foi considerada a principal razão na decisão de institucionalização de idosos.⁶ Assim, a valorização da funcionalidade e da autonomia dos idosos, por parte do médico de família, deverá orientar a prestação de cuidados de saúde.^{7,8}

A dependência funcional é definida como a ausência de capacidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autónoma.⁹ Para estudar a dependência funcional são usados instrumentos que avaliam a capacidade de realização de Atividades de Vida Diária (AVD). A capacidade de realização de AVD normalmente é a última a ser comprometida com o envelhecimento⁹ e revela-se devastadora no que respeita à qualidade de vida do idoso.⁵ Segundo o Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

(GERMI), instrumentos que visam a avaliação funcional devem ser aplicados a todos os idosos com mais de 75 anos numa periodicidade semestral ou anual.¹⁰

O instrumento que o médico de família tem como recurso disponibilizado pela plataforma informática *SClínico*[®] é o Índice de Barthel (IB). Criado em 1965 por Mahony e Barthel¹¹ e validado em Portugal em 2007 por Araújo F et al.⁶, é utilizado na prática clínica e em investigação para avaliação da dependência funcional. Trata-se de um questionário que avalia o grau de dependência em dez AVD: alimentação; higiene pessoal; uso do WC; controlo intestinal; controlo urinário; banho; vestir e despir; transferência (cadeira-cama); subir e descer escadas e mobilidade.⁶ A pontuação global pode variar entre 0 a 100 pontos. Quanto menor a pontuação, maior o grau de dependência. As pontuações obtidas em cada atividade avaliada podem também ser analisadas individualmente, o que se revela importante para perceber as limitações específicas.

Particularmente em caso de funcionalidade limitada, os idosos beneficiam da continuidade, proximidade e integração dos cuidados de saúde.¹² Neste sentido, as visitas médicas domiciliárias (VMD), a cargo do médico de família, emergem como uma boa alternativa na prestação adequada de cuidados de saúde neste grupo.¹³

As VMD foram associadas à diminuição do risco de declínio funcional, hospitalizações e institucionalização.¹³⁻¹⁵ Para além de dar resposta aos utentes com incapacidade para se deslocarem à unidade de saúde, têm também como finalidades: prevenir situações de doença; maximizar a independência; identificar situações de risco ambiental e familiar; promover a saúde; instruir o cuidador em atividades específicas. No caso de idosos dependentes, a VMD pode ainda ser importante para avaliação da segurança, especialmente se o idoso exibir algum grau de défice cognitivo, inferindo a necessidade de referenciação¹⁶ a Unidades de Cuidados na Comunidade ou a assistência social.

À semelhança do que acontece a nível global, ao longo das últimas décadas houve uma forte redução de domicílios médicos, tendo Portugal registado um dos valores mais baixos.¹⁷ Apesar disso, a tendência parece estar a mudar, tendo-se verificado um aumento de VMD em 2016 de acordo com o plasmado no relatório anual de acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e entidades convencionadas.¹⁸

Em Portugal, não há registo de estudos sobre VMD realizadas em contexto de cuidados de saúde primários (CSP) pelas Unidades de Saúde Familiares (USF) e/ou de Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). A escassa literatura que aborda este tema é sobretudo no âmbito de equipas de cuidados continuados integrados, sendo sugerido que o grau de dependência funcional^{17,19,20}, o contexto territorial urbano do domicílio¹⁹ e a elevada carga de doença do idoso²⁰ estão relacionados com a maior frequência de visitas domiciliárias. No âmbito dos CSP, importa também perceber se o modelo organizativo (USF modelo A; USF modelo B; UCSP) e o contexto territorial da unidade (rural; urbano) têm impacto na frequência de VMD. Estas questões colocam-se pelas diferenças de organização, compromisso contratual, incentivo monetário e sobrecarga assistencial (número de utentes com potencial necessidade de VMD) entre as unidades.

Assim, este trabalho tem como principais objetivos:

Caracterizar a população com 75 ou mais anos em seguimento ativo num Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) quanto ao sexo; idade e tipologia de unidade de seguimento. Caracteriza-se a unidade de seguimento atendendo à combinação entre o modelo organizativo (USF modelo A; USF modelo B; UCSP) e o contexto territorial (rural; urbano);

Caracterizar (globalmente e em cada grupo de unidades de seguimento) o preenchimento do IB e a distribuição por graus de dependência funcional dos utentes avaliados;

Avaliar (globalmente e em cada grupo de unidades de seguimento) o número de VMD realizadas, atendendo ainda ao número de médicos existente por grupo de utentes.

Materiais e Métodos

Caracterização da investigação

Estudo observacional e descritivo, numa população de idosos com 75 ou mais anos, com seguimento nas USF e UCSP pertencentes ao ACeS Dão-Lafões.

Seleção da amostra

Critérios de inclusão

Utentes inscritos nas USF e UCSP do ACeS Dão-Lafões;

Utentes com seguimento ativo (pelo menos um contacto com o seu médico de família no ano civil de 2017);

Utentes nascidos antes de dia 31 de dezembro de 1942.

Critérios de exclusão

Utentes seguidos em unidades que não utilizam o sistema informático *SClínico*[®];

Utentes seguidos em unidades que sofreram uma reforma organizativa no decorrer do ano civil de 2017.

Colheita de dados e instrumentos métricos

Inicialmente, estudou-se a amostra na totalidade, assumindo-se representativa do ACeS. Procedeu-se à avaliação da distribuição etária e do sexo; verificação do preenchimento da ferramenta que infere o grau de funcionalidade (IB) e do número de VMD face ao total de todas as consultas médicas.

