



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

**Caracterização da funcionalidade em diferentes fases do ciclo
de vida: idosos e adultos com doenças crónicas**

Carla Sandra Martins Pereira

Março de 2017



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

**Caracterização da funcionalidade em diferentes fases do ciclo
de vida: idosos e adultos com doenças crónicas**

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública na área científica de Política, Gestão e Administração da Saúde, realizada sobre a orientação científica da Professora Doutora Ana Escoval e coorientação do Professor Doutor Manuel Lopes

Março de 2017

AGRADECIMENTOS

Apesar da sensação de caminhada solitária, muitas vezes compartilhada com colegas de doutoramento, tenho de declarar a minha enorme gratidão aos milhares de pessoas que tornaram este estudo possível.

Agradeço a todos os respondentes que integraram a amostra dos dois estudos que compõem esta tese que, em muitas situações, tiveram de se deslocar voluntariamente, pelos seus próprios meios aos locais de recolha de dados. Agradeço-lhes também porque se dispuseram a ceder tempo e informação, sabendo que não seria usada para bem pessoal, mas sim para um bem comum, uma vez explicado os objetivos do estudo acreditaram na sua bondade.

Não podendo fazer referência nominal a todos, agradeço aos profissionais de saúde que, ao longo de todo o país, e especialmente na região do Alentejo, colaboraram na recolha de dados, aceitando fazer formação sobre o instrumento e efetivar a própria recolha. Agradeço também a todos os peritos que aceitaram o convite para participarem nos processos metodológicos para construção, adaptação e validação dos instrumentos desenvolvidos. A sua partilha de saber e sentido crítico foram basilares para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço às instituições que acolheram e facilitaram a realização dos estudos desta tese, a Universidade de Évora, especialmente ao Prof. Manuel Lopes, e à Direção-Geral da Saúde, particularmente ao Dr. Alexandre Diniz.

Por terem sido meus parceiros nas diferentes fases deste projeto, manifesto um especial agradecimento ao César, à Catarina, ao Fernando e à Rosa, tendo ganhado também a sua amizade.

Por ser merecedora da sua confiança na conclusão deste trabalho, um grande bem-haja aos meus orientadores, Professores Ana Escoval e Manuel Lopes que, apesar da infinita paciência, estiveram sempre empenhados ao longo deste percurso.

Por fim, acompanhado de um pedido de desculpa, agradeço aos meus filhos ao meu marido e aos meus pais por me permitirem subtrair-lhes, a mãe, a esposa e a filha durante o extenso tempo que demorou a concluir esta tese.

RESUMO

Relevância: O envelhecimento demográfico e o aumento da prevalência das doenças crónicas constituem grandes desafios para o planeamento de políticas de saúde, a nível mundial. Face a esta situação, considera-se que a caracterização da funcionalidade em diferentes fases do ciclo de vida (idosos e adultos com doenças crónicas) pode ser um contributo importante para conhecer o estado de saúde destas populações, pois facilita o planeamento e o desenho de políticas que possibilitam uma alocação de recursos mais adequada e racional para monitorizar os resultados das intervenções.

Objetivo geral do estudo: Construção e validação de instrumentos para a caracterização da funcionalidade da população em diferentes fases do ciclo de vida: população com mais de 65 anos e adultos (entre os 18 e os 64 anos) com doenças crónicas não transmissíveis. Neste âmbito, foram desenvolvidos dois estudos exploratórios: (1) caracterização da funcionalidade na população com 65 anos ou mais; (2) e caracterização da funcionalidade da população adulta com doença crónica. Apesar de objetivos genericamente semelhantes, cada estudo teve uma amostra distinta: (1) amostra aleatória e estratificada por idade, sexo e região do Alentejo; (2) amostra aleatória estratificada por patologia crónica, sexo, idade, possuir um Certificado de Incapacidade Temporária (CIT) prorrogado no último ano, sem nenhum CIT, estar registado(a) num dos dez ACES aleatorizados.

Metodologias: Foram utilizadas metodologias qualitativas e quantitativas, consoante o objetivo e a fase do estudo, nomeadamente: revisão sistemática de literatura, painel *Delphi*, grupo nominal, grupo de discussão, análise fatorial exploratória e confirmatória, estatísticas descritivas e diferenciais, análises correlacionais e de regressão.

Resultados: A análise dos dados revelou que receber cuidados pessoais é a variável com maior impacto na funcionalidade dos idosos em todas as dimensões e nas pessoas com doenças crónicas as maiores dificuldades relacionam-se com Mobilidade e autocuidados.

Conclusão: Os instrumentos desenhados apresentam boas características psicométricas. As pessoas depois dos 18 anos com doença crónica e os idosos em geral têm mais dificuldades na dimensão Estruturas relacionadas com o movimento e na dimensão da Mobilidade e autocuidados, e sendo estas dimensões indicadoras do estado de saúde nesta população devem ser alvo de políticas transversais a todos os setores, com o objetivo de potenciar ganhos em saúde.

Palavras-Chave: Funcionalidade, doenças crónicas, idosos.

ABSTRACT

Relevance: The demographic aging and increased prevalence of chronic diseases are challenges to the planning of health policies worldwide. In this context, it is considered that the characterization of the functionality in different stages of the life cycle (elderly and adults with chronic diseases) can be an important contribution to know the state of health of these populations, which it facilitates the planning and the design of policies that enable a more adequate and rational allocation of resources to monitor the results of interventions.

General objective of the study: Construction and validation of instruments to characterize the functionality of the population in different phases of the life cycle- population over 65 years and adults (> 18, <65) with chronic no communicable diseases. For that purpose, two exploratory studies were developed: (1) characterization of the functionality in the population aged 65 years and over; (2) and characterization of the functionality of the adult population with chronic disease. The objectives are generically similar, but each study had a different sample: (1) random sample stratified by age, gender, and Alentejo region; (2) Randomized sample stratified by chronic pathology; sex; age; Have an certificate of temporary incapacity (CTI) extended in the last year; without any CTI; be registered in one of the ten randomized healthcare centers.

Methodologies: Qualitative and quantitative methodologies were used, depending on the objective and the phase of the study, systematic literature review, Delphi panel, nominal group, discussion group, factor analysis, descriptive and differential statistics, correlation and regression analysis.

Results: Data analysis revealed that receiving personal care is the variable with the greatest impact on the functionality of the elderly in all dimensions, and in people with diseases the greatest difficulties are related to Mobility and self-care.

Conclusion: The instruments designed have good psychometric characteristics. People with chronic illness after the age of 18 and older people in general have more difficulties in the dimension of movement-related structures, and in the dimension of mobility and self-care, these dimensions should be the subject of policy designs that are transversal to all sectors, With the aim of promoting health gains, mobility dimensions and self-care, because they are indicators of health status in this population.

Keywords: Functionality, chronic diseases, elderly.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
ÍNDICE DE TABELAS	xv
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	xxi
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1. Determinantes e indicadores de saúde	8
1.1. Determinantes de saúde	9
1.2. Indicadores de saúde	9
2. Desafio para as políticas de saúde	11
3. Conceito de funcionalidade	13
3.1. Avaliação da funcionalidade	15
3.2. Classificação Internacional de Funcionalidade	17
3.3. Ferramentas da CIF	19
3.3.1. <i>ICF Categorical Profile</i>	20
3.3.2. <i>ICF Assessment Sheet</i>	20
3.3.3. <i>ICF Assignment Map</i>	21
3.3.4. <i>ICF Intervention Table</i>	21
3.3.5. <i>ICF Evaluation Display</i>	21
3.4. Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade em Portugal	22
3.5. Caracterização da funcionalidade em Portugal	24
3.5.1. Função e estruturas do corpo	24
3.5.2. Atividades e participação	25
3.5.3. Fatores ambientais	25

4. Envelhecimento	26
4.1. Envelhecimento e demografia	29
4.1.1. População mundial	30
4.1.2. População da Europa	34
4.1.3. População de Portugal	36
4.1.4. População do Alentejo	38
4.2. Custos do envelhecimento	40
4.3. Política de saúde para idosos	44
4.3.1. Políticas portuguesas para os idosos	48
4.4. Caracterização da funcionalidade no envelhecimento	51
4.4.1. Funções do corpo	53
4.4.2. Atividades e participação	55
5. Doenças crónicas	63
5.1. Doenças crónicas não transmissíveis	63
5.2. Custos das doenças crónicas	66
5.3. Políticas para as doenças crónicas	67
5.4. Caracterização da funcionalidade nas doenças crónicas não transmissíveis	70
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	73
1. Questão de investigação	74
2. Objetivos	74
2.1. Objetivo geral	74
2.2. Objetivos específicos	74
3. Tipologia de estudo	75
4. Processo de investigação	76
5. Questões éticas	79
6. Financiamento	81

CAPÍTULO III – ESTUDOS DESENVOLVIDOS	83
Estudo A: Caracterização da funcionalidade da população com mais de 65 anos	83
1. Desenho e procedimentos do estudo	84
1.1 Revisões sistemáticas da literatura	84
1.2. Painel <i>Delphi</i>	87
1.3. Grupo nominal	87
1.4. Análise das propriedades psicométricas do questionário <i>core set</i> idosos	88
1.5. Análise das estatísticas descritivas e diferenciais	89
1.6. Análises de regressão – Regressão logística binária	90
2. População e amostra	90
2.1. Caracterização da amostra	91
3. Apresentação dos resultados	96
3.1. Construção do instrumento	97
3.1.1. Revisões sistemáticas da literatura	97
3.2. Validação do instrumento	98
3.2.1. Painel <i>Delphi</i>	98
3.2.2. Grupo nominal	99
3.3. Propriedades psicométricas.....	101
3.3.1. Análise de Componentes Principais	101
3.3.2. Análise da consistência interna	104
3.4. Caracterização da funcionalidade e perfil do idoso	108
3.4.1. Estatísticas descritivas e diferenciais	108
3.5. Identificação dos fatores ambientais e pessoais que se correlacionam com a funcionalidade do idoso	112
3.5.1. Associação entre variáveis	112
3.6. Identificação das variáveis que mais influenciam o nível de funcionalidade do idoso	112

3.6.1. Regressão logística binária	112
Estudo B: Caracterização da funcionalidade da população adulta com doença crónica	121
1. Desenho e procedimentos do estudo	123
1.1. Revisão sistemática da literatura	123
1.2. Grupo de discussão (<i>focus group</i>)	123
1.3. Painel <i>Delphi</i>	124
1.4. Análise das propriedades psicométricas da TNF	124
1.5. Análise das estatísticas descritivas e diferenciais	125
1.6. Associação entre variáveis	125
1.7. Análises de regressão – Regressão ordinal	126
2. População e amostra	126
2.1. Caracterização da amostra	128
3. Apresentação dos resultados	129
3.1. Construção da TNF	130
3.1.1. Revisão sistemática da literatura	130
3.2. Validação da TNF	130
3.2.1. Painel <i>Delphi</i>	130
3.2.2. Grupo de discussão (<i>focus group</i>)	131
3.3. Propriedades psicométricas	132
3.3.1. Análise da consistência interna	132
3.3.2. Análise discriminante	133
3.3.3. Validade externa	133
3.4. Caracterização da funcionalidade dos adultos com doenças crónicas	135
3.2.1. Estatísticas descritivas e diferenciais	135
3.5. Identificação dos fatores que se correlacionam com a funcionalidade dos adultos com doenças crónicas	139
3.5.1. Associação entre variáveis	139

3.6. Identificação das variáveis que mais influenciam o nível de funcionalidade dos adultos com doenças crónicas	140
3.6.1. Regressão ordinal	140
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÕES	143
1. Discussão de resultados	143
1.1. Estudo A: Construção e validação do instrumento para a caracterização a funcionalidade da população com mais de 65 anos	143
1.1.1. Identificar as dimensões da funcionalidade a incluir no instrumento	143
1.1.2. Desenhar e validar o instrumento para a população portuguesa	144
1.1.3. Analisar as propriedades psicométricas do instrumento	145
1.1.4. Descrever o perfil funcional da população em estudo	146
1.1.5. Comparar as dimensões da funcionalidade em função das variáveis sociodemográficas	148
1.1.6. Correlacionar os fatores ambientais e pessoais com as dimensões da funcionalidade	152
1.1.7. Identificar as variáveis com maior impacto nas dimensões da funcionalidade	152
1.2. Estudo B: Construção e validação do instrumento para a caracterização da funcionalidade dos adultos com doenças crónicas não transmissíveis	153
1.2.1. Identificar as dimensões da funcionalidade a incluir no instrumento	154
1.2.2. Desenhar e validar o instrumento para a população portuguesa	155
1.2.3. Analisar as propriedades psicométricas do instrumento	155
1.2.4. Descrever o perfil funcional da população em estudo	156
1.2.5. Comparar as dimensões da funcionalidade em função das variáveis sociodemográficas	158
1.2.6. Correlacionar os fatores ambientais e pessoais com as dimensões da funcionalidade	159

1.2.7. Identificar as variáveis com maior impacto nas dimensões da funcionalidade	159
2. Limitações dos estudos	161
3. Facilitadores dos estudos	162
4. Perspetivas futuras	163
5. Considerações finais	164
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	171

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelos de determinação social da saúde	8
Figura 2. Interação entre os componentes da CIF	14
Figura 3. Investimento e retorno no investimento na população idosa	43
Figura 4. Processo de pesquisa e seleção da primeira RSL	85
Figura 5. Processo de pesquisa e seleção da segunda RSL	86
Figura 6. Distribuição dos participantes em função do local de residência	93
Figura 7. Representação pictórica do modelo	107
Figura 8. Modelo concetual da funcionalidade de pessoas com mais de 65 anos	114
Figura 9. Modelo concetual da fucionalidade dos adultos com doença crónica	141

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Índice sintético de fecundidade e esperança de vida à nascença no mundo (1950-2050)	31
Gráfico 2. Indicadores de desenvolvimento populacional no Norte e no Sul da Europa, entre 1950 e 2060	36
Gráfico 3. Rácios de dependência dos idosos e dependência total: Mundo, Europa e Portugal, entre 1950 e 2060	37
Gráfico 4. Idosos com 65 anos ou mais, em função do sexo, residentes no Alentejo	39
Gráfico 5. Diferença de população entre as faixas etárias: 65 a 74 anos e 75 anos ou mais, residente no Alentejo, em 2011	40
Gráfico 6. Despesa em saúde nos cuidados de longa duração	43
Gráfico 7. População com 50 anos ou mais, que reporta ser cuidador informal, 2010	51
Gráfico 8. Proporção de população portuguesa com 15 anos ou mais com doenças crónicas, em função do sexo, em 2014	64
Gráfico 9. Proporção da população portuguesa com 15 anos ou mais com doenças crónicas, por grupo etário, em 2014	64
Gráfico 10. Distribuição percentual da população portuguesa com mais de 15 anos com determinadas doenças crónicas, por condição perante o trabalho	67
Gráfico 11. Quem respondeu ao questionário?	93
Gráfico 12. Distribuição dos participantes em função do nível de escolaridade (valores absolutos)	94
Gráfico 13. Diagnóstico médico das principais condições de saúde existentes	95
Gráfico 14. Perfil de funcionalidade em função da idade	109
Gráfico 15. Dimensões da TNF em função do tipo de doença crónica	138

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Qualificadores CIF	18
Tabela 2. População residente em Portugal no ano 2014, com 65 anos ou mais, por grupo etário e tipo de doença crónica nos 12 meses anteriores à entrevista	28
Tabela 3. Indicadores de desenvolvimento populacional no mundo entre 1950 e 2060	31
Tabela 4. Indicadores de desenvolvimento populacional na Europa entre 1950 e 2060	32
Tabela 5. Anos de vida saudável aos 65 anos em função do sexo	35
Tabela 6. Beneficiárias(os) de pensões dos regimes de proteção social na velhice	35
Tabela 7. Indicadores de desenvolvimento populacional em Portugal, entre 1950 e 2060	36
Tabela 8. Incapacidade temporária nas duas semanas anteriores à entrevista, por número de dias de permanência na cama, em função do sexo e da idade, por NUTS I	38
Tabela 9. População residente no Alentejo, em 2011	38
Tabela 10. Distribuição da população por Região do Alentejo, em função do sexo (2001 a 2010)	39
Tabela 11. Previsões da evolução da despesa pública portuguesa relacionada com o envelhecimento da população, 2010-2060 (% PIB)	42
Tabela 12. Princípios a incluir nos programas nacionais	44
Tabela 13. Ações políticas de alguns países para dar resposta aos desafios do envelhecimento	47
Tabela 14. Dificuldades das funções da visão auto-referidas pela população idosa em Portugal	53
Tabela 15. Dificuldades das funções auditivas auto-referidas pela população idosa em Portugal	54

Tabela 16. Intensidade de dor auto-referida pela população idosa em Portugal	54
Tabela 17. Dificuldades em falar auto-referidas pela população idosa em Portugal	54
Tabela 18. Dificuldades na função de manutenção do peso, auto-referidas pela população idosa em Portugal, calculadas através do IMC	55
Tabela 19. Dificuldades na função de manutenção do peso, auto-referidas pela população idosa na Região do Alentejo, calculadas através do IMC	55
Tabela 20. Capacidade de uso do telefone, auto-referida pela população idosa em Portugal	55
Tabela 21. Dificuldades em deitar-se, sentar-se ou levantar-se da cama ou de uma cadeira, auto-referidas pela população idosa em Portugal	56
Tabela 22. Dificuldades em caminhar 500 metros sem ajuda, auto-referida pela população idosa em Portugal	56
Tabela 23. Dificuldades em subir ou descer 12 degraus sem ajuda, auto-referida pela população idosa em Portugal	56
Tabela 24. Dificuldades em lavar-se sem ajuda, auto-referida pela população idosa em Portugal	56
Tabela 25. Dificuldades em lavar as mãos e a face sem ajuda, auto-referida pela população idosa em Portugal	57
Tabela 26. Dificuldades relacionadas com os processos de excreção, auto-referida pela população idosa em Portugal	57
Tabela 27. Dificuldades em vestir-se ou despir-se sem ajuda, auto-referida pela população idosa em Portugal	57
Tabela 28. Dificuldades em alimentar-se sozinho sem ajuda, auto-referida pela população idosa em Portugal	57
Tabela 29. Dificuldades em gerir a medicação sem ajuda, auto-referida pela população idosa em Portugal	58
Tabela 30. Dificuldades em ir às compras sem ajuda, auto-referida pela população idosa em Portugal	58
Tabela 31. Dificuldade em preparar refeições, auto-referida pela população idosa em Portugal	58

Tabela 32. Dificuldade em realizar tarefas domésticas ligeiras, auto-referida pela população idosa em Portugal	59
Tabela 33. Dificuldade em gerir o dinheiro e realizar tarefas administrativas, auto-referida pela população idosa em Portugal	59
Tabela 34. Número de dias por semana que a população com 65 anos ou mais realiza atividades de recreação ou lazer	59
Tabela 35. População com 65 ou mais anos que consumiu medicamentos prescritos nas duas semanas anteriores à entrevista, por grupo etário	60
Tabela 36. População com 65 anos ou mais por grupo etário e momento da última consulta de medicina geral	60
Tabela 37. População residente na Região do Alentejo com 65 anos ou mais por grupo etário e momento da última consulta de medicina geral	60
Tabela 38. População com 65 anos ou mais, por grupo etário e momento da última consulta de outra especialidade	61
Tabela 39. População residente na Região do Alentejo, com 65 anos ou mais, por grupo etário e momento da última consulta de outra especialidade	61
Tabela 40. População com 65 anos ou mais, por grupo etário e tipo de consulta	61
Tabela 41. População residente em Portugal, com 65 anos ou mais por grupo etário e grau de suporte social percecionado, Portugal, 2014	61
Tabela 42. População residente em Portugal, com 65 anos mais, por grupo etário e perceção do número de pessoas próximas a quem recorrer em caso de problema pessoal grave	62
Tabela 43. Metodologias e métodos de recolha de informação utilizados em cada objetivo específico	73
Tabela 44. Questões éticas e procedimentos adotados	80
Tabela 45. Amostras definidas para os diferentes objetivos específicos e seus critérios de inclusão e exclusão	90
Tabela 46. Procedimentos e resultados definidos por cada objetivo específico	91
Tabela 47. Distribuição da amostra projetada e da amostra real por grupos etários e sexo	91
Tabela 48. Pessoas com quem os idosos residem (valores absolutos)	94

Tabela 49. A situação financeira satisfaz as necessidades básicas	95
Tabela 50. Sensação de dor em função da idade dos participantes	96
Tabela 51. Prática de atividade física em função da sensação de dor	96
Tabela 52. Códigos descritos em relação aos constructos da CIF (primeira RSL)	97
Tabela 53. Códigos descritos em relação aos constructos da CIF (segunda RSL)	98
Tabela 54. Descrição dos participantes do painel <i>Delphi</i>	99
Tabela 55. Descrição dos códigos da CIF selecionados no painel <i>Delphi</i>	99
Tabela 56. Descrição dos participantes do grupo nominal	100
Tabela 57. Códigos a integrar no <i>Core set</i> dos idosos	101
Tabela 58. Valores de referência do indicador de KMO	101
Tabela 59. Matriz fatorial da escala após rotação <i>varimax</i>	103
Tabela 60. Valores de referência para o alfa de <i>Cronbach</i>	103
Tabela 61. Teste de normalidade das dimensões resultantes da ACP	104
Tabela 62. Alfas de <i>Cronbach</i> das dimensões da ACP e da CIF	104
Tabela 63. Estrutura fatorial segundo a CIF e respetivos índices de consistência interna	105
Tabela 64. Teste de normalidade das dimensões em estudo	107
Tabela 65. Frequências das dimensões de funcionalidade do idoso	108
Tabela 66. Valores médios das dimensões de funcionalidade	109
Tabela 67. Frequências das categorias das dimensões de funcionalidade do idoso (valores absolutos)	113
Tabela 68. Frequências das dimensões de funcionalidade do idoso (variáveis <i>dummy</i>)	113
Tabela 69. Fatores pessoais e ambientais explicativos das Funções neuro músculo-esqueléticas	115
Tabela 70. Fatores pessoais e ambientais explicativos da Aprendizagem e aplicação de conhecimentos	116

Tabela 71. Fatores pessoais e ambientais explicativos da dimensão Comunicação	117
Tabela 72. Fatores pessoais e ambientais explicativos dos Autocuidados	118
Tabela 73. Fatores pessoais e ambientais explicativos da Funcionalidade global	119
Tabela 74. Caracterização do painel de peritos	124
Tabela 75. Amostras definidas para os diferentes objetivos específicos e critérios de inclusão e exclusão	126
Tabela 76. Caracterização sociodemográfica dos participantes	128
Tabela 77. Distribuição das doenças crónicas em função da idade	129
Tabela 78. Dimensões do modelo teórico descritas na CIF	131
Tabela 79. Coeficiente alfa de <i>Cronbach</i> para o modelo da ACP	132
Tabela 80. Teste de normalidade	134
Tabela 81. Correlação entre a TNF para doenças crónicas e o SF36	134
Tabela 82. Resultados médios das dimensões da TNF	135
Tabela 83. Nível de dificuldade nas atividades pertencentes às dimensões da TNF	135
Tabela 84. Dimensões da TNF em função da idade dos participantes	137
Tabela 85. Dimensões da TNF em função do sexo dos participantes	137
Tabela 86. Distribuição das doenças crónicas em função do certificado de incapacidade	138
Tabela 87. Dimensões da TNF em função do local da consulta (ARS)	139
Tabela 88. Correlação entre a TNF, os fatores pessoais e ambientais	140

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

α - Alfa

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ACP - Análise de Componentes Principais

AFC - Análise Fatorial Confirmatória

AML - Área Metropolitana da Lisboa

ARS - Administração Regional de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BDR-SAPA - Base de Dados de Registo do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio

CARMEN - *Care and Management of Services for Older People in Europe Network*

CCA - *The Care Continuum Alliance*

CE - Comissão Europeia

CEB - Ciclo do Ensino Básico

CID - Classificação Internacional de Doenças

CFI - *Comparative Fit Index*

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

CIHI - *Canadian Institute for Health Information*

CIIS - Classificação Internacional de Intervenção em Saúde

CIT - Certificado de Incapacidade Temporária

CSE - Conselho Superior de Estatística

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DALY - *Disability-Adjusted Life Years*

DGS - Direção-Geral da Saúde

EC - *European Commission*

EUA - Estados Unidos da América

ICF - *International Classification of Functioning*

ICIDH-2 - *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicap*

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

INR - Instituto Nacional para a Reabilitação

INS 2014 - Inquérito Nacional de Saúde 2014

ISCED - *International Standard Classification of Education*

KMO - *Kaiser-Meyer-Olkin*

MAB - Método de Avaliação Biopsicossocial

MCC - Modelo de Cuidados Crónicos

NNFI - *Non-Normed Fit Index*

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PHAC - *Public Health Agency of Canada*

PIB - Produto Interno Bruto

QALY - *Quality-Adjusted Life Year*

RIMAS - Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde

RLB - Regressão Logística Binária

RMSEA - *Root Mean Squared Error of Approximation*

RNCCI - Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SNRIPD - Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TIO - Terceira Idade Online

TLI - *Tucker-Lewis Index*

TNF - Tabela Nacional de Funcionalidade

UE - União Europeia

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UTA - Unidade Territorial do Alentejo

WHO - *World Health Organization*

WHODAS 2.0 - *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0*

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) defende que uma sociedade saudável é aquela que consegue otimizar todo o seu potencial de saúde e contribuir de forma integrada e ativa para o seu progresso. Esta investigação insere-se nesta problemática e foca-se no desenvolvimento de um mecanismo centrado na pessoa e nas suas dimensões de funcionalidade, que possibilite complementar os registos de doença, realizados a partir da Classificação Internacional de Doenças (CID).

Para classificar o estado de saúde de uma pessoa ou população, a OMS (2004), em consonância com diversos autores (*e.g.*, Fayed; Cieza; Bickenbach, 2011), sugere a adoção do conceito de funcionalidade, reconhecendo que o mesmo é o melhor indicador do estado de saúde. Segundo o Canadian Institute for Health Information (CIHI, 2005) os indicadores de saúde são considerados úteis para o planeamento de estratégias e para a gestão dos sistemas de saúde. Clauser e Bierman (2003) acrescentam que estes indicadores, em particular o estado funcional, são muito úteis para fazer previsões sobre os custos dos cuidados de saúde. Face a esta situação e com o objetivo de fornecer uma linguagem unificada e padronizada que sirva de referência concetual à descrição da saúde e dos estados relacionados a OMS, em 2001, aprova a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) (Mueller-Riemenschneider et al., 2008).

Esta classificação tem sido utilizada como uma ferramenta a vários níveis, nomeadamente: (1) no âmbito estatístico para recolher e registar dados da população; (2) na investigação para medir os resultados, a qualidade de vida e/ou os fatores ambientais; (3) na avaliação clínica para identificar as necessidades, as aptidões profissionais, a reabilitação e os resultados alcançados; (4) na área política para o planeamento de sistemas de segurança social e de saúde, sistemas de compensação, projetos de investigação e o desenvolvimento de estratégias; (5) e como uma ferramenta pedagógica para a elaboração de programas educacionais que aumentem a consciencialização e as ações sociais (Bartholomeyczik et al., 2006). A utilização da CIF permite, ainda, obter uma imagem imediata do estado de saúde e bem-estar de um indivíduo, o que possibilita aos profissionais ter um quadro completo dos seus utentes e às autoridades de saúde identificar os padrões de necessidade das populações locais (O'Donovan; Doyle; Gallagher, 2009).

A par da relevância da classificação da funcionalidade como indicador de saúde existem diversos desafios de carácter organizacional a serem considerados pelos sistemas de saúde, sendo o aumento da acessibilidade ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) com

equidade uma das respostas a esses desafios. A OMS sugere que todas as pessoas devem poder atingir o seu potencial de saúde sem que as circunstâncias económicas e sociais de cada um determinem o seu resultado. Porém, verifica-se que os atuais sistemas de saúde nem sempre conseguem colmatar as necessidades dos pacientes, porque além dos elevados custos inerentes às mesmas, o número de pessoas a necessitar de serviços de saúde é cada vez maior (Porter, 2009).

Na última década Porter e Teiberg (2006) propuseram uma nova visão, com base na qual todos os participantes dos sistemas de saúde estariam focados em melhorar o valor medido com base em resultados alcançados por dólar gasto e realinhando a prestação de serviços de saúde de forma a criar valor para os pacientes. Segundo os autores, a competição baseada no valor dos resultados/ganhos em saúde é o único antídoto para os problemas de ineficiência e de qualidade que afetam o sistema de saúde. Contudo, só com sistemas de informação que possibilitem o acesso aos dados sobre os utentes é possível obter uma imagem instantânea do seu estado de saúde e bem-estar, pelo que a interoperabilidade semântica entre sistemas de informação constitui um dos grandes desafios da atualidade.

Na área das políticas de saúde os reptos estão associados às alterações demográficas, à inovação científica e às modificações comportamentais e sociais, o que pode ser corroborado pelo aumento da incidência e prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, das comorbilidades e, cumulativamente, com o aumento da esperança de vida da população.

Outro dos desafios para o desenho de políticas de saúde diz respeito ao envelhecimento populacional, enquanto fenómeno de dimensão mundial, e no qual podem coexistir doenças crónicas associadas a processos degenerativos e incapacidades que desencadeiam um aumento significativo da procura de cuidados sociais e de saúde (Davis, 2005; Domeij; Flodén, 2006). Esta realidade tem repercussões de sustentabilidade de ordem económica, social e demográfica (INE, 2008; Pilichowski; Arnould; Thrkisch, 2007), com implicações profundas ao nível do planeamento da saúde, em geral, e da necessidade de cuidados (Lafortune; Balestat, 2007).