Posteriormente, a amostra foi agrupada de acordo com as unidades de seguimento, atendendo ao modelo de organização (USF modelo A; USF modelo B; UCSP) e ao contexto onde estão inseridas (rural; urbano). A caracterização do contexto territorial foi subjetiva e

artificial a partir de informações recolhidas via telefónica de elementos que integram o setor de gestão de cada unidade. Conjugando estes dois aspetos, formaram-se cinco grupos: USF modelo A em contexto rural; USF modelo A em contexto urbano; USF modelo B em contexto rural; USF modelo B em contexto urbano e UCSP em contexto rural. Não se constituiu o grupo UCSP em contexto urbano dado ser inexistente a exposta situação na amostra. Para cada grupo foi calculada a proporção de utentes com 75 ou mais anos em seguimento ativo face a todos os utentes e feito o estudo da dependência funcional; do rácio médico/ utente e do número de VMD. Atendendo à discrepância numérica entre grupos e para melhor entendimento dos resultados, a análise foi realizada em proporção para cada 100 utentes.

O estudo da dependência funcional foi feito com base na utilização médica da ferramenta IB, disponível no programa *SClínico*[®]. O estudo do preenchimento permite-nos avaliar a utilização da ferramenta e inferir o grau de dependência funcional populacional na amostra avaliada. O preenchimento desta escala é rápido e objetivo, podendo ser feito em consulta ao questionar o utente e/ou o cuidador acerca da capacidade para a execução de diferentes AVD. Nesta versão, cada AVD é pontuada de forma independente com 0 ou múltiplos de 5 pontos (*anexo 1*). À pontuação final são aplicados pontos de corte para categorizar o nível de dependência. Por conveniência para análise dos dados, foram definidos três grupos de dependência, expostos na *tabela 1*. Esta divisão foi realizada baseada no princípio empírico que níveis maiores de dependência funcional justificarão maior número de VMD (preventivas ou curativas), ainda que se assuma que a reestruturação dos grupos de dependência é artificial e que não somente critérios de funcionalidade justificarão a realização de VMD.

Tabela 1: Classificação da dependência segundo IB

Pontuação final	Classificação da dependência apresentada no <i>SCLínico</i>[®]	Grupos de estudo
0 – 15	Dependência total	Dependência severa
20 – 40	Dependência grave	
45 – 60	Dependência moderada	Dependência intermédia
65 – 95	Dependência ligeira	
100	Independência	Independência

Procedimentos prévios à recolha dos dados

Foi obtido parecer favorável pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro a 27.09.2017 (*anexo 2*).

O projeto foi apresentado ao Diretor Clínico do ACeS Dão-Lafões, Dr. Lino Ministro (*anexo 3*), que deu parecer favorável à sua execução, disponibilizando os serviços informáticos do ACeS, na pessoa do senhor engenheiro Sérgio Alexandre, no sentido de viabilizar a colheita de dados.

Recolha dos dados

Todos os dados são provenientes de registos no sistema informático *SCLínico*[®] durante o ano civil de 2017. Os dados foram colhidos na primeira quinzena de 2018 e cedidos, devidamente anonimizados, pelo engenheiro informático do ACeS em estudo.

Variáveis estudadas

Sexo: feminino e masculino. Variável qualitativa nominal;

Grupo etário: cinco grupos etários intervalados de 5 anos. Variável qualitativa ordinal;

Proporção de idosos com 75 ou mais anos em cada grupo: variável quantitativa discreta;

Número de preenchimentos do IB: variável quantitativa discreta;

Grau de funcionalidade: dependência severa, dependência intermédia e independência.

Variável qualitativa ordinal;

Rácio médico/ utente: variável quantitativa discreta;

Número de VMD: variável quantitativa discreta.

Análise estatística

O registo e a análise de dados foram feitos no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 22.0 com recurso a estatística descritiva.