Estima-se que, nos próximos 50 anos, as taxas de envelhecimento elevadas se mantenham (cerca de 3,5% ao ano), pelo que, em 2060, Portugal será dos países mais envelhecidos da Europa 27 (UE-27) (EC, 2011b). Importa referir que a região do Alentejo é das mais envelhecidas do país, com uma percentagem da população com 65 anos ou mais a rondar os 25,3% (INE, 2011a).

Nesta região, no período que decorreu entre 2001 e 2010, verificou-se um crescimento populacional negativo de -4,95%. Constatou-se, ainda, que o total de pessoas com 65 mais ou mais teve um ligeiro acréscimo (0,1%), principalmente à custa da faixa etária dos 75 anos e mais (+20,02%). Na última década, o aumento do Índice de dependência de idosos, na região do Alentejo teve um incremento de cerca de 21%, o que contribuiu para o agravamento do Índice de dependência total.

Contrariando algumas evidências que associam o envelhecimento a um elevado custo económico, acredita-se que este fenómeno terá um impacto positivo no crescimento da economia, nas poupanças, no investimento, no consumo, nos mercados de trabalho, nas pensões e nos impostos de transferências inter-geracionais. Apesar das projeções da Comissão Europeia (CE; OECD, 2013) para estas áreas preverem um agravamento progressivo da despesa pública, relacionada com o envelhecimento populacional, principalmente ao nível das pensões, a OMS (WHO, 2015) defende que as pessoas idosas contribuem para a sociedade de diferentes maneiras - seja dentro da família, para a sua comunidade local ou para a sociedade de forma mais ampla. Essas contribuições podem ser feitas através da participação direta na força de trabalho formal ou informal, através de impostos e consumo, através de transferências de dinheiro e bens para as gerações mais jovens e de múltiplos benefícios menos tangíveis.

Acredita-se que a integração de medidas de saúde, em todas as políticas, tem um papel fundamental na promoção de um envelhecimento saudável e também irá contribuir para manter as pessoas inseridas na sociedade durante mais tempo, protelando a incapacidade e a dependência. Suportando esta afirmação Bassuk, Glass e Berkman, (1999) referem que a participação em atividades sociais e a manutenção de relações sociais previnem o declínio cognitivo nos idosos.

Segundo Pelegrino (2009) a melhor forma de envelhecer é no domicílio, no seio da família, com a máxima capacidade funcional e independência possível, mas para tal, é necessário ter em consideração alguns aspetos, entre os quais: a avaliação do idoso no seu todo, o trabalho de equipa multidisciplinar e a continuidade da assistência em todos os níveis. O grau de dependência é avaliado através do nível de funcionalidade, pois através da avaliação funcional é possível determinar as necessidades e os cuidados necessários para o utente, porque a dependência não atinge de modo uniforme todos os domínios da funcionalidade dos idosos. Todavia, os estudos que avaliam a funcionalidade dos idosos em toda a sua multidimensionalidade, são bastante escassos (Caldas, 2003).

Ao longo dos anos, tem-se vindo a constatar que à medida que as pessoas envelhecem, são mais propensas a experimentar a multimorbidade, ou seja, a presença de múltiplas doenças crónicas ao mesmo tempo, o que tem um impacto considerável sobre a funcionalidade e a qualidade de vida. Segundo a OMS (WHO, 2012), nestes casos, o risco de mortalidade pode ser significativamente maior do que a soma dos efeitos individuais que poderiam ser esperados dessas condições.

A par do aumento da taxa de envelhecimento, verifica-se que a taxa de pessoas com doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cardíacas, o acidente vascular cerebral (AVC), o cancro, as doenças respiratórias crónicas e a diabetes, também têm vindo a aumentar e, atualmente, são a principal causa de mortalidade no mundo, representando 60% da mesma. Em Portugal a morte por doenças crónicas não transmissíveis é de 86%, sendo a probabilidade de morte prematura devido a estas doenças de 12% (WHO, 2015).

As doenças crónicas constituem, ainda, uma das principais causas de incapacidade, pelo que necessitam de longos períodos de supervisão e cuidados e, na maior parte dos países, exigem uma reavaliação profunda dos fatores que determinam a saúde e das respostas mais adequadas e efetivas que devem ser dadas pelos serviços de saúde (Loureiro; Miranda; Miguel, 2013).

Os custos imputados à doença crónica podem ser analisados através das consequências micro e macroeconómicas, do bem-estar e dos custos políticos e públicos relevantes. E apesar da investigação demonstrar os benefícios dos programas de gestão da doença (e.g., maior satisfação dos utentes, mudança nos comportamentos, maior adesão), os resultados clínicos e a relação custo-benefício não são conclusivos (Busse, 2010). No entanto, muitas das organizações do SNS que têm como população alvo as pessoas com doença crónica, acreditam que estão a contribuir para o aumento dos componentes de saúde, nomeadamente do estado funcional da sua população.

Perante o exposto, acredita-se que a implementação do registo sistemático da funcionalidade permitirá medir, ao longo do tempo, a evolução do estado funcional da população. E sendo este um indicador de saúde irá contribuir para uma alocação de recursos mais adequada e racional, monitorização dos resultados das intervenções e maior equidade na atribuição de benefícios fiscais e prestações sociais. O objetivo geral deste estudo, insere-se nesta problemática e visa dar um contributo para a caracterização da funcionalidade em diferentes fases do ciclo de vida. Neste âmbito, foram desenvolvidos dois estudos exploratórios: (1) caracterização da funcionalidade na

população com 65 anos ou mais (Estudo A); (2) e caracterização da funcionalidade da população adulta com doença crónica (Estudo B). Assim, este trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos.

No primeiro capítulo procurou-se fazer um enquadramento sobre os desafios atuais das políticas de saúde e a funcionalidade, bem como a sua avaliação e as ferramentas utilizadas para o efeito. Foi, ainda, abordado o envelhecimento e as doenças crónicas, procurando caracterizar os níveis de funcionalidade da população portuguesa e os custos associados a estes fenómenos.

O segundo capítulo é dedicado ao enquadramento metodológico, onde serão esclarecidos os objetivos, procedimentos e métodos utilizados nesta investigação. Para conferir rigor, objetividade e fiabilidade ao trabalho e reduzir o enviesamento dos resultados e a subjetividade na interpretação dos mesmos, foram aplicadas técnicas quantitativas e qualitativas (Hernández Sampieri et al., 2014). Apesar da população e respetivas amostras serem diferentes, recorreu-se a metodologias de investigação idênticas, designadamente: revisão sistemática da literatura, painel Delphi e análise estatística. Importa salientar que no Estudo A foi, ainda, realizado um grupo nominal e no Estudo B, um grupo de discussão (*focus group*).

No capítulo três serão apresentados os dois estudos desenvolvidos, nomeadamente os procedimentos, o processo de construção dos instrumentos utilizados na recolha de dados e os principais resultados obtidos.

O capítulo quatro é dedicado à discussão dos resultados e conclusões, referenciando a literatura mais relevante nesta área. Por último, refletimos de forma crítica, sobre o trabalho desenvolvido ao longo dos vários capítulos, apontando as limitações encontradas e propondo algumas questões para estudos futuros.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Determinantes e indicadores de saúde

Até 1948, a saúde foi considerada pela OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou mal-estar físico” (Silva; Waissmann, 2005, p. 240). Esta definição sugere que a saúde é um estado estático de bem-estar, cujos cuidados se encontram, unicamente, alavancados no Modelo Biomédico¹ de causalidade da doença.

Porém, as mudanças ocorridas, nos últimos 150 anos, relativamente às expectativas de vida, contribuíram para alterar a percepção do estado de saúde, que passou a ser interpretado como uma condição de bem-estar, saudável e livre de doença, que possibilita levar a cabo as atividades da vida diária e que se encontra associada a conceitos mais positivos como a felicidade, o bem-estar social e emocional e a qualidade de vida (McDowell, 2006). Esta definição de saúde fomenta a emergência de um novo conjunto de crenças que não se focam na descoberta da doença, mas sim nos fatores que mantêm o cidadão saudável (*e.g.*, *locus* de controlo, sentido de coerência, autoestima, otimismo, resiliência, sentido de humor). O novo paradigma, denominado de salutogénico² surge em oposição ao paradigma patogénico³ que predominou até então (Antonosky, 1984).

Segundo esta perspetiva, existem alguns aspetos que podem condicionar o estado de saúde, entre os quais: (1) os fatores individuais, que incluem as características físicas, a inteligência e as estratégias de adaptação; (2) os fatores culturais, que englobam o suporte social, o poder financeiro e a identidade cultural; (3) e os fatores ambientais, que incidem sobre o contexto social e as condições de vida. Estes fatores denominados, determinantes de saúde, podem ser facilitadores ou constituir barreiras ao estado de saúde dos indivíduos e da própria comunidade, pois derivam das influências sociais, ambientais, genéticas e do estilo de vida que, muitas vezes, são uma consequência das

¹ A predominância do modelo biomédico estruturado pelo paradigma patogénico acentua o anormal disfuncional e é patente nas várias áreas do saber que tocam a saúde. Assim, a orientação patogénica, na maioria das vezes, caminha para a descoberta daquilo que leva ao aparecimento da doença e foca a gestão dos efeitos de doenças particulares. Esta compreensão é então usada para encontrar os caminhos que permitirão combater e prevenir cada uma dessas doenças.

² Segundo o Observatório Português da Saúde (2002) o paradigma salutogénico emerge progressivamente como uma proposta alternativa, considerada fundamental na abordagem da saúde.

³ No âmbito do paradigma patogénico, encontra-se a assunção de que as doenças são causadas por agentes físicos, bioquímicos, microbiológicos, sociais e psicológicos.

decisões/escolhas de comportamentos que são condicionadas e condicionam as políticas de saúde (Antonosky, 1984).

1.1. Determinantes de saúde

Apesar de existir uma certa uniformização na identificação e classificação das determinantes de saúde, verificam-se algumas diferenças nos seus quadros conceituais, nomeadamente, no que diz respeito à sua interdependência. Segundo a OMS (1999) as determinantes da saúde incluem: (1) o rendimento e estatuto social (quanto mais elevados, melhor é a saúde); (2) a educação (níveis mais baixos de educação, mais problemas de saúde, *stress* e baixa autoconfiança); (3) o ambiente físico (água potável, ambientes pouco poluídos, locais de trabalho saudáveis, casas, comunidades e estradas seguras, contribuem para uma boa saúde); (4) as redes sociais de apoio (quanto maior é o apoio por parte da família, amigos e comunidade, melhor é a saúde); (5) a genética (tem papel determinante na vida útil, salubridade e probabilidade de desenvolver certas doenças); (6) os serviços de saúde (o acesso e utilização de serviços que previnam e tratem a doença, influenciam a saúde); (7) o género (o tipo de doenças varia em função do género e surge em diferentes idades).

O modelo do arco-íris de Dalhgren e Whiteheade (1991), é um dos mais consensuais para demonstrar graficamente a inter-relação entre as determinantes de saúde anteriormente referidos (Figura 1). Existem, ainda, outros fatores que podem determinar a saúde, nomeadamente: os fatores de risco modificáveis (*e.g.*, alimentação, abuso de álcool e tabaco); e os fatores protetores (*e.g.*, aleitamento materno, saúde mental, ambientes não poluídos, afetos, coesão social).

Figura 1. Modelos de determinação social da saúde



Fonte: Dalhgren e Whiteheade, 1991.

No Canadá, país com grande tradição na prevenção da doença, a *Public Health Agency of Canada* (PHAC, 2013) procurou ir mais longe e além das sete determinantes identificados pela OMS, acrescentou mais cinco: (1) o emprego e as condições de trabalho (pessoas empregadas tendem a demonstrar melhores níveis de saúde, assim como boas condições de trabalho contribuem para o bom estado de saúde); (2) o desenvolvimento saudável na infância (os níveis de saúde desde a concepção até aos seis anos determinam o estado da saúde para o resto da vida); (3) a cultura (a saúde pode ser afetada por diferentes práticas culturais); (4) o enquadramento social (contextos sociais seguros estão associados a melhores níveis de saúde); (5) e os hábitos pessoais de saúde (os hábitos de cada indivíduo contribuem ou não para prevenir a doença).

Esta agência, além de considerar os fatores individuais e coletivos, também, tem em conta as suas correlações, pois defende que os determinantes da saúde estão em contínua evolução e influenciam o estado de saúde das populações. Deste modo, a sua avaliação é preponderante para a tomada de decisão, o planeamento e o desenho de políticas em saúde.

1.2. Indicadores de saúde

As determinantes da saúde e o estado de saúde global da população ou grupos específicos definem-se pelos indicadores de saúde, que são igualmente úteis no planeamento de estratégias e na gestão do sistema de saúde (CIHI, 2005). Dias, Freitas e Briz (2007), acrescentam que os indicadores funcionam com uma representação dos fenómenos, que se pretendem conhecer e acompanhar, através de uma linguagem técnica que transmite a informação acerca do seu estado e das suas mudanças. Assim, são consideradas medidas sumárias que refletem, direta ou indiretamente as informações relevantes sobre os diferentes atributos, as dimensões de saúde e os fatores que a determinam.

A informação fornecida pelos indicadores de saúde tem vindo a ser utilizada para diversos fins, nomeadamente por Donabedian (2005) no seu modelo concetual de avaliação da qualidade em saúde. Este autor defende que a gestão eficiente dos recursos da saúde deve ter por base a garantia da qualidade, a qual está dependente de dois fatores: o desenvolvimento do conhecimento e a sua aplicação na prática clínica. Este modelo inclui os recursos, a monitorização e o reajustamento de elementos que se alicerçam na recolha de informação, na interpretação e na implementação de ações que promovem a qualidade do sistema de saúde e a sua reestruturação, sempre que a

mesma seja necessária (McDonald; Sundaram; Bravata, 2007). De acordo com o modelo podem ser extraídos três tipos de indicadores de saúde: indicadores de estrutura, indicadores de processo e indicadores de resultados.

Os indicadores de estrutura, descrevem o contexto em que os cuidados são prestados, pelo que incluem os recursos materiais (e.g., instalações, equipamentos, financiamento), os recursos humanos (e.g., número e qualificações do pessoal), e a estrutura organizacional (e.g., pessoal médico, organização, métodos de avaliação pelos pares, modalidades de reembolso). Estes indicadores englobam: a proporção de especialistas para outros médicos, o acesso a tecnologias específicas como ressonância magnética, o acesso a unidades específicas, como unidades para AVC, as normas clínicas que devem ser revistas a cada dois anos, e os fisioterapeutas atribuídos a unidades específicas (Mainz, 2003).

Os indicadores de processo, referem-se ao fornecimento de cuidados de saúde aos utentes nomeadamente: as atividades do médico a fazer um diagnóstico, as recomendações ou implementação de tratamento(s), ou qualquer outra interação com o utente. Entre este tipo de indicadores encontra-se: a proporção de pacientes com diabetes com tratamento regular dos pés, a proporção de doentes com enfarte do miocárdio que receberam trombólise, a proporção de pacientes avaliadas por um médico em 24 horas de encaminhamento, e a proporção de pacientes tratados de acordo com as normas clínicas (Donabedian, 1988).

Por último, os indicadores de resultados reportam-se aos efeitos que os cuidados de saúde têm nos pacientes e nas populações e podem ser intermédios ou finais, se forem direcionados para uma doença específica. Os indicadores de resultados intermédios, incluem: os resultados do perfil lipídico em pacientes com hiperlipidemia e os resultados de pressão arterial em doentes hipertensos. São exemplos de indicadores de resultados finais: a morbilidade, a mortalidade, o estado funcional, a medição do estado de saúde, a qualidade de vida, e a satisfação dos utentes (Donabedian, 2005).

Tal como anteriormente referido, os resultados de saúde derivam de uma complexa rede de fatores culturais, ambientais, políticos, sociais, económicos, comportamentais e genéticos. Neste âmbito, podem ser medidos através de três abordagens: (1) agregação das avaliações dos resultados de saúde através de procedimentos estatísticos, como médias ou medianas populacionais; (2) avaliação da distribuição de indicadores de saúde individual numa população e entre subgrupos populacionais específicos; (3) mensuração da funcionalidade e do bem-estar da população ou da própria sociedade.

A funcionalidade é considerada um indicador de resultados em saúde e a sua mensuração/classificação de uma forma padronizada permite fazer comparações entre pessoas, países e culturas, pelo que quando este procedimento é realizado ao longo do tempo é extremamente útil para que se possa intervir adequadamente (Parrish, 2010).

2. Desafio para as políticas de saúde

Nos últimos 20 anos, o setor da saúde tem sofrido alterações significativas, decorrentes do incremento da incidência de doenças crónicas, o aumento da esperança de vida, os desenvolvimentos tecnológicos e dos sistemas de informação, o aumento exponencial da informação processada, o maior interesse dos grupos financeiros no setor da saúde e a pressão sobre os modelos de Estado Social (Afonso, 2010).

No final do século passado, Strauss e Corbin (1988) desenvolveram inúmeros estudos que evidenciam o peso das doenças crónicas nos sistemas de saúde e demonstraram que a prestação de cuidados de saúde sustentável e o desenho de políticas de saúde, passa por valorizar a centralidade da pessoa/cidadão no sistema de saúde. Para o efeito o local de eleição para a prestação de cuidados de saúde deixa de ser o hospital e passa a ser o domicílio das pessoas. Este é um grande desafio com impacto a vários níveis, pois provoca uma maior pressão sobre as políticas de saúde. Esta perspetiva implica uma mudança de paradigma e de toda a dinâmica que caracteriza as relações assimétricas entre os profissionais de saúde e os cidadãos.

Segundo Sakellarides, Pedro e Mendes (2009) a colocação do cidadão no centro do processo de saúde depende de alguns pressupostos, nomeadamente: uma melhor cidadania, uma democratização mais efetiva da sociedade do conhecimento e a promoção de determinantes de produtividade e riqueza relacionados com a saúde.

Preocupada com esta situação, a OMS (DGS, 2013) pretende facilitar a abordagem para as políticas públicas em todos os setores. Deste modo, considera as implicações das decisões para a saúde e procura sinergias para evitar os impactos nocivos e para melhorar a saúde da população de forma equitativa. Entre os princípios que suportam este conceito encontram-se: a legitimidade, a prestação de contas, a transparência e o acesso à informação, a participação, a sustentabilidade e a colaboração entre os setores e níveis de governo. A saúde e o seu acesso com equidade são valores primordiais e um pré-requisito para alcançar muitas outras metas da sociedade, porque muitas das determinantes das desigualdades na saúde têm origens sociais, ambientais e económicas que vão além da influência direta das políticas de saúde. Assim, as políticas

públicas em todos os setores e em diferentes níveis de governança, podem ter um impacto significativo sobre a saúde da população e ao seu acesso com equidade.

A política nacional, desde há 40 anos, que se esforça por assumir o direito à saúde para toda a população, através da produção de legislação que facilita a acessibilidade ao SNS, o que pode ser ilustrado pelo artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (2005, p. 49) e na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto).

O aumento da acessibilidade ao SNS com equidade é uma das respostas aos desafios da atualidade, pelo que a estratégia passa por definir políticas públicas saudáveis (*Healthy Public Policy*), operacionalizadas através de legislação que proteja os cidadãos, as famílias e a comunidade de fatores de risco e que promova estilos de vida saudáveis. Um conceito abrangente de equidade deve garantir não só a cobertura total, com igualdade de acesso, utilização e qualidade dos cuidados de saúde, mas também a avaliação e correção de situações e fatores evitáveis de injustiça e iniquidade, pois a maioria dos sistemas de saúde visa a justiça distributiva (OMS, 2005).

Os sistemas de saúde são formados por todas as pessoas e entidades cujo objetivo principal, ainda que não o único, é melhorar as condições de saúde. Neste sentido, os diversos atores, que neles participam, deveriam estar integrados ou pelo menos coordenados, o que nem sempre acontece. Verifica-se, com alguma frequência, que os sistemas de saúde estão desalinhados com as necessidades dos pacientes e com a realidade económica que se caracteriza por custos crescentes, problemas relativamente à qualidade e ao aumento do número de pessoas a necessitar de serviços de saúde (OPAS, 2004).

Atualmente, as organizações de saúde, centram a sua atenção em estratégias que se preocupam, maioritariamente, com a transferência de custos para outras instituições, a acumulação de poder e a limitação de serviços, o que agrava, mais a situação. Este modelo organizacional despoleta a não geração de valor, uma diminuta promoção da qualidade, a sustentação de ineficiências através da criação de capacidade excessiva e o aumento dos custos organizacionais (Porter; Teiberg, 2006).

O modelo baseado numa estratégia de saúde (abordagem pelos resultados) é habitualmente pouco compreendido, difícil de comunicar e tem uma fraca base social de apoio. Neste sentido, é fundamental não só controlar a despesa pública na saúde, porque só assim é possível garantir uma sustentabilidade económica que permita implementar ou incrementar políticas de saúde que possibilitem a cobertura universal, a equidade de acesso, mas também demonstrar resultados/ganhos de saúde positivos. Num contexto de pensamento livre identificam-se duas medidas que podem ajudar a

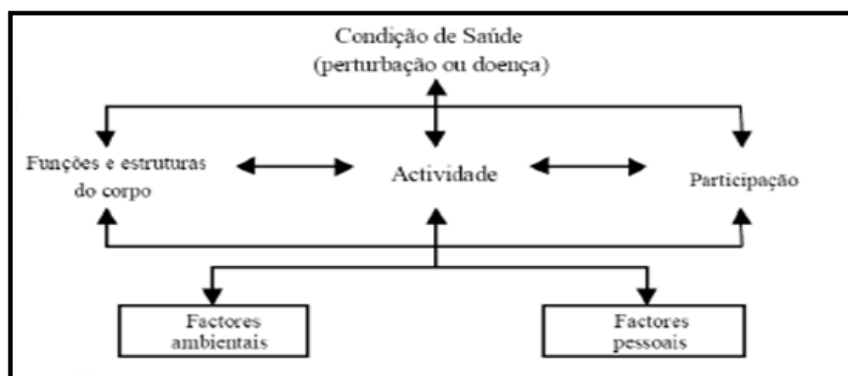
gerar valor em saúde, designadamente: (1) conhecer os resultados associados às despesas, centrando a operacionalização na implementação de indicadores de resultados em saúde (e.g., ganhos funcionais da população e demonstração pública de resultados e ganhos em saúde, por todos os organismos do SNS); (2) e contratualizar programas que contemplem a integração de cuidados de saúde que substituam os modelos de financiamento por procedimentos realizados por prestadores de cuidados de saúde. Para que estas medidas sejam bem-sucedidas é necessário existir articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde (e.g., Hospitais, Cuidados de Saúde Primários e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) (Sakellarides et al., 2015; UMCCI, 2011).

A proposta de internalização de cuidados de saúde centrada na pessoa, pressupõe diversos níveis de intervenção com diferentes formas de atuação, financiamento e métodos de avaliação sistemática. Para acompanhar a variabilidade de resposta dos serviços, os sistemas de saúde têm que estar dotados de mecanismos de informação cada vez mais potentes e rápidos, que permitam recolher, tratar e disponibilizar dados de natureza clínica, epidemiológica, económica e financeira. Estes procedimentos devem garantir a interoperabilidade semântica entre diferentes sistemas de informação, sem esquecer que é fundamental recolher informação centrada na pessoa e na sua condição de saúde, pois a informação centrada apenas nos serviços prestados ou nos processos, poderá negligenciar a identificação de ganhos e a apreciação do resultado dos serviços de saúde (WHO, 2011a). É suportada por esta necessidade que a OMS, através da Família das Classificações Internacionais, desenvolve e atualiza sistemas de classificação em saúde, que permitem, entre outros aspetos, a comparabilidades de dados e informação em saúde em todos os países, nomeadamente a CID e a CIF.

3. Conceito de funcionalidade

O modelo concetual da funcionalidade (Figura 2) recorre a uma abordagem biopsicossocial para chegar a uma síntese que permite visualizar de forma coerente as diferentes perspetivas de saúde: a biológica, a individual e a social (Mueller-Riemenschneider, 2008).

Figura 2. Interação entre os componentes da CIF



Fonte: DGS, 2004.

O conceito de funcionalidade engloba todas as funções e estruturas do corpo, as atividades de participação, os fatores contextuais e os fatores pessoais que se relacionam com o estado de saúde de uma pessoa ou população. Estes fatores permitem conhecer o histórico das vivências e do estilo de vida da pessoa e podem ser bastante úteis para compreender a condição de saúde atual (DGS, 2004a).

Os domínios da saúde e os domínios relacionados com a saúde são descritos com base na perspetiva do corpo, do indivíduo e da sociedade e são operacionalizados através das: (1) funções do corpo (funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo as funções psicológicas); (2) estruturas do corpo (partes anatómicas do corpo, tais como os órgãos, os membros e os seus componentes, classificados de acordo com os sistemas orgânicos); (3) atividades (execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo que representa a perspetiva individual da funcionalidade); (4) participação (envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real que representa a perspetiva social da funcionalidade); (5) e os fatores ambientais que interagem com todos estes componentes (Fontes; Fernandes; Botelho, 2010).

Os fatores contextuais podem ser ambientais (externos ao indivíduo) ou pessoais (intrínsecos ao indivíduo); e os fatores ambientais dizem respeito ao contexto físico e social em que as pessoas vivem, pelo que têm um grande impacto sobre a sua funcionalidade. Estes fatores incluem, ainda, os relacionamentos com outras pessoas, os vários papéis desempenhados, as atitudes, os valores, os serviços e sistemas sociais, as políticas, as regras e as leis. Por outro lado, os fatores pessoais são representados pela idade, o sexo, a educação, a profissão e outras características específicas de cada indivíduo, mas, ainda não têm códigos alfanuméricos atribuídos (Buchala, 2003).

Todas as dimensões estão inter-relacionadas e sofrem influências umas das outras. O constructo básico dos fatores ambientais é o impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal. Deste modo, duas pessoas com a mesma dor podem ter níveis diferentes de funcionalidade; e duas pessoas com o mesmo nível de funcionalidade não têm que ter necessariamente a mesma doença e os mesmos sintomas, pois tudo depende dos vários fatores contextuais, ambientais e pessoais (Branco, 2010).

3.1. Avaliação da funcionalidade

Desde 2001, que o Instituto de Estatísticas da Saúde do Canadá (Pereira, 2008), refere que os cuidados de saúde de qualidade devem estar centrados na otimização do estado funcional, porque esta é a principal preocupação dos doentes e das suas famílias (Clouser; Bierman, 2003). Segundo Bickenbach (2003b) a introdução da CIF no sistema estatístico canadiano, permitiu expandir a informação de saúde das populações e tratar a funcionalidade como uma variável demográfica.

A funcionalidade é, ainda, usada para analisar o grau de participação do adulto com incapacidade em vários contextos de vida, incluídos nos inquéritos sociais, entre os quais: a educação, o emprego e os transportes (DGS, 2004a).

Atualmente, em alguns países membros da OMS, como a Austrália, a Holanda e a Itália, a avaliação da funcionalidade integra os programas de saúde e de ação social, com o objetivo de ser utilizada não só como indicador de necessidades e ganhos em saúde, mas também, como indicador do desempenho dos serviços e avaliação das consequências da deficiência. A recolha de informação sobre a funcionalidade da população adulta com doença crónica, possibilita a definição de políticas nos setores da saúde, sociais, económicos, educacionais e ambientais (Cieza et al., 2004).

Sendo a funcionalidade reconhecida como o melhor indicador dos estados de saúde de uma pessoa ou população pode ser definida como uma tentativa sistematizada para medir objetivamente os níveis de desempenho em determinadas atividades da vida diária, na interação social e em situações de lazer. Representa, ainda, uma forma de avaliar se a pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si de forma independente e, caso não seja, verificar se a necessidade de ajuda é total ou parcial (Mendes, 2008).

A avaliação da funcionalidade deve ser efetuada através de um instrumento apropriado, fiável e válido que permita identificar os problemas específicos do utente e fornecer dados (pontuações finais) que facilitem a comunicação entre os profissionais de saúde

(Botelho, 2000). Neste contexto, as recomendações internacionais sugerem um instrumento biopsicossocial que integre a avaliação inicial e contínua de forma a aferir os resultados dos cuidados prestados e a proporcionar investigação futura (Lopes; Gouveia; Rodrigues, 2010).

A literatura sobre as doenças crónicas e o envelhecimento, menciona uma proliferação de instrumentos que se propõem a avaliar o estado funcional, nomeadamente os referenciados no Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde (RIMAS)⁴ (Anexo 1). Contudo, após a análise dos itens e dimensões que compõem os 22 instrumentos verifica-se que todos se centram em condições clínicas específicas, o que dificulta a sua utilização para classificar a funcionalidade das pessoas, independentemente da sua doença, ou de uma população para fins epidemiológicos. Uma análise mais atenta às dimensões que compõem cada instrumento, permitiu constatar que muitos deles apenas refletem o modelo biomédico e não contemplam as dimensões que se relacionem com os fatores ambientais.

Com o propósito de facilitar a adoção de medidas de funcionalidade, a OMS propôs o desenvolvimento de um instrumento que permitisse avaliar a limitação nas atividades e a restrição na participação, o *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0). Este instrumento tem-se mostrado útil para avaliar a saúde e os níveis de funcionalidade de forma uniformizada, tanto para a população geral, como em grupos específicos. Sendo etimologicamente neutro, não é específico para nenhuma condição de saúde, o que torna possível traduzir diretamente a funcionalidade e a incapacidade e tratar a avaliação do constructo Atividades e participação separadamente das condições de saúde (Meesters et al., 2010). Contudo, à semelhança dos outros instrumentos não inclui todos os constructos definidos pela CIF, pois exclui a maioria dos fatores ambientais.