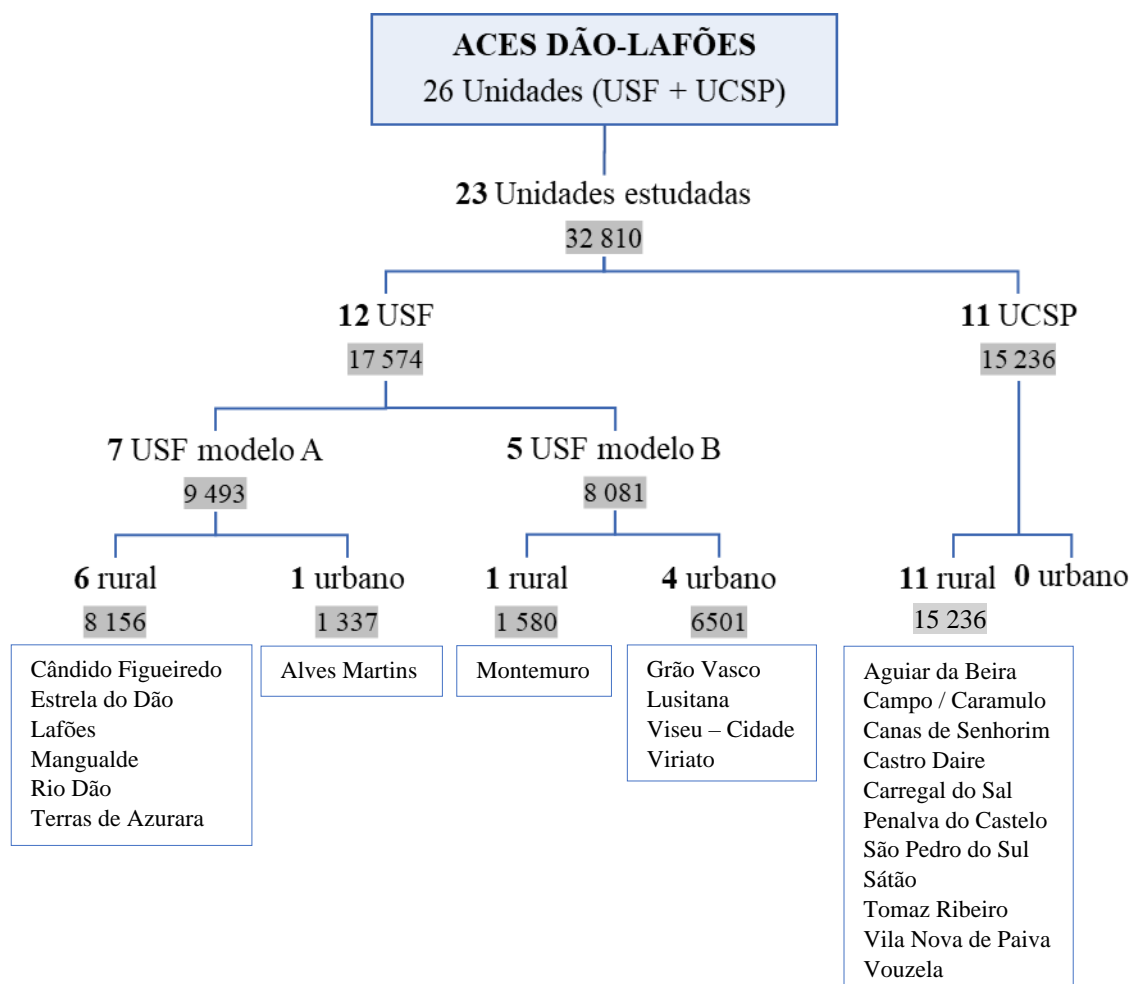
Resultados

1. Caracterização da amostra

1.1. Caracterização global da amostra

Atendendo aos critérios de exclusão, das 26 USF e UCSP constituintes do ACeS, foram incluídas 23 unidades: 12 USF e 11 UCSP (*fluxograma 1*).

Fluxograma 1: Distribuição do número da amostra de acordo com as unidades estudadas, dispostas segundo modelo organizativo e o contexto territorial.



A amostra deste estudo é constituída por 32810 utentes com 75 ou mais anos. A amostra corresponde a 13,7% de todos os utentes (*tabela 2*), sendo maioritariamente do sexo feminino (60,8%). A idade variou entre os 75 e os 107 anos, com média de $82,1 \pm 5,35$ anos. A distribuição etária está representada no *gráfico 1*.

Tabela 2: Caracterização epidemiológica da amostra (SCLínico®, 2017)

Variável	Grupos	N	%
Nº Utentes	Nº total de utentes	238 680	100
	Nº utentes ≥ 75 anos	32 810	13,7
Sexo	Feminino	19 933	60,8
	Masculino	12 877	39,2

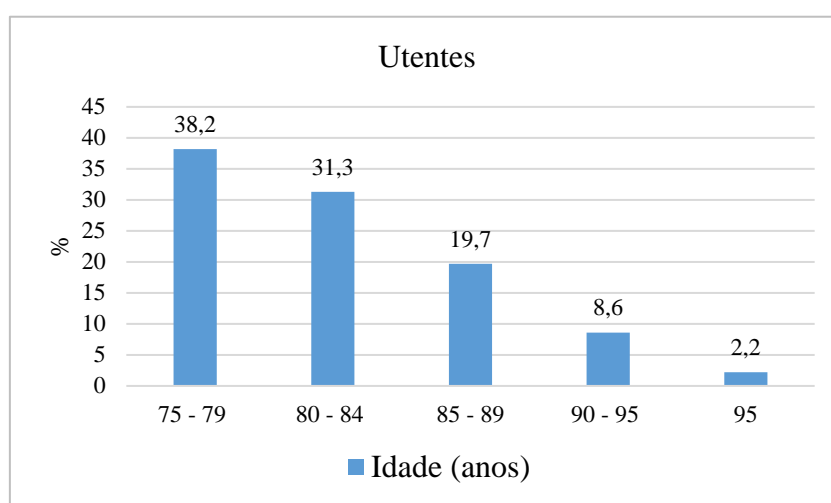


Gráfico 1: Distribuição percentual por idades da amostra (SCLínico®, 2017)

1.2. Caracterização da amostra atendendo ao modelo organizativo e ao contexto territorial da unidade de seguimento

No que respeita ao contexto territorial, cerca de 76,1% da amostra têm seguimento em unidades que operam em meio rural. A proporção destes idosos face ao número total de utentes também foi maior no contexto rural (*tabela 3*).

No que concerne ao modelo organizativo da unidade, o grupo que engloba as UCSP foi responsável pela maior proporção de idosos, seguido pelas USF modelo A e USF modelo B.

Atendendo a ambos os parâmetros (modelo organizativo e contexto territorial), foram as USF modelo B em meio urbano a registar menor proporção de idosos e as UCSP (em contexto rural) a registar a maior proporção.

Tabela 3: Nº utentes com 75 ou mais anos em seguimento, segundo o modelo organizativo e o contexto territorial das unidades (SCLínico®, 2017)

	USF A / R	USF A / U	USF B / R	USF B / U	UCSP / R
Nº de utentes com ≥ 75anos (%)	8156 (14,4)	1337 (10,9)	1580 (15,6)	6501 (10,4)	15236 (15,7)

Legenda: R- rural; U- urbano

Predomínio de utentes do sexo feminino (60,8%).

Maior proporção de idosos com seguimento em contexto rural (76,1%) e em UCSP (15,7%).

UCSP / R (15,7%) e USF B / U (10,4%) apresentaram maior e menor proporção de utentes, respetivamente.

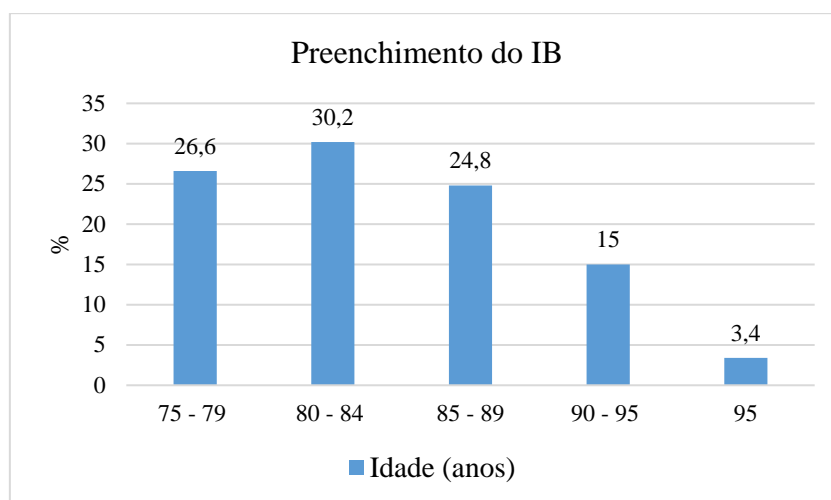
2. Índice de Barthel

2.1. Caracterização do preenchimento do IB

O preenchimento do IB pelos médicos foi de 4,1 % (tabela 4). A maioria dos preenchimentos foi realizada a utentes do sexo feminino (63,9%). O grupo etário dos 80 aos 84 anos foi aquele que revelou maior número de preenchimentos do IB (gráfico 2).

Tabela 4: Caracterização do preenchimento do IB (*SCLínico*[®], 2017)

Variável	Grupos	N	%
IB preenchido	Sim	1 333	4,1
	Não	31 477	95,9
Sexo	Feminino	852	63,9
	Masculino	481	36,1

Gráfico 2: Distribuição percentual por idades dos utentes com IB preenchido (*SCLínico*[®], 2017)

2.2. Avaliação do preenchimento do IB e da dependência funcional atendendo ao modelo organizativo e ao contexto territorial da unidade de seguimento

O IB foi mais frequentemente preenchido nos grupos que englobam as USF. As USF em meio urbano preenchem mais que as USF em meio rural. O grupo que engloba as UCSP, embora em valor absoluto tenha apresentado maior número de preenchimentos, foi o grupo que revelou menor uso desta ferramenta em termos percentuais (*tabela 5*).

A maioria dos utentes com o IB preenchido foram classificados com dependência intermédia para as AVD (45,1%). O grupo de idosos com dependência severa foi o menos frequente (22,8%).

A maior proporção de utentes classificados com dependência severa (40,5%) e intermédia (57,4%) encontra-se ao cuidado dos grupos constituídos pelas USF modelo B, em contexto urbano e rural, respetivamente. Os maiores registos de independência foram encontrados no grupo USF modelo A em contexto urbano (53,6%).

Tabela 5: IB (preenchimento e classificação obtida) segundo o modelo organizativo e o contexto territorial das unidades (*SClínico*[®], 2017)

	USF A / R	USF A / U	USF B / R	USF B / U	UCSP / R
IB preenchido	327	56	61	326	563
n (%)	(4,0)	(4,2)	(3,9)	(5,0)	(3,7)
DS	78	7	22	132	65
n (%)	(23,9)	(12,5)	(36,1)	(40,5)	(11,5)
DI	120	19	35	182	245
n (%)	(36,7)	(33,9)	(57,4)	(55,8)	(43,5)
IN	129	30	4	12	253
n (%)	(38,4)	(53,6)	(6,6)	(3,7)	(44,9)

Legenda: DS- dependência severa; DI- dependência intermédia; IN- independência; R- rural; U- urbano

Preenchimento global do IB em 4,1%.

Maioria dos utentes com dependência intermédia (45,1%).

USB B/U (5,0%) e UCSP (3,7%) preencheram mais e menos o IB, respetivamente.

USB B/U têm maior proporção de utentes com dependência funcional severa (40,5%).

3. Visita médica domiciliária

3.1. Frequência de VMD

As VMD corresponderam a 2,5% de todas as consultas realizadas na população em estudo (*tabela 6*), sendo a maioria a utentes do sexo feminino (69,5%). O grupo etário que recebeu maior número de VMD compreende os 85 e 89 anos (*gráfico 3*).

Tabela 6: Caracterização das visitas médicas domiciliárias (*SClínico*[®], 2017)

Variável	Grupos	N	%
Nº consultas	Gabinete médico	176 681	97,5
	Domicílios médicos	4618	2,5
Sexo	Feminino	3 211	69,5
	Masculino	1 407	30,5