A avaliação da funcionalidade humana como indicador de ganhos em saúde, não tem sido prática corrente, apesar de os médicos, frequentemente, avaliarem o estado funcional, na sua prática clínica, como guia para tomar decisões e prescrever terapia

⁴O objetivo do RIMAS é identificar e descrever instrumentos de medição e avaliação em saúde para garantir uma escolha e utilização corretas dos mesmos. Permite apoiar a pesquisa bibliográfica e a investigação em projetos, teses e dissertações. Fornece, ainda, informação a prestadores de cuidados e a investigadores em saúde, contribuindo assim, para desenvolver e estreitar as relações de colaboração entre Escolas e Centros de Investigação. Por fim, viabiliza uma extensa e sistemática utilização de medidas validadas e culturalmente adaptadas para Portugal. Assim, foi desenvolvido, em ambiente internet (<http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS>) um repositório que contém informação sobre instrumentos de medição em saúde, que se encontram disponíveis em língua portuguesa e, sempre que possível, na versão original, com a descrição das suas principais características e a forma de utilização/aplicação.

(e.g., dificuldade em andar, dispneia, doença cardíaca congestiva). Todavia, na prática hospitalar de ambulatório, a avaliação do estado funcional não é um exercício rotineiro, consistente ou compreensível (Reuben; Tinetti, 2002).

3.2. Classificação Internacional de Funcionalidade

Com o objetivo de uniformizar a linguagem utilizada para definir os aspetos relacionados com a saúde e a doença, a OMS desenvolveu três classificações principais: a CID, a CIF e, mais recentemente, a Classificação Internacional de Intervenções em Saúde (CIIS), à qual estão associados outros grupos de terminologia. Estas classificações permitem codificar uma ampla gama de informações a partir de uma linguagem comum e padronizada que possibilita a comunicação em todo o mundo, entre várias disciplinas e ciências. Entenda-se a classificação como um conjunto exaustivo de categorias mutuamente exclusivas, com a agregação de dados e com níveis específicos pré-estabelecidos para uma determinada finalidade (Clauser; Bierman, 2003).

A necessidade de complementaridade da CID, da CIF e da CIIS deriva das suas características. Enquanto a CID é uma classificação estatística internacional de doença e de problemas relacionados com a saúde, que recorre a um modelo etiológico para classificar o diagnóstico de doença e distúrbios de saúde associados à causa da doença; a CIF é a classificação que avalia a funcionalidade e incapacidade associada às condições de saúde, tanto a nível individual como populacional (Dale et al., 2012); a CIIS ainda não tem uma versão final, mas quando concluída permitirá elaborar relatórios e analisar a distribuição e evolução das intervenções de saúde para fins estatísticos. A CID categoriza as doenças e as causas de morte e a CIF classifica a saúde, pelo que a aplicação conjunta destas duas classificações permite, de forma ampla e fiável, conhecer a saúde de uma população e a forma como a interação entre o ambiente e o indivíduo, dificulta ou promove uma vida em todo o seu potencial (Napel, 2003).

A CIF evoluiu, de uma classificação de consequência da doença (versão de 1980), que se referia ao impacto das doenças na condição de saúde da pessoa, para uma classificação de componentes da saúde que identificam o que constitui a saúde. Ao assumir uma posição neutra em relação à etiologia, a CIF permite aos investigadores desenvolver inferências causais através de métodos científicos adequados. Neste sentido, constitui uma classificação inovadora em relação aos anteriores modelos de incapacidade, pois veio substituir os termos negativos como o dano, incapacidade e desvantagem, por termos neutros, como estrutura e função corporal, e atividade e participação, respetivamente. Neste modelo da funcionalidade, o termo incapacidade

representa uma interação dinâmica entre a pessoa e o ambiente, o que contrasta com os modelos de incapacidade que se centravam apenas no indivíduo. Esta alteração, considera a incapacidade e funcionalidade como um produto da interação da pessoa com a comunidade/sociedade em que está inserida. A alteração na terminologia reflete, também, a identificação da participação como um resultado importante em saúde (Rosenbaum; Stewart, 2004).

Os objetivos específicos da CIF visam: (1) proporcionar uma base científica para a compreensão e estudo da saúde e dos estados com ela relacionados; (2) estabelecer uma linguagem comum para descrever a saúde e os estados com ela relacionados; (3) melhorar a comunicação entre os profissionais na área da saúde, investigadores, gestores de políticas sanitárias e a população geral, incluindo as pessoas com incapacidades; (4) permitir a comparação de dados entre países, entidades sanitárias e serviços em diferentes momentos ao longo do tempo; (5) e proporcionar um esquema de codificação sistematizado que possa ser aplicado nos sistemas de informação sanitária (Boldt et al., 2005b).

A sua utilização permite obter uma imagem instantânea do estado de saúde e bem-estar (Dale et al., 2012), bem como um quadro completo da pessoa e a identificação de padrões de necessidades das populações. Permite, ainda, diagnosticar, examinar e/ou detetar a presença de problemas de saúde e identificar necessidades de cuidados com base na funcionalidade (O'Donovan; Doyle; Gallagher, 2009). Apesar da CIF não ter uma abordagem-tipo de determinantes em saúde ou fatores de risco foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas de forma a proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo das determinantes de saúde, dos ganhos e resultados e das condições relacionadas com a saúde, uma vez que inclui uma lista de fatores ambientais que descrevem o contexto onde a pessoa vive (Mueller-Riemenschneider et al., 2008).

Para que uma categoria tenha validade necessita de estar qualificada, para isso foram desenvolvidos os Qualificadores CIF, que são códigos numéricos que especificam a extensão ou magnitude da funcionalidade ou incapacidade naquela categoria ou em que medida um fator ambiental facilita ou constitui um obstáculo (Tabela 1).

Tabela 1. Qualificadores CIF

Código	Extensão da funcionalidade	Incapacidade
0	NÃO há problema (nenhum, ausente, insignificante)	0 a 4%
1	Problema LIGEIRO (leve, pequeno)	5 a 24%
2	Problema MODERADO (médio, regular)	25 a 49%
3	Problema GRAVE (grande, extenso)	50 a 95%
4	Problema COMPLETO (total)	96 a 100%
8	Não especificado	---
9	Não aplicável	---

Fonte: DGS, 2004.

3.3. Ferramentas da CIF

A CIF pode servir como um sistema de ligação entre as intervenções e a medição de resultados, facilitando a seleção de instrumentos de medida adequados para o objetivo da intervenção. Além disso tem a vantagem de ter aplicação universal e poder ser utilizada por todas as pessoas e em qualquer condição de saúde (Sampaio; Luz, 2009).

Enquanto ferramenta estatística, a CIF, permite recolher dados e utilizar critérios homogéneos que possibilitam fazer comparações internacionais. Entre os seus domínios de aplicação encontra-se a elaboração de legislação, regulamentação e normas. Além disso, é um instrumento educativo e útil no campo dos direitos humanos. Na prática clínica, permite acompanhar a evolução dos utentes, avaliar os resultados, mensurar a incapacidade ocasionada pelos diferentes níveis de doença ou lesão e relacionar as doenças com a qualidade de vida do utente (Buchalla, 2003).

Tempest e McIntyre (2006) referem que o uso da CIF em equipas multidisciplinares tem sido considerado extremamente importante para clarificar papéis dentro da equipa e facilitar o raciocínio clínico.

Apesar das mais-valias apresentadas, em Portugal, a implementação e difusão da CIF na sua plenitude tem vindo a ser adiada, o que poderá estar relacionado com a dificuldade da sua aplicabilidade, na prática clínica, uma vez que apresenta mais de 1.400 códigos, tornando morosa e impraticável a sua utilização (Fontes et al., 2010). Para contornar esta dificuldade e operacionalizar a CIF para a prática clínica e a investigação, a OMS e os seus centros colaboradores têm desenvolvido pequenas listas de categorias (*core sets*), globalmente acordadas, como sendo as mais relevantes para condições de saúde particulares ou âmbitos de intervenção específicos (Oltman et al., 2008; Sabino; Coelho; Sampaio, 2008).

Os *core sets* devem englobar o menor número possível de domínios de forma a serem práticos, mas os necessários para serem suficientemente compreensivos de forma a abranger o espectro padrão das limitações da funcionalidade e saúde que se encontram numa condição ou âmbito de intervenção específico (Steiner et al., 2002).

Stucki e Grimby (2004) defendem a importância da utilização dos *core sets* da CIF na documentação clínica e na transmissão de informação entre os diferentes prestadores de cuidados e o utente, pois irá promover a comunicação entre todos os intervenientes. Além dos *core sets*, foram desenvolvidas as *ICF Tools (International Classification of Functioning, Disability and Health)*, nomeadamente: a *ICF Categorical Profile*, a *ICF Assessment Sheet*, a *ICF Assignment Maps*, a *ICF Intervention Table* e a *ICF Evaluation Display* (Boldt, 2005a; Brach et al., 2004).

3.3.1. ICF Categorical Profile

A *ICF Categorical Profile* é uma ilustração do estado de funcionalidade do utente no momento da avaliação, pelo que fornece uma visão clara de todos os aspetos relevantes da funcionalidade e interação dos fatores ambientais e pessoais. Na base da sua criação está a utilização combinada de um *core set* da CIF e a classificação de cada categoria da CIF pelos qualificadores que sejam relevantes para a descrição do atual estado funcional do utente, pois não existe um *core set* pré-determinado para cada condição. Adicionalmente ou alternativamente à *ICF Categorical Profile* os resultados da avaliação podem ser introduzidos na *ICF Assessment Sheet* (Rauch; Cieza; Stucki, 2008)

3.3.2. ICF Assessment Sheet

A *ICF Assessment Sheet*, tal como a *ICF Categorical Profile*, apresenta uma perspetiva compreensiva da funcionalidade do utente através da apresentação dos resultados da avaliação em todas as componentes da funcionalidade humana. Ao contrário da *ICF Categorical Profile*, esta folha de registo, representa a perspetiva dos utentes e dos profissionais e reflete o desempenho (perspetiva do utente) e a capacidade (perspetiva dos profissionais). A *ICF Assessment Sheet* expõe, ainda, a relação entre os objetivos e metas do ciclo de reabilitação (Rauch et al., 2010).

Os problemas e as necessidades dos utentes são identificados e os aspetos relevantes para a descrição da funcionalidade através de ambas as perspetivas são transferidos para o documento nas áreas correspondentes. As palavras do utente são utilizadas para ajudar a compreender a sua experiência de funcionalidade. Seguidamente, são definidos os objetivos individuais, com base na descrição do estado de funcionalidade, e as metas são determinadas num processo partilhado entre os profissionais de saúde e o utente e/ou cuidadores. No contexto da CIF, os objetivos são definidos dentro dos componentes de funcionalidade e de uma estrutura hierárquica, de acordo com o decorrer do processo de reabilitação. Os objetivos globais, geralmente, visam a conquista da participação na sociedade de acordo com a funcionalidade ideal e referem-se ao que se pretende obter no final do processo de reabilitação. Normalmente só são alcançados com a implementação de programas de reabilitação colocados em prática por equipas multidisciplinares (Rauch et al., 2008)

3.3.3. ICF Assignment Map

A *ICF Assignment Map* descreve a alocação de alvos de intervenção relevantes para intervenções específicas e identifica os profissionais de saúde responsáveis pelas mesmas. Deste modo, contém uma lista de intervenções apropriadas que são atribuídas à categoria CIF específica. Este registo pode facilitar a escolha das intervenções adequadas a problemas específicos, especialmente para os profissionais de saúde com pouca experiência clínica. As intervenções definidas são atribuídas aos diferentes profissionais, sendo que um alvo de intervenção pode ser atribuído a diferentes intervenientes em simultâneo. Ao determinar que membro da equipa assume a liderança em determinado aspeto da funcionalidade pode ser reduzida a sobreposição de papéis entre profissionais e o número de entrevistas e avaliações, evitando assim transtornos para o paciente (Rauch et al., 2010).

3.3.4. ICF Intervention Table

A *ICF Intervention Table* contém todas as informações desde a avaliação à definição de intervenientes e técnicas. Todos os alvos de intervenção determinados podem ser transferidos a partir da *ICF Categorical Profile* e/ou da *ICF Assessment Sheet* e apenas a informação importante para todos os membros da equipa está presente nesta folha de registo. As informações adicionais, como a escolha da técnica, frequência e intensidade das intervenções são documentadas separadamente por cada membro da equipa. Os valores que demonstram a evolução do utente ao longo do ciclo de reabilitação são registados nesta tabela, por cada profissional de saúde responsável pela intervenção, através dos Qualificadores CIF. A utilização destes qualificadores permite padronizar e compreender a funcionalidade na avaliação multidisciplinar e possibilita que todos os membros da equipa avaliem a extensão dos problemas, mesmo em áreas de funcionalidade em que os profissionais não sejam especialistas (Rauch et al., 2008).

3.3.5. ICF Evaluation Display

A *ICF Evaluation Display* é uma ferramenta útil para a documentação e discussão do alcance de objetivos e para a decisão sobre novas medidas a tomar, pois resume as alterações no estado de funcionalidade e reflete a eficácia das intervenções de reabilitação realizadas. Pouco antes do fim do ciclo de reabilitação cada profissional de saúde tem de realizar a avaliação dos alvos de intervenção, com o instrumento previamente selecionado e o valor final é registado neste documento através dos

Qualificadores da CIF. A exposição desses valores ajuda a obter uma visão abrangente e compreensiva no decorrer do ciclo de reabilitação e facilita a discussão da equipa para determinar o novo procedimento a adotar. Além disso, a avaliação das alterações no estado de funcionalidade e o atingir dos objetivos, atualmente, são medidas de *outcomes* da prática clínica para demonstrar a eficácia dos serviços (Rauch et al., 2010).

Apesar dos benefícios identificados estas ferramentas também apresentam algumas limitações. Por um lado, consomem muito tempo e têm um efeito negativo na satisfação dos membros da equipa, mas o desenvolvimento de documentação em sistema informático pode facilitar a implementação das *ICF Tools* na prática clínica e permitir a recolha de dados que possam contribuir para a investigação futura na área da funcionalidade humana. Por outro lado, a comparação de dados tem como pré-requisito a medição de categorias CIF específicas com base em instrumentos padronizados e apesar de já existirem instrumentos específicos e validados para algumas categorias não há para todas. Por último, a utilização dos Qualificadores CIF, ainda, não está operacionalizada (Rauch et al., 2008).