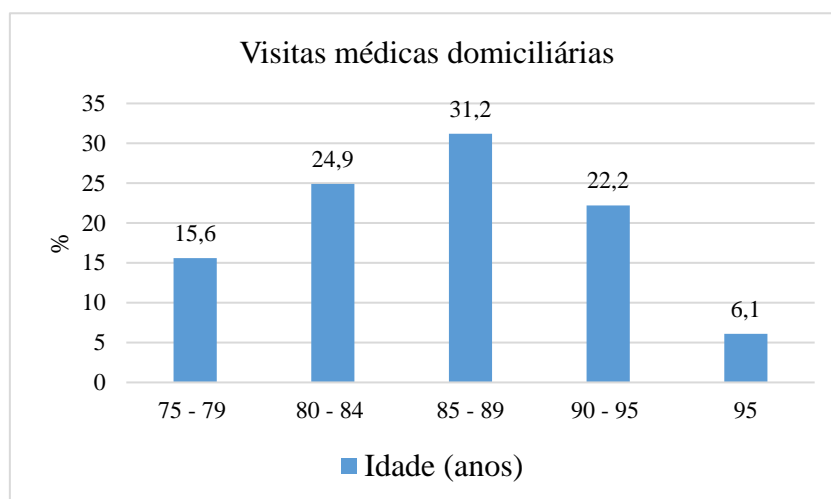


Gráfico 3: Distribuição percentual por idades dos utentes que receberam visitas médicas domiciliárias (*SClínico*[®], 2017)

3.2. A VMD atendendo ao modelo organizativo e ao contexto territorial da unidade de seguimento

O número de médicos de família foi, em média, 0,4 por cada 100 utentes com 75 ou mais anos. A maior proporção (0,5%) foi encontrada nos grupos USF modelo A e USF modelo B, ambos em contexto urbano (*tabela 7*). Os restantes grupos ficaram abaixo da média e o menor valor (0,38%) foi encontrado nos grupos USF modelo B em contexto rural e UCSP.

As VMD foram realizadas com maior frequência pelos grupos que operam em meio urbano (30,8% vs. 8,8%). Em ambos os contextos, o grupo USF modelo B foi o que realizou maior número de VMD, seguido pelos grupos USF modelo A e UCSP.

Tabela 7: Rácio médico/utente e VMD segundo o modelo organizativo e o contexto territorial das unidades (*SCLínico*[®], 2017)

	USF A / R	USF A / U	USF B / R	USF B / U	UCSP / R
Médicos	33	7	6	34	58
n (%)	(0,4)	(0,5)	(0,4)	(0,5)	(0,4)
VD	821	421	272	1991	1113
n (%)	(10,1)	(31,5)	(17,2)	(30,6)	(7,3)

Legenda: R- rural; U- urbano

De todas as consultas médicas, 2,5% são realizadas no domicílio.

A maior proporção de médico/ utente (0,5%) e o maior nº de VMD (30,8%) são encontradas em contexto urbano.

Sumário de resultados:

Atendendo ao **contexto territorial**, as unidades que operam em meio rural apresentaram maior proporção de utentes com 75 ou mais anos. As unidades inseridas em contexto urbano apresentam maior preenchimento do IB; maior proporção de idosos classificados com dependência (severa e intermédia); maior número de médicos para utentes com 75 ou mais anos e maior proporção de VMD.

Em relação ao **modelo das unidades**, a maior proporção de utentes com 75 ou mais anos encontra-se ao cuidado das UCSP, seguidas pelas USF A e USF B. Por sua vez, os parâmetros relativos ao preenchimento do IB; classificação de dependência severa; nº médico para utentes com 75 ou mais anos e número de VMD foram superiores nas USF B, seguido da USF A e UCSP.

Discussão

O ACeS Dão-Lafões encontra-se mais envelhecido, quando comparado com as estatísticas nacionais. A percentagem de utentes com 75 ou mais anos em seguimento ativo neste ACeS é superior à proporção da população residente a nível nacional nessa faixa etária (13,7% vs. 10,2%²¹) e a média de idades encontrada nesta amostra é superior à esperança de vida à nascença (82,1 anos vs. 80,6 anos). A constituição maioritária pelo sexo feminino era esperada, reflexo da superior esperança de vida.

É notável a discrepância, no que respeita à proporção de utentes idosos, entre os modelos de organização e o contexto territorial das unidades de CSP. A falta de homogeneidade na distribuição territorial, com predomínio de idosos no contexto rural (76,1% vs. 23,9%), pode justificar desequilíbrios na prestação de cuidados primários ao utente idoso.^{22,23} Este facto levanta uma questão: será lícito comparar, sem adequação, indicadores de desempenho nos cuidados primários ao idoso entre unidades como as UCSP em contexto rural com rácio de 15,7 utentes com 75 ou mais anos para cada 100, com unidades como as USF modelo B em meio urbano cujo mesmo rácio é de 10,4?

Em relação ao preenchimento do IB, verificamos um fraco recurso a este instrumento de avaliação funcional, disponível no *SClínico*[®]. Por ser um estudo pioneiro com esta dimensão no contexto de CSP, não temos resultados objetivos que nos permitam comparar o preenchimento do IB. Contudo, sendo recomendado pelo menos uma avaliação anual da capacidade funcional neste grupo etário e atendendo que o IB é o único instrumento disponibilizado para este fim, era expectável que o preenchimento fosse superior.

Apesar do subaproveitamento da ferramenta, detetámos que as unidades que mais preenchem o IB, USF modelo B e USF modelo A ambas em contexto urbano, apresentam a maior proporção de idosos classificados com dependência severa e independência, respetivamente. Tal dado sugere que não exista correlação entre o maior preenchimento do IB

e a maior deteção de dependência. O facto de as USF preencherem mais o IB pode ser justificado pela exigência associada ao modelo organizativo. Por outro lado, a maior proporção de independência encontrada em meio rural pode indicar que as estratégias de envelhecimento ativo e saudável estão melhor aplicadas neste contexto. Dada a importância da dependência funcional do idoso para a prestação de cuidados assistenciais, recomendam-se novos estudos que testem as hipóteses supracitadas. Igualmente e após apresentação destes resultados às unidades de saúde, deverá ser feito um estudo em ciclo de garantia de qualidade.