Apesar de esforço dos grupos de trabalho internacionais da OMS para desenharem ferramentas facilitadoras da adoção da CIF na prática clínica, em Portugal, ainda existem inúmeras barreiras ao seu processo de implementação (Lopes et al., 2012), designadamente: (1) o desconhecimento do sistema de qualificadores e da classificação; (2) a ausência de um sistema métrico de quantificação; (3) o tempo de aplicação; (4) a pertinência da aplicação da classificação em contexto específico; (5) a falta de conhecimento generalizado sobre a CIF; (6) a falta de mecanismos de cooperação entre diferentes agentes que podem utilizar a CIF; (7) e a ausência de um plano estratégico para a implementação desta classificação no contexto do SNS (Pereira, 2008).

Contudo é reconhecido que a utilização da CIF, como sistema de classificação de saúde, permite obter uma imagem imediata do estado de saúde e bem-estar de um indivíduo, possibilitando aos profissionais de saúde conseguir um quadro completo dos seus utentes e às autoridades de saúde a identificação de padrões de necessidades das populações locais (Fitzpatrick et al., 1992).

3.4 Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade em Portugal

São vários os países (*e.g.*, Alemanha, Austrália, Estados Unidos da América, França, Hungria, Itália, Finlândia) que desenvolveram conjuntos de estratégias para a

implementação da CIF. Estes procedimentos assentam na criação de material de ensino, na aplicação da *check-list*, no desenvolvimento de *core sets* específicos para as doenças crónicas, no financiamento de projetos de investigação e na introdução da CIF nos currícula universitários (O'Donovan; Doyle; Gallagher, 2009).

Em Portugal o Conselho Superior de Estatística deu indicação para formar um grupo de trabalho que se dedique ao estudo da deficiência e reabilitação, que acompanhe o desenvolvimento desta ferramenta. Na continuidade dos trabalhos desenvolvidos, no ano 2002, a CIF foi aprovada para recolher informação sobre saúde em contexto nacional. No ano 2003, o então Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência (SNRIPD), atualmente designado por Instituto Nacional para a Reabilitação (INR), coordenou o início das funções do Grupo de Trabalho de Estatísticas da Deficiência e Reabilitação.

Como prova do reconhecimento da importância deste instrumento para a área da saúde, em 2004, a Direção-Geral da Saúde (DGS) publicou no seu *site* a tradução da CIF para português europeu e promoveu a formação de um grupo interdisciplinar formal para implementar a mesma no SNS. Na sequência do esforço nacional para facilitar o acesso e a compreensão da CIF, em 2005, o INR traduziu o documento Guia do principiante para uma linguagem comum de funcionalidade, incapacidade e saúde.

No âmbito da educação, em 2008, o Ministério da Educação e Ciência, publicou o Decreto-lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro, que veio legislar a Educação Especial ao introduzir a CIF-CJ (alínea 3 do artigo 6º), para a elaboração de relatório técnico pedagógico. Este diploma foi complementado pela Lei n.º 21/2008, de 12 de maio, e posteriormente, pelo Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro. Foi assinado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade, da Saúde, Educação e Ciência e incidiu especificamente na intervenção precoce e na necessidade de utilização da CIF como instrumento de caracterização da incapacidade, numa perspetiva da eficácia e eficiência na rede de suporte da criança e respetiva família, colmatando uma grave lacuna nesta área (Henriques, 2014).

Dado o reconhecimento das diversas áreas de aplicação da CIF, em 2012, o Projeto de Resolução n.º 407/XII/1ª, recomenda ao governo a criação do estatuto do doente crónico e da tabela nacional de incapacidade e funcionalidade da saúde, tendo por referência a CIF. Importa referir que um dos estudos contemplados neste trabalho diz respeito à construção e validação da Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF) para as doenças crónicas.

No ano de 2014, através da Portaria n.º 192/2014, de 26 de setembro, é regulada a criação e manutenção da Base de Dados de Registo do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (BDR-SAPA). Este sistema visa o tratamento da informação relativamente à referenciação, prescrição, atribuição, comparticipação e reutilização de produtos de apoio, sendo a caracterização das limitações e restrições que justificam a atribuição do mesmo realizada através da CIF.

Apesar das diversas iniciativas nacionais e do reconhecimento da prática de alguns sistemas de saúde internacionais que recorrem à classificação da funcionalidade das suas populações para a identificação de necessidades, planeamento de serviços, identificação de ganhos em saúde e apoio à decisão política, em Portugal, a classificação da funcionalidade, como uma das dimensões da saúde da pessoa ou das populações, ainda não é uma realidade (Bickenbach, 2003c; Cieza et al., 2004)

3.5 Caracterização da funcionalidade em Portugal

Recorrendo aos resultados apresentados no Inquérito Nacional de Saúde 2014 (INS 2014; INE, 2016), após codificação das variáveis recolhidas segundo a CIF, foi possível caracterizar genericamente a funcionalidade da população portuguesa, segundo a função e estruturas do corpo, as atividades e participação e os fatores ambientais. Importa referir que os valores que se seguem não são cumulativos.

3.5.1. Função e estruturas do corpo

Funções da visão (b210): 2,1 milhões de pessoas referiram ter dificuldade em ver, mesmo com óculos, lentes de contacto ou lentes intraoculares e a percentagem aumenta com a idade: cerca de 9% até aos 34 anos, 14% entre os 35 e os 44 anos, 30 a 32% entre os 45 e os 74 anos, e superior a 40% para idades mais avançadas.

Funções auditivas (b230): 2,6 milhões de pessoas com 15 anos ou mais referiram ter dificuldade em ouvir.

Sensação de dor (b280): a dor física foi referida por mais de metade da população com idade igual ou superior a 15 anos (53,8%), sendo mais frequente no caso das mulheres (3 milhões, i.e., 62,5%) do que nos homens (1,8 milhões, i.e., 43,9%).

Funções de manutenção do peso (b530): 4,5 milhões de pessoas tinha excesso de peso ou obesidade, o que corresponde a um Índice de Massa Corporal (IMC) de 25 ou mais kg/m², sendo que 1,4 milhões estavam em situação de obesidade (30 ou mais kg/m²).

Para cerca de 3,8 milhões de pessoas (44,0%) o IMC correspondia à categoria de peso normal (entre 18,5 e 25 kg/m²), e cerca de 155 mil pessoas (1,8%) tinham baixo peso (menos de 18,5 kg/m²).

3.5.2. Atividades e participação

Andar (d450): quase 1 milhão de pessoas referiram ter dificuldade em caminhar 500 metros num terreno plano sem ajuda, enquanto 2,5 milhões mencionaram deslocar-se a pé diariamente.

Deslocar-se por diferentes locais (d460): 1,1 milhões de pessoas referiram que tinha dificuldade em subir ou descer 12 degraus sem ajuda, verificando-se que 70% era população idosa.

Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465): cerca de 75 mil pessoas utilizavam a bicicleta todos os dias nas suas deslocações.

Ajudar os outros (d660): 1,1 milhões de pessoas com 15 anos ou mais prestavam assistência ou cuidados informais a outras pessoas que tinham problemas de saúde ou relacionados com a velhice.

Desportos (d9201): 5,8 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos não praticavam nenhuma atividade desportiva ou de lazer de forma regular; 1,4 milhões praticava exercício físico um ou dois dias por semana e para cerca de 422 mil pessoas constituía uma prática diária.

3.5.3. Fatores ambientais

Alimentos (e1100): 6,3 milhões de pessoas com 15 anos ou mais consumiam fruta diariamente (em média 2,3 porções) e cerca de 79 mil pessoas referiram nunca consumir fruta. O consumo diário de legumes e saladas foi indicado por 4,9 milhões de pessoas, sendo a média diária de consumo de 1,8 porções; e cerca de 89 mil pessoas não consumiam estes alimentos.

Medicamentos (e1101): 5 milhões de residentes com 15 anos ou mais (56,1%) consumiram medicamentos prescritos nas duas semanas anteriores à entrevista; e 2,1 milhões de pessoas (23,9%) referiram ter consumido medicamentos sem receita médica no mesmo período.

Produtos ou substâncias para consumo pessoal, outros especificados (e1108): 1,8 milhões de pessoas com 15 ou mais anos fumava, sendo que 1,5 milhões o fazia

diariamente e 288 mil fumavam ocasionalmente. Considerando aqueles que fumavam diariamente, 45,9% (669 mil pessoas) consumia uma média de 11 a 20 cigarros por dia.

Produtos ou substâncias para consumo pessoal, outros especificados (e1108): 6,2 milhões de pessoas com 15 anos ou mais (70%) referiram ter consumido bebidas alcoólicas, das quais 2,1 milhões fizeram-no diariamente (34,5%).

Profissionais de saúde (e355): 6,7 milhões de pessoas com 15 anos ou mais (75,1%) foram a uma consulta de medicina geral e familiar e quase metade da população recorreu a um(a) médico(a) especialista; 49% da população referiu ter tido uma consulta com um(a) médico(a) dentista e 11% das pessoas (955 mil) foi a uma consulta de fisioterapia.

Família alargada (e315): 5,7 milhões de pessoas (64,2%) referiram ter três ou mais pessoas próximas a quem podiam recorrer se necessitassem de apoio num problema pessoal. Das restantes, a maioria (2,9 milhões) tinha uma ou duas pessoas a quem recorrer e 204 mil pessoas indicaram não ter ninguém.

Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde (e580): 7,6 milhões de pessoas com 15 anos ou mais (86%) tinham um suporte social médio ou forte, sendo que essa proporção aumentava com o nível de escolaridade.

Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social em geral (e575): 1 milhão de pessoas (11,7%), mencionaram que o seu suporte social era fraco, mas 2,9 milhões de pessoas referiram que o mesmo era forte.

4. Envelhecimento

O envelhecimento pode ser entendido como um processo segundo o qual um organismo biológico, como o corpo humano, existe no tempo e se transforma fisicamente. Neste âmbito, é caracterizado por uma acumulação gradual (ao longo da vida) de danos moleculares, celulares, tecidulares, orgânicos e sistêmicos que resultam num prejuízo progressivo e generalizado em muitas funções corporais, uma maior vulnerabilidade aos desafios ambientais e um risco crescente de doença e morte. Este processo traduz-se numa diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida que, em parte, são geneticamente determinadas e, substancialmente, influenciadas pelas condições de vida e do ambiente (Kirkwood, 2008).

Bryant, Corbett e Kutner (2001) descrevem o envelhecimento como um processo normal que ocorre durante curso da vida e não como um modelo de doença. Segundo os autores, o envelhecimento saudável traduz-se na diminuição da morbilidade e do

aumento na esperança de vida. Na mesma linha, Caldas (2003) refere que envelhecer pressupõe um processo dinâmico, habitualmente lento e gradual, que varia de indivíduo para indivíduo, em continuidade com o processo biológico que interage com a adaptação à dimensão social e modela a situação vivencial das pessoas, tendo em consideração a relação destas com o contexto em que se encontram.

O envelhecimento da população revela-se como uma tendência positiva, que está intimamente ligada à maior eficácia das medidas preventivas em saúde, ao progresso da ciência no combate à doença, a uma melhor intervenção no meio ambiente e, sobretudo, à consciencialização progressiva de que somos (nós) os principais agentes da nossa própria saúde, sendo por vezes difícil distinguir entre as alterações próprias do envelhecimento fisiológico e as que são patológicas. Todavia, há defensores da existência de um envelhecimento natural, sem doença, como um processo relativamente benigno, em que o declínio das reservas homeostáticas não se manifesta sintomaticamente nas atividades correntes (Botelho, 2007). Contudo, existe evidência para afirmar que o aumento das doenças crónicas está associado ao aumento da população envelhecida e ao aumento do número de anos de vida (Schneider; Brody, 1983; WHO, 1984). Entre as doenças geriátricas comuns, encontra-se: a resistência à insulina e intolerância à glucose, a dislipidémia, a hipertensão arterial, a doença arteriosclerótica cardiovascular e cerebrovascular, a osteoartrose e a osteoporose (Heuser; Hazzard, 1994).

O INS 2014 (INE, 2016) registou que as doenças crónicas mais referidas pelos portugueses, com mais de 65 anos, em mais de 50% dos casos são: as doenças associadas ao progresso degenerativo osteoarticular, como as artroses (57%), as dores lombares ou outros problemas crónicos na coluna vertebral (56%) e a hipertensão arterial (55%) (Tabela 2).

Tabela 2. População residente em Portugal no ano 2014, com 65 anos ou mais, por grupo etário e tipo de doença crónica nos 12 meses anteriores à entrevista

	65-74 anos	75-84 anos	85 + anos	Total
População residente	1.071.532	772.038	261.597	2.105.167
Asma	73.071 (6,8%)	47.837 (6,2%)	X	120.908 (6%)
Bronquite crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica ou enfisema	105.720 (9,9%)	101.631 (13,2%)	40.640 (15,2%)	247 991 (12%)
Enfarte do miocárdio e respetivas consequências crónicas	33.571 (3,1%)	54.637 (7,1%)	X	88.208 (4%)
Doença coronária ou angina de peito	86.787 (8,1%)	122.508 (15,9%)	55.744 (21,3%)	265 039 (13%)
Hipertensão arterial	581.527 (54,3%)	437.156 (56,6%)	143.495 (54,9%)	1.162.178 (55%)
Acidente vascular cerebral e respetivas consequências crónicas	41.357 (3,9%)	57.421 (7,4%)	X	98.778 (5%)
Artrose	575.417 (53,7%)	467.213 (60,5%)	163.824 (62,6%)	1.206.454 (57%)
Dores lombares ou outros problemas crónicos na coluna vertebral	569.274 (53,1%)	448.233 (58,1%)	157.896 (60,4%)	1.175.403 (56%)
Dores cervicais ou outros problemas crónicos no pescoço	465.248 (43,4%)	360.632 (46,7%)	119.310 (45,6%)	945.190 (45%)
Diabetes	257.067 (24%)	181.297(23,5%)	52.421 (20%)	490.785 (23%)
Alergias	228.913 (21,4%)	130.340 (16,9%)	37.382 (14,3%)	396.635 (19%)
Incontinência urinária	178.849 (16,7%)	185.823 (24,1%)	82.158 (31,4%)	446.830 (21%)
Problemas renais	92.717 (8,7%)	91.515 (11,9%)	32.021 (12,2%)	216.253 (10%)
Depressão	220.900 (20,6%)	143.314 (18,6%)	33.103 (12,7%)	397.317 (19%)

Porém, o diagnóstico das doenças nos idosos pode não ter tanto impacto na qualidade de vida, como as consequências da doença na capacidade funcional e na manutenção da independência nas atividades da vida diária. Um indivíduo idoso que possui doenças crónicas pode ser considerado saudável, se não possuir incapacidades. Contudo, outro idoso com o mesmo tipo de patologias pode apresentar incapacidades que afetem a sua qualidade de vida (Alves; Leite; Machado, 2008a).