A nossa análise permite também mostrar que a maioria dos utentes avaliados apresentou dependência intermédia para AVD. Neste sentido, a demanda assistencial requer acompanhamento regular e adequado destes idosos visto que apresentam risco acrescido de declínio funcional nos anos seguintes.⁵ As implicações deste facto devem ser bem ponderadas para a gestão da multimorbilidade.

As razões para a fraca adesão médica a este instrumento desconhecem-se. Admitimos, no entanto, que possam estar relacionadas quer com fatores inerentes ao próprio médico (pe. desconhecimento da ferramenta; tempo limitado de consulta; pouca influência na conduta clínica), quer com o potencial do próprio instrumento. Embora a escala recomendada pelo GERMI para avaliação das AVD seja a escala de Katz¹⁰, é consensual que a aplicação do IB, na avaliação do risco de declínio funcional no âmbito dos CSP ao idoso, é adequada.^{24,25} Contudo, assumir a dependência atendendo exclusivamente à capacidade de efetuar as AVD pode ser uma abordagem reducionista. No sentido de tornar a avaliação do idoso holística, o GERMI recomenda a aplicação conjunta de instrumentos que permitam aferir também o estado físico, mental e social.¹⁰ Acreditamos a avaliação integrada poderá ser útil para adequar os cuidados ao idoso no consultório, na programação da VMD e no encontro de outras ajudas ao idoso. A adequação do programa *SClínico*[®], aproximando-o da prática médica, é urgente e importante no sentido clínico individual (promover melhores cuidados assistenciais) e

comunitário (melhor aferição das exigências assistenciais associadas à dependência no idoso por ficheiro clínico, unidade e região).

As VMD são uma prática pouco comum e pouco estudada em Portugal. No nosso estudo, apenas 2,5% de todos os contactos médicos corresponderam a cuidados assistenciais prestados no domicílio, valor que nos parece reduzido perante a faixa etária estudada. Interessa assim perceber o que motiva as VMD e o que as coloca como um ato eventualmente pouco realizado. Neste estudo descrevemos possíveis condicionantes (contexto territorial; rácio médico/utente; modelo organizativo das unidades; níveis de dependência), mas que carecem de investigação.

A frequência da VMD encontrada em contexto rural foi inferior à encontrada em contexto urbano, dado correspondente com a literatura^{19,26}, embora seja em contexto rural que se encontra a maior proporção de idosos. Presume-se que a VMD em contexto rural seja mais difícil pelos piores acessos territoriais e pela distribuição territorial mais dispersa no espaço.

Outro dado que pode influenciar a prática da VMD é a relação entre número de médicos e o número de utentes idosos. É expectável que ao comparar unidades com rácios médico/utente idoso discrepantes, os rácios inferiores sejam associados a menores números de VMD. No nosso estudo confirmamos o supracitado com menor número de VMD e menores rácios médico/utente em contexto rural. Na tentativa de colmatar a distribuição territorial heterogénea do número de médicos e promover a equidade na prestação de cuidados de saúde, estão a ser atribuídos incentivos médicos para a prática em áreas carenciadas.²⁷ Atualmente, dimensão da lista de utentes de cada médico de família atende exclusivamente à ponderação pela idade.²⁸ A Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) considera esta abordagem reducionista, defendendo que a qualidade da prática clínica do médico de família depende, não só do número de utentes da sua lista, como também do contexto sociodemográfico do exercício clínico.²⁹ Neste sentido, a APMGF criou recentemente um algoritmo de ponderação e ajustamento da lista de utentes à escala nacional, que atende à combinação da complexidade do

exercício clínico e do contexto sociodemográfico.²⁹ Esta abordagem encontra-se na linha de pensamento pela qual idealizamos este projeto.

Percebemos também que as USF fazem mais VMD quando comparadas com as UCSP. Este facto pode estar relacionado com a melhor organização de prestação de cuidados associados às USF. Atendendo ao modelo de USF, as USF modelo B fazem mais VMD do que as USF modelo A. Como o nosso estudo revelou, são as USF modelo B que apresentam maior proporção de idosos dependentes, sugerindo que o grau de dependência poderá justificar a VMD e que o IB poderá estar a ser utilizado como ferramenta de rastreio. Adicionalmente, sabemos que esta prática realizada em contexto de USF modelo B é remunerada, ao contrário de todos os outros modelos de unidades²⁸, o que também pode funcionar como incentivo. Assim, levantamos três outras questões: será o nível de organização da unidade suficiente para explicar a discrepância encontrada? Estará o grau de dependência relacionado com a prática de VMD? Terá a remuneração médica por cada VMD relação causal com a sua maior frequência?

Acreditamos também que outros fatores possam ser relevantes na prestação de VMD, nomeadamente: a carga de doença²⁰; a distância em tempo e quilometragem da unidade de saúde ao domicílio; os tipos de cuidados prestados (curativos ou preventivos); cumprimento de indicadores. Assim, encorajamos a realização de estudos que averiguem estas hipóteses.

Admite-se que os resultados apresentados podem servir de parâmetros para outras regiões ou localidades com características semelhantes.

Para terminar, realçamos que este trabalho não foi isento de vieses, dos quais queremos destacar o viés de seleção, por não terem sido excluídos os indivíduos institucionalizados, e o viés de informação, por terem sido usados exclusivamente dados registados no programa informático *SClínico*[®] e por estes terem sido agrupados por unidades e não por médicos, o que torna difícil fazer inferenciação. Tal não foi realizado para manutenção do escrito no protocolo aprovado pela Comissão de Ética de modo a garantir o anonimato.