O peso económico da incapacidade pode ser aliviado pelas características ambientais que determinam se uma pessoa idosa pode permanecer em casa, de forma independente, apesar das suas limitações, pois quanto mais tempo a pessoa conseguir permanecer independente, menores serão os custos associados ao envelhecimento. Alguns dos fatores facilitadores que promovem a independência dos idosos são: a segurança financeira, os cuidados de saúde acessíveis na zona de residência, os contactos sociais, a manutenção das capacidades para as tarefas domésticas, a existência e utilização de serviços de apoio, a acessibilidade de transporte e a segurança, a participação ativa na comunidade, a promoção da sua independência e a

redução do risco de isolamento. E mesmo quando as pessoas sofrem de declínio de capacidade, os ambientes de apoio podem garantir que os idosos possam fazer o que necessitam. A prestação de cuidados e o apoio social podem possibilitar, aos idosos, uma vida digna e oportunidades de crescimento pessoal contínuo (WHO, 2015b).

O envolvimento e participação em atividades e a manutenção de relações sociais têm vindo a ser considerados fatores que previnem o declínio cognitivo nos idosos. Neste contexto, são definidos seis indicadores de envolvimento social: (1) a presença do cônjuge; (2) o contacto visual/pessoal com familiares ou amigos próximos; (3) o contacto telefónico ou por escrito com familiares e amigos; (4) a participação regular em serviços religiosos; (5) ser membro de outros grupos; (6) e a participação em atividades sociais e recreativas (Bassuk et al., 1999).

Estudos sobre as mudanças sociais, ao longo da vida, demonstram que o apoio emocional é uma variável que se mantém estável, o suporte informal aumenta com a idade e os níveis de ajuda oferecida diminuem. Os resultados evidenciaram uma diminuição no contacto com os amigos e na satisfação com o apoio prestado e antecipatório. Foi, ainda, possível verificar a existência de diferenças em função do género e do nível socioeconómico, sendo que os homens recebem e dão menos apoio que as mulheres, mas os idosos do sexo masculino sentem-se mais satisfeitos com as mudanças no que diz respeito ao apoio. Por seu lado, os idosos com baixas habilitações académicas vivenciam desvantagens, ao longo do tempo, em relação ao nível do contacto social com os amigos e apoio recebido, em comparação com aqueles que possuem habilitações académicas mais elevadas. Deste modo, o desenho de uma intervenção comunitária em resposta às solicitações desta população, pressupõe uma avaliação integrada que inclua aspetos de saúde física e mental e uma rede de apoio social (Clarkson et al., 2006).

Acredita-se que a saúde pública e a integração de medidas de saúde, em todas as políticas, são fundamentais para promover um envelhecimento saudável e permitir que as pessoas se mantenham inseridas na sociedade durante mais tempo, protelando e evitando a incapacidade e a dependência.

4.1. Envelhecimento e demografia

O envelhecimento da população é um fenómeno de dimensão mundial e a OMS (2005) prevê que em 2025 existam cerca de 1,2 mil milhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos com 80 anos ou mais constituem o grupo etário de maior

crescimento, e aproximadamente 75% dessas pessoas vive em países considerados desenvolvidos.

O envelhecimento da população em termos mundiais vai ter repercussões de sustentabilidade de ordem económica, social e demográfica (Davis, 2005; Domeij; Flodén, 2006; Maggi, 1993; Pilichowski et al., 2007), com implicações profundas ao nível do planeamento da saúde em geral e da necessidade de cuidados (Lafortune; Balestat, 2007). Ao crescimento do grupo de idosos está associado um aumento das doenças crónicas relacionadas com os processos degenerativos e incapacidades que elevam procura de cuidados de saúde e sociais.

4.1.1. População mundial

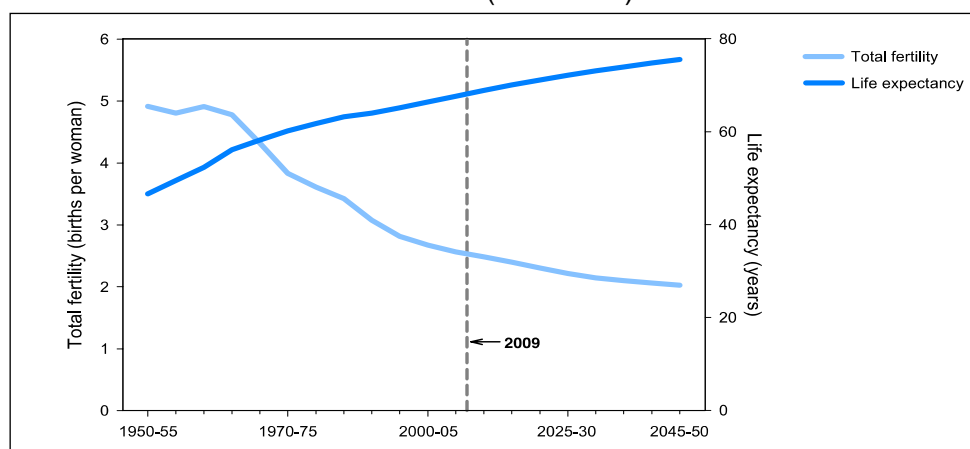
Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2011), o envelhecimento populacional, a nível mundial, não tem precedentes na história da humanidade, sendo expectável que no século XXI o fenómeno acelere. Até à data o mundo tinha vivenciado um ligeiro crescimento da população idosa, com a percentagem de pessoas com 60 anos a aumentar cerca de 2%, mas nas próximas quatro décadas, espera-se que esse grupo alcance 22% da população total - um salto de 800 milhões para 2 mil milhões de pessoas (Bloom et al., 2015). Este fenómeno tem repercussões globais, porque afeta a sociedade a todos os níveis e exige alterações sociais profundas. Segundo Lopes e colaboradores (2013) esta será uma situação duradoura, pois não é expectável que retornemos a um perfil demográfico jovem, tal como conhecido pelos nossos antepassados.

De acordo com a OMS (WHO, 2011a) o aumento da população idosa pode ser explicado por um conjunto de razões, das quais se destaca a associação entre o aumento da esperança de vida à nascença⁵, que se tem verificado ao longo dos últimos anos, e a diminuição do índice sintético de fecundidade⁶ (Gráfico 1).

⁵ O número médio de anos que um recém-nascido pode esperar viver, se submetido ao longo da sua vida às condições atuais de mortalidade (Eurostat, 2009).

⁶ Número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade), admitindo que as mulheres estariam submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento.

Gráfico 1. Índice sintético de fecundidade e esperança de vida à nascença no mundo (1950-2050)



Fonte: WHO (2011a)

A estas razões podemos, ainda, acrescentar processos migratórios que, em algumas regiões, ajudam a compreender a dimensão do fenómeno. Verifica-se que, a nível mundial, a esperança de vida à nascença passou de 47,7 anos em 1950, para 69,3 em 2010; e o índice sintético de fecundidade diminuiu cerca de 50% entre 1950 e 2010, tal como sucedeu com a taxa bruta de natalidade que no mesmo período diminuiu 47,15% (Tabela 3).

Tabela 3. Indicadores de desenvolvimento populacional no mundo entre 1950 e 2060

Ano	1950	1980	2000	2010	2020	2060
População Total (milhares)	2.532.229	4.453.007	6.122.770	6.895.889	7.656.528	9.615.189
Média de idade (anos)	23,9	23,1	26,7	29,2	31,6	39,1
Rácio de dependência dos idosos	10,1	12,2	12,8	13,4	16,2	33,1
Rácio de dependência total	95,7	105,1	86,5	76	72,9	80,5
Esperança de vida ao nascer (anos)	47,7	62,1	66,4	69,3	71,4	77,5
Esperança de vida aos 65 anos (anos)	11,5	14,2	15,4	16	16,5	16,9
Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes	36,9	27,7	20,9	19,2	17,1	13,2
Índice sintético de fecundidade (filhos por mulher)	4,95	3,59	2,62	2,45	2,33	2,11

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2011) a população mundial passou de 2.532.229 milhões em 1950, para 6.895.889 milhões em 2010, o que corresponde a um aumento de 2,87% ao ano. Nas regiões mais desenvolvidas⁷ o crescimento da população foi de 811,187 milhões de pessoas em 1950 para 1.288.962 em 2010, o que corresponde a um aumento de 0,98% ao ano, consideravelmente, menor que o anterior.

⁷ Compreendem a Europa, América do Norte, Austrália/Nova Zelândia e Japão (UN, 2011).

De acordo com as projeções das ONU, a população mundial, no período de 2010 a 2060 passará de 6.895.889 para 9.615.189 milhões de pessoas, o que corresponde a um aumento de 0,78% ao ano.

No período de tempo entre 2015 e 2060, prevê-se que o número de pessoas com 65 anos ou mais aumente em 1.047.929 milhões, o que corresponde a um crescimento de 4,22% ao ano. A esperança de vida aos 65 anos⁸ aumentou no período temporal de 1950 a 2010, em 4,5 anos e a esperança de vida ao nascer aumentou 21,6 anos. Nas regiões mais desenvolvidas esse grupo populacional aumentará 124.643 milhões, o que corresponde a um crescimento anual de 1,58%. No mesmo período temporal, o número de pessoas com 80 anos ou mais irá aumentar em 365.497 milhões, o que corresponde a um crescimento de 6,59% ao ano. A média de idade⁹ entre 1950 e 2060 aumentará 15,2 anos, o que se traduz num aumento de mais de um ano por década (Tabela 4).

Tabela 4. Indicadores de desenvolvimento populacional na Europa entre 1950 e 2060

Ano	1950	1980	2000	2010	2020	2060
População Total (milhares)	547.287	692.869	726.777	738.199	744.177	702.347
Média de idade (anos)	29,7	32,7	37,6	40,1	42,5	45,5
Rácio de dependência	14,4	21,6	24,3	25,8	31,4	54,3
Rácio de dependência total	74,8	74,4	64,7	59,7	66,6	96,9
Esperança de vida ao nascer (anos)	65,6	71,7	73,8	76,5	78,3	83,5
Esperança de vida aos 65 anos (anos)	14,2	15,2	16,5	18	18,8	21,8
Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes	21,4	14,3	10,2	10,8	10,2	10,7
Índice sintético de fecundidade (filhos por mulher)	2,65	1,89	1,43	1,59	1,69	1,99

De acordo com as projeções, comparando o período de 2015 a 2060 com o período de 1950 a 2010, verifica-se uma diminuição do ritmo de crescimento da população mundial de 2,94% para 0,80% por ano. Todavia, o ritmo de crescimento das pessoas com 65 anos ou mais, no período de 2015 a 2060 será muito superior (4,22% por ano).

Os principais indicadores demográficos refletem estas alterações de forma inexorável, verificando-se que o rácio de dependência dos idosos¹⁰ nas regiões mais desenvolvidas em 1950, era de 10,1; em 2010 já era de 25,9 e estima-se que em 2060 seja de 51,1 pessoas idosas por cada 100 pessoas em idade ativa (entre os 15 e os 64 anos). O rácio de dependência total¹¹ é de enorme utilidade pois permite-nos compreender o nível

⁸ Número médio de anos que uma pessoa com 65 anos pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência.

⁹ Idade que divide a população em duas partes de tamanho igual.

¹⁰ Rácio de dependência dos idosos é a razão entre o número de pessoas idosas numa idade em que geralmente são economicamente inativas (ou seja, com 65 anos e mais), em comparação com o número de pessoas em idade de trabalhar (entre os 15 e os 64 anos).

¹¹ Rácio de dependência total diz respeito à soma do número de jovens e do número de pessoas idosas numa idade em que ambos os grupos são, em geral, inativos (menos de 15 anos de idade e mais de 65),

de equilíbrio entre o grupo populacional considerado ativo e os grupos considerados dependentes (menos de 15 anos e mais de 65). Percebemos que nas regiões mais desenvolvidas, em 1950 esse rácio era de 77,1. Todavia, este valor resultava essencialmente do contributo dos jovens (menos de 15 anos). Em 2010, esta proporção era de 62,5 pessoas e estima-se que em 2060 seja de 94,9 pessoas. O previsível incremento do valor deste rácio fica-se a dever à conjugação de dois fatores: o declínio das taxas de fertilidade e consequente diminuição do total de jovens e o aumento do total de idosos (UN, 2011).

O rácio de dependência pressupõe que todas as pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 65 anos trabalham, embora em 2009, mais de um terço da população da União Europeia (UE), em idade ativa, não estivesse a trabalhar. Este indicador também ignora a influência que as políticas e outros fatores externos podem ter sobre a proporção de idosos que fazem parte da força de trabalho formal. Segundo Lee e Mason (2011) muitas pessoas mais velhas que não estão no mercado de trabalho, podem ser independentes financeiramente através dos ativos que acumularam durante as suas vidas ou das contribuições que foram fazendo para os seus fundos de pensão. Os autores referem, ainda, que em muitos países os fluxos de caixa circulam dos membros mais velhos da família para os membros mais jovens, verificando-se que até aos oitenta anos as pessoas fazem contribuições económicas fortes para a sociedade através do consumo.

Um estudo desenvolvido, nos Estados Unidos da América (EUA), por Nielsen (2012) revela que até 2017 serão as pessoas com mais de 55 anos que irão controlar 70% de todo o rendimento disponível. A pesquisa nos países de baixa renda é mais limitada, mas destacam-se as contribuições que as pessoas mais velhas, muitas vezes, fazem para garantir a segurança alimentar, como acontece, por exemplo, com os agricultores no Quênia cuja idade média é de 60 anos (Aboderin; Beard, 2015).

Em 1982, a ONU organizou a primeira Assembleia Mundial do Envelhecimento, em Viena, e já nessa época se refletia sobre a preocupação da conjugação entre os dados demográficos referentes à diminuição da taxa de nascimentos, com o aumento da taxa da esperança de vida ao nascer, que se refletia na mudança em termos da pirâmide demográfica dos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

A segunda assembleia, sobre o mesmo tema, decorreu em Madrid em 2002, e sublinhou o facto de o aumento do número de idosos passar de 600 milhões para quase dois

em comparação com o número de pessoas em idade de trabalhar (entre os 15 e os 64 anos), ou seja, é a soma de dois rácios: o rácio de dependência dos jovens e o rácio de dependência dos idosos.

bilhões até 2050. Esta situação terá inúmeras implicações demográficas, pois pela primeira vez, existirão mais pessoas com idade superior a 60 anos do que jovens com menos de 15 anos. As consequências sociais e políticas refletir-se-ão no aumento dos gastos por pessoa por ano, e sem uma mudança ao nível das prioridades e da estrutura do atual sistema de saúde, a probabilidade é de que o custo total com a saúde dos idosos cresça rapidamente (Bosch, 2002).

4.1.2. População da Europa

A atual estrutura demográfica da Europa caracteriza-se por dois fatores que concorrem para um progressivo envelhecimento da sua população: o declínio da fertilidade (com taxas abaixo de valores que permitem a substituição de gerações) e o aumento da esperança de vida (Walker, 2005).