Conclusão

Este estudo revelou que os utentes com 75 ou mais anos com seguimento nas USF e UCSP do ACeS Dão-Lafões representaram 13,7% de todos os utentes com seguimento ativo no ano de 2017. A maioria destes idosos é do sexo feminino (60,8%), tem média de idade superior à esperança de vida à nascença em Portugal (82,1 anos vs. 80,6 anos), vive em contexto rural (76,1%) e é acompanhada em UCSP (15,7%).

O IB é o único instrumento disponível no programa informático *SClínico*[®] para avaliar a capacidade de realização de AVD e aferir o grau de dependência funcional. Estava preenchido em 4,1% dos utentes sendo que as USF modelo B em meio urbano foram as unidades que mais preencheram e que apresentaram maior proporção de idosos com dependência severa.

Em relação ao número de consultas médicas realizadas, 2,5% foram prestadas no domicílio. As unidades que realizam mais VMD coincidem com as unidades em que a proporção de idosos é inferior e o rácio médico/utente é superior, e correspondem às USF modelo A e B, em contexto urbano.

Atendendo às previsões demográficas em Portugal, tornam-se essenciais projetos de investigação que envolvam a temática do envelhecimento e respetivos cuidados prestados em Medicina Geral e Familiar, a fim de motivar políticas de saúde e estratégias preventivas.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago pela ajuda, interesse e disponibilidade.

À Doutora Inês Madanelo pela motivação, tempo investido, dedicação e apoio constantes.

Ao Doutor Lino Ministro que autorizou que o este estudo tivesse lugar no ACeS Dão-Lafões, por ele presidido.

Ao senhor Engenheiro Sérgio Alexandre pela cedência de todos os dados usados, que se revelaram imprescindíveis para o estudo.

Referências Bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas demográficas 2016. DCI/Serviço de coordenação. 2017.
2. Instituto Nacional de Estatística (INE). Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. Inst Nac Estatística. 2017;1–19.
3. World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva; 2017.
4. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva; 2015.
5. Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, González-Abraldes I, Lorenzo T, Fernández-Arruty T, et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. Arch Gerontol Geriatr. 2010;50(3):306–10.
6. Araújo F, Oliveira A, Pinto C, Ribeiro J. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Rev Port Saúde Pública. 2007;25(2):59–66.
7. Balsinha MC, Gonçalves-Pereira M. A avaliação do paciente idoso em Medicina Geral e Familiar: desafios e oportunidades. Rev Port Med Geral e Fam. 2014;30(3):196–201.
8. Carlson C, Merel SE, Yukawa M. Geriatric Syndromes and Geriatric Assessment for the Generalist. Med Clin N Am. 2015;99:263–79.
9. Gratão A, Talmelli L, Figueiredo L, Rosset I, Freitas C, Rodrigues R. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. Rev Esc Enferm da USP. 2013;47(1):137–44.

10. Duque AS, Gruner H, Clara JG, Ermida JG, Veríssimo MT. Avaliação Geriátrica. Núcleo Estud Geriatr da Soc Port Med Interna. 2012;1–20.
11. Mahony FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Md State Med J. 1965;14:61–5.
12. MS. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. Direção Geral da Saúde. 2017;52.
13. Peterson LE, Landers SH, Bazemore A. Trends in Physician House Calls to Medicare Beneficiaries. J Am Board Fam Med. 2012;25(6):862–8.
14. Sairenji T, Jetty A, Peterson LE. Shifting patterns of physician home visits. J Prim Care Community Heal. 2016;7(2):71–5.
15. Unwin B, Tatum III P. House calls. Am Fam Physician. 2011;83(8):925–31.
16. Heflin MT, Cohen HJ. The Aging Patient. In: Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine. Elsevier; 2016. p. 1102–14.
17. Alves M. “Hospital at Home ”: The Reality Inside And Outside Of Portugal. Rev da Soc Port Med Interna. 2016;23(1):40–3.
18. SNS. Acesso aos cuidados de saúde [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 12]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/08/29/acesso-aos-cuidados-de-saude/>
19. Martin J, Oliveira L, Duarte N. An Overview of In-Home Care for Older People in Portugal: An Empirical Study About the Customers. Care Manag Journals. 2013;14(1):50–7.
20. Broeiro-Gonçalves P. Morbilidade em idosos dependentes ao cuidado das equipas domiciliárias da rede nacional de cuidados continuados integrados na região de lisboa e vale do tejo: Estudo transversal observacional. Acta Med Port. 2017;30(7–8):546–54.

21. PORDATA. População residente: total e por grupo etário [Internet]. [cited 2018 Mar 15]. Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal/População+residente+total+e+por+grupo+etário-10-1144>
22. Santos I, Ribeiro IL. Indicadores de desempenho na consulta. *Rev Port Clínica Geral*. 2009;25:227–35.
23. Ford CR, Sawyer P, Brown CJ. Utilizing Geriatrics-Focused Web-Based Continuing Education to Reach Practitioners in Rural Practice. *TechTrends*. 2018;1–10.
24. Arnau A, Espauella J, Serrarols M, Canudas J, Formiga F, Ferrer M. Risk factors for functional decline in a population aged 75 years and older without total dependence: A one-year follow-up. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;65:239–47.
25. Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL. The Spanish versions of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living (ADL): A structured review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;49(1):77–84.
26. Geiger K, Schneider N, Bleidorn J, Klindtworth K, Jünger S, Müller-Mundt G. Caring for frail older people in the last phase of life - The general practitioners' view. *BMC Palliat Care*. 2016;15(1):1–10.
27. Decreto-lei nº15/2017 de 27 de janeiro. *Diário da República*, 1.ª série, Nº20.
28. Decreto-lei nº73/2017 de 21 de junho. *Diário da República*, 1.ª série, Nº118.
29. APMGF – Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Assegurar a Qualidade e Adequar a Qualidade – Uma Nova Métrica para a Lista de Utentes. APMGF. 2017

Anexos

Anexo 1 – Índice de Barthel, adaptado de *SClínico*[®]

Toalete	5	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes
	0	Dependente, necessita de alguma ajuda
Banho	5	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)
	0	Dependente, necessita de alguma ajuda
Alimentação	10	Independente
	5	Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar alimentos)
	0	Dependente
WC	10	Independente
	5	Precisa de alguma ajuda
	0	Dependente
Subir e descer escadas	10	Independente, com ou sem ajudas técnicas
	5	Precisa de ajuda
	0	Dependente
Vestir	10	Independente
	5	Com ajuda
	0	Dependente
Controlo intestinal	10	Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar
	5	Acidente ocasional
	0	Incontinente ou precisa de clisteres
Controlo urinário	10	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manusear a algália sozinho
	5	Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)
	0	Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manusear a algália sozinho
Transferências	15	Independente
	10	Precisa de alguma ajuda
	5	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se
	0	Dependente, não tem equilíbrio sentado
Mobilidade	15	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)
	10	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda
	5	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas
	0	Imóvel

Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro.



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL:</p> <p>Favorável</p>	<p>DESPACHO: <i>Henriquez de Souza</i></p> <p><i>30/09/17</i></p> <p>↓</p>
--	--

<p>ASSUNTO:</p>	<p>Estudo 95/2017 de 26/09/2017</p> <p>Cuidados primários no Idoso: dependência funcional e o padrão de visitas domiciliárias</p> <p>Investigador principal: Vera Cláudia Miranda Silva (MIM FMUC)</p> <p>Orientador: : Inês Coutinho Oliveira de Lima Mandanelo (Médica Interna - Unidade de Cuidados de saúde Personalizados Vouzela; Assistente convidada da FMUC)</p>
-----------------	--

Tem como objetivos: Caracterizar a população com 75 ou mais anos num Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) quanto ao seu grau de funcionalidade através do índice de Barthel. Perceber as necessidades sentidas em função do tipo de família e de características de residência. Avaliar o padrão de VD (médicas e de enfermagem), incluindo frequência e distância em tempo e quilometragem, bem como na quantidade de cuidados necessários e: Médicos: análises, medicação e referenciação; Enfermagem: ensinios, técnicas e pensos Perceber se a funcionalidade está associada com maior carga de trabalho médico e de enfermagem.

Amostra populacional composta pelos indivíduos com 75 ou mais anos, inscritos e com seguimento activo nas Unidades de Saúde Dão-Lafões. Avaliação de variáveis (quantitativas e qualitativas) no âmbito da análise epidemiológica; dependência funcional e padrão de VD Dados colhidos nos programas SClínico e SAPE, através de serviços de estatística do ACeS, em total anonimização de dados. Registo e análise de dados no programa SPSS 20.0, com recurso a estatística descritiva e inferencial, paramétrica ou não paramétrica em função da normalidade ou não da distribuição obtida.

CENTROS ENVOLVIDOS: Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões

Coimbra, 27 de Setembro de 2017

O relator: *[Assinatura]*
José António Afonso Pais

O Presidente: *[Assinatura]*

Anexo 3 – Autorização do Diretor Clínico do ACeS Dão-Lafões

Re: Projeto de tese- FMUC - Pedido de autorização

Lino Ministro <pccs@srsviseu.min-saude.pt>

qua 21-06-2017 19:22

Para: Vera Miranda <veracms@hotmail.com>;

Cc: Luis Botelho <luis_botelho@srsviseu.min-saude.pt>; Conselho Clinico ACeS DL <ccs.acesdl@srsviseu.min-saude.pt>; Sergio Alexandre <salex@srsviseu.min-saude.pt>;

Ex.ma Vera Miranda

Nada a opor desde que o parecer, relativo ao trabalho em causa, do Conselho de Ética da ARSC, que aguardamos, seja positivo.

Com os melhores cumprimentos

Lino Ministro Esteves

Presidente do Conselho Clínico e de Saúde



ACeS Dão-Lafões

Avenida Dr. António José de Almeida

3514-511 VISEU

Tel.: [232 419 900](tel:232419900)(82) | Fax: [232 421 110](tel:232421110)

No dia 14 de junho de 2017 às 18:03, Vera Miranda <veracms@hotmail.com> escreveu:

Exmo. Dr. Lino Ministro
Diretor Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde Dão-Lafões

O meu nome é Vera Miranda. Sou aluna de 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina de Coimbra.

Estou a desenvolver o meu projeto de tese de mestrado subordinado ao tema "**Cuidados primários ao idoso: Relação entre a dependência funcional e o padrão de visitas médicas domiciliárias**" sob orientação da Dra. Inês Madanelo e do Professor Doutor Luiz Miguel Santiago.

Serve a presente mensagem para solicitar de Vossa Excelência que os dados necessários à elaboração do trabalho em epígrafe sejam colhidos no Agrupamento de Centros de Saúde que superiormente tutela, sem que haja indicação de qualquer NNU ou NOP de utente. Serão respeitados todos os princípios éticos, nomeadamente o respeito pela confidencialidade dos utentes, profissionais e unidades de saúde envolvidos.

O pedido de dados será direccionado ao Eng. Sérgio Alexandre, assim que rececionado o parecer favorável de vossa excelência.

Em anexo, envio o protocolo do trabalho de investigação.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Grata pela atenção.

Com os meus melhores cumprimentos,

Vera Miranda

Email: veracms@hotmail.com