Segundo a Comissão Europeia (CE; EC, 2010) a população da Europa 27¹² (UE-27) representava 20% da população mundial, em 1960; enquanto em 2005, representava apenas 11,2%, tendo ocorrido no mesmo período de tempo um crescimento da população noutras regiões como a África, a Ásia e a América Latina. Neste período temporal foram observadas alterações percentuais dos vários grupos etários: as pessoas com menos de 15 anos diminuíram 10,8% e as pessoas com mais de 65 anos aumentaram 7%. Entre 1998 e 2008, os idosos com 80 anos ou mais aumentaram 35,1%. De acordo com o mesmo estudo, em 2008, as pessoas com mais de 65 anos representam 17% da população total da UE e em 2060 serão 30%; a percentagem de pessoas com mais de 80 anos passará dos atuais 4,4% para 12,1%; e a percentagem de pessoas com menos de 15 anos será menos de metade (14%) que a das pessoas com 65 anos ou mais (30%).

No período temporal entre 1950 e 2010 o rácio de dependência dos idosos, na UE-27 aumentou 11,4% (Tabela 5), muito acima do observado noutras regiões como na América do Norte (4%), Ásia (3%) e África (0%) (EC, 2011a). No mesmo período o rácio de dependência total diminuiu 15,1%, prevendo-se que aumente 37,2% no período entre 2010 e 2060. Este aumento decorre essencialmente do peso do grupo etário das pessoas com 65 anos ou mais.

¹² Europa a 27 é composta por: Áustria, Bélgica, Bulgária, Chipre, República, Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Países, Baixos, Polónia, Portugal, Roménia, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Suécia, Reino Unido.

Tabela 5. Anos de vida saudável aos 65 anos em função do sexo

Período de referência dos dados	2013		2012		2011		2010		2009	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Anos de vida saudável aos 65 anos	9,6	9,3	9,9	9	7,8	6,3	7,1	5,7	6,8	5,5

Fonte: INE, 2016.

Segundo os dados apresentados, a UE-27 configura-se no seu conjunto como um grupo de países envelhecidos, com o rácio de dependência de idosos e o rácio de dependência total a aumentar de forma gradual, acima de outras regiões mais desenvolvidas (EC, 2010). Presenciamos um aumento muito significativo das pessoas com 85 anos ou mais (EC, 2013). Para este fenómeno concorre o aumento do número de idosos, mas também a diminuição da taxa de fecundidade e taxa bruta de natalidade (Tabela 6).

Tabela 6. Beneficiárias(os) de pensões dos regimes de proteção social na velhice

Período de referência dos dados	2013	2012	2011	2010	2009
Beneficiárias(os) de pensões dos regimes de proteção social na velhice	2.318.381	2.291.237	2.246.804	2.193.939	2.162.577

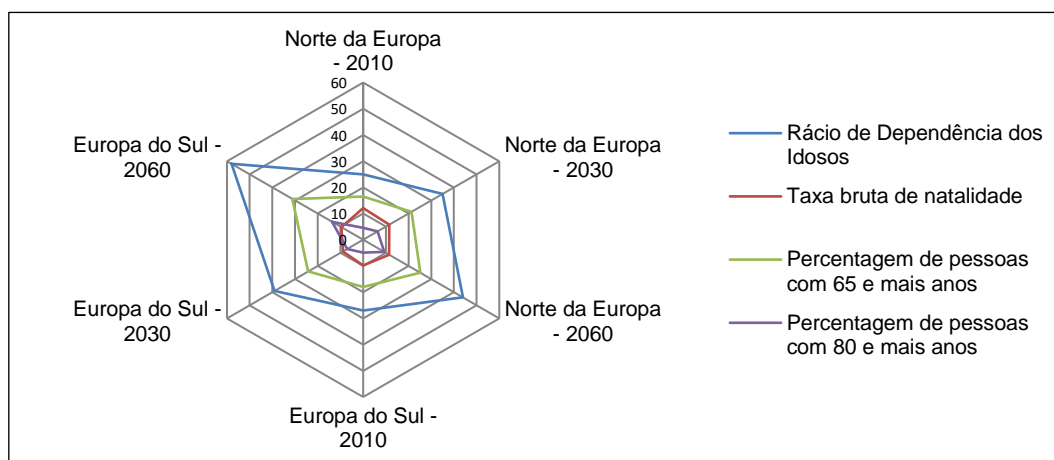
Fonte: INE, 2016.

Segundo as NU (UN, 2011) observam-se diferenças muito significativas entre as várias regiões europeias (i.e., Europa de Leste, Europa do Norte¹³, Europa do Sul¹⁴, Europa Ocidental), sendo as mais significativas entre a Europa do Norte e a do Sul. Como podemos observar no Gráfico 2, no ano 2060, os rácios de dependência total, nessas regiões apresentarão uma diferença de 10 pontos percentuais; e no rácio de dependência dos idosos esta diferença será ainda maior (14 pontos percentuais). Por outro lado, a taxa bruta de natalidade apresenta pouca diferença entre estas duas regiões.

¹³ Ilhas do Canal, Dinamarca, Estónia, Finlândia, Islândia, Irlanda, Letónia, Lituânia, Noruega, Suécia e Reino Unido.

¹⁴ Albânia, Bósnia e Herzegovina, Croácia, Grécia, Itália, Malta, Montenegro, Portugal, Sérvia, Eslovénia, Espanha e Macedónia.

Gráfico 2. Indicadores de desenvolvimento populacional no Norte e no Sul da Europa, entre 1950 e 2060



4.1.3. População de Portugal

A população de Portugal representa 2,1% da população da UE-27, tendo ocorrido um aumento de 307.639 pessoas no período que decorreu entre 2002 e 2011. Em igual período, os nascimentos totais diminuíram em 13.063 e o número de mortes anuais aumentou em 3.859. As pessoas com 65 anos ou mais têm vindo a aumentar continuamente, verificando-se que em 1960 representavam 7,8% do total da população, e em 2011 já representavam 19%, o que corresponde a um crescimento de 4,5% ao ano. As estimativas para os próximos 50 anos vão no sentido de manutenção de uma taxa elevada de envelhecimento (cerca de 3,5% ao ano), pelo que em 2060 Portugal será dos países mais envelhecidos da UE-27 (EC, 2011b) (Tabela 7).

Tabela 7. Indicadores de desenvolvimento populacional em Portugal, entre 1950 e 2060

Ano	1950	1980	2000	2010	2020	2060
População Total (milhares)	8.417	9.786	10.336	10.676	10.623	8.676
Média de idade (anos)	26,1	30,7	37,8	41	45,1	52,6
Rácio de dependência	13	21,2	26,6	29,1	34,7	70,1
Rácio de dependência total	85,9	85,2	64,4	62	65,3	105,4
Esperança de vida ao nascer (anos)	60	72,3	77,3	79,8	80,9	84,7
Esperança de vida aos 65 anos (anos)	13,4	15,2	17,6	19,1	19,8	22,4
Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes	23,9	14,6	10,8	8,8	7,6	8,6
Índice sintético de fecundidade (filhos por mulher)	3,1	2,01	1,45	1,31	1,36	1,83

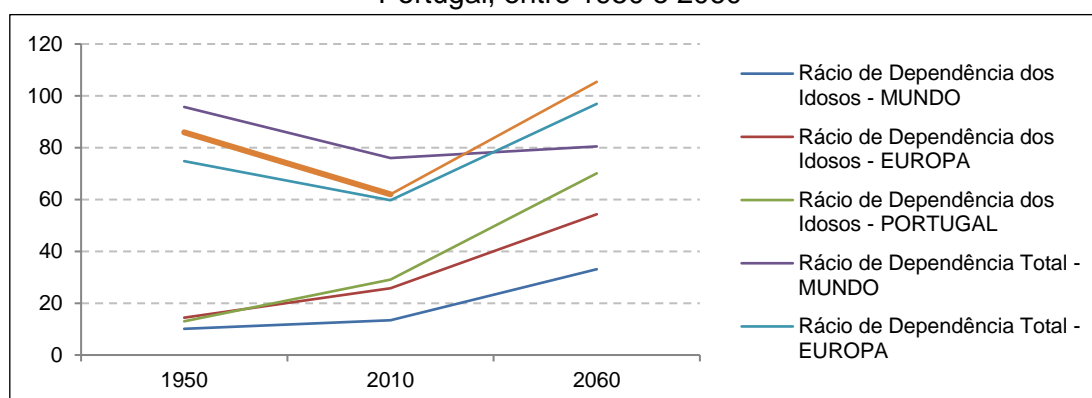
O ritmo de crescimento anual das pessoas com 80 anos ou mais situou-se em 8,1%, entre 1960 e 2010, e até 2060 prevê-se que este crescimento anual se mantenha em cerca de 4,5%, o que triplicará a proporção desta população em Portugal e levará o nosso país ao 3º lugar do crescimento das pessoas neste grupo etário (EC, 2011b). Esta

situação irá provocar um crescimento substancial nos custos de apoio ao envelhecimento devido ao número de idosos que recebe pensões dos regimes de proteção social na velhice.

Prevê-se que o rácio de dependência de idosos, em Portugal, continue a aumentar, atingindo os 57,2 em 2060 (EC, 2011b), um incremento substancial em relação aos 12,4 verificados em 1960 e os 27,0 em 2010. Os resultados dos últimos Censos (INE, 2011b) revelam, ainda, que no período de 2001 a 2010 se verificou um aumento de 2,98% da população em geral, todavia o aumento da população com mais de 65 anos foi de 13,05% e o da população com mais de 75 anos foi de 27,82%, com ligeiro predomínio das mulheres.

Podemos observar que Portugal, quando comparado com os restantes países da Europa e do mundo apresenta rácios de dependência muito elevados e taxas brutas de natalidade e de fecundidade muito baixas (Gráfico 3).

Gráfico 3. Rácios de dependência dos idosos e dependência total: Mundo, Europa e Portugal, entre 1950 e 2060



Relativamente à incapacidade temporária, importa salientar que a distribuição auto referida em função da idade é mais baixa no Continente, o que pode ser explicado pelo facto de que mesmo em idades avançadas, a maioria das pessoas não o mencionar. Observando a Tabela 8, é possível verificar que incapacidade de maior duração (4 dias ou mais) tem tendência a aumentar com a idade e nas regiões da Madeira e Açores, os valores são consideravelmente mais elevados.

Tabela 8. Incapacidade temporária nas duas semanas anteriores à entrevista, por número de dias de permanência na cama, em função do sexo e da idade, por NUTS I

NUTS I	Continente			R. A. Açores			R. A. Madeira		
	0	1 a 3	4 ou +	0	1 a 3	4 ou +	0 dias	1-3	4 ou +
N.º de dias de permanência na cama									
Homens e Mulheres	55,1%	27,1%	17,7%	54,5%	24,6%	20,9%	44,5%	19,6%	35,8%
65 a 74 anos	53,8%	15,0%	31,1%	45,3%	21,6%	33,2%	31,4%	7,3%	61,3%
75 a 84 anos	50,6%	13,0%	36,4%	39,1%	13,6%	47,3%	32,5%	10,8%	56,7%
85 anos ou mais	53,5%	7,0%	39,5%	49,5%	x	50,5%	14,6%	x	85,4%

Fonte: INE, 2007.

Também o nível de escolaridade pode ser considerado um indicador de saúde, pois muitas vezes, está associado à adoção de comportamentos e hábitos de vida. Tendo por base a *International Standard Classification of Education* (ISCED) utilizada pela ONU, verificou-se que 55,1% da população com 65 anos ou mais não tinha qualquer nível de instrução, enquadrando-se no nível 0 do ISCED¹⁵. Esta proporção é superior no caso das mulheres (64,7% contra 41,3% dos homens). Em segundo lugar surge o nível 1 detido por 37% dos indivíduos idosos, com um peso relativo superior no caso dos homens (48% *versus* 29,3% das mulheres). Perante estes resultados, podemos concluir que a população idosa detém, de um modo geral, baixos níveis de instrução e, dentro desta, as mulheres registam níveis mais baixos que os homens.

4.1.4. População do Alentejo

Segundo o INE (2011), a Região do Alentejo¹⁶ tem uma população total de 509.741 pessoas, sendo 48,5% homens e 51,5% mulheres; 129.033 pessoas tem 65 anos ou mais, o que representa 25,3% da população total (Tabela 9). Observou-se, ainda, que nas últimas duas décadas houve um aumento de 9,9% em relação a este grupo etário.

Tabela 9. População residente no Alentejo, em 2011

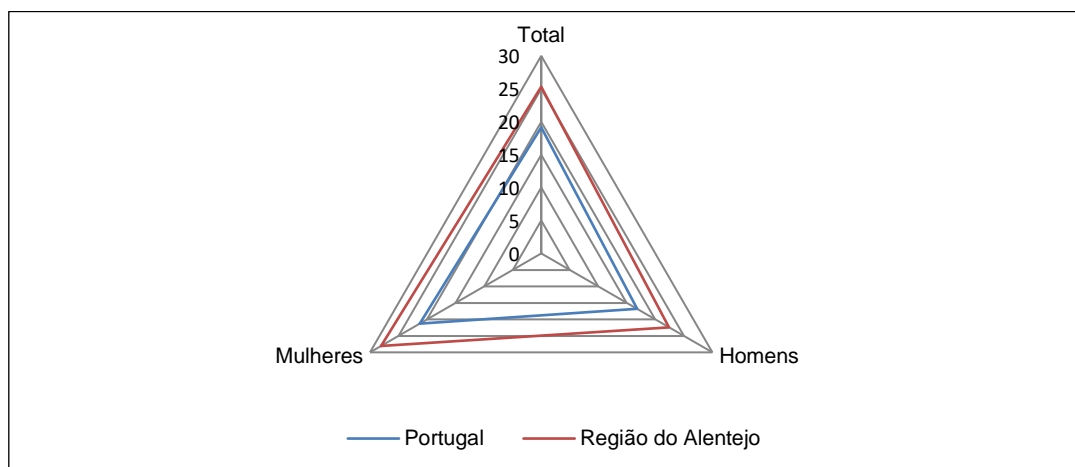
	Total	Homens	Mulheres
Região Alentejo – População total	509.741	247.582	262.159
Região Alentejo - Pessoas 65 e mais anos de idade	129.033	55.470	73.563

¹⁵ ISCED (*International Standard Classification of Education*), é uma classificação dos níveis educativos que permite fazer a comparação de estatísticas e de políticas educativas entre sistemas educativos diferentes. A classificação foi desenvolvida pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) na década de 1970.

¹⁶ A Região do Alentejo considerada para este estudo engloba o Alto Alentejo, Alentejo Central, Alentejo Litoral e Baixo Alentejo.

Perante o exposto, podemos concluir que a Região do Alentejo é uma das mais envelhecidas do país, com uma percentagem da população com 65 anos ou mais a rondar os 25,3% (INE, 2010). Na distribuição da população por sexo, relativamente ao grupo etário dos 65 anos ou mais verifica-se uma predominância das mulheres, 57,01%, face aos homens, 42,98% (Gráfico 4). A preponderância da população feminina é reforçada à medida que a idade avança.

Gráfico 4. Idosos com 65 anos ou mais, em função do sexo, residentes no Alentejo



Entre 2001 e 2010, verificou-se que na Região do Alentejo houve um crescimento populacional negativo de -4,95%. Todavia, o total de pessoas com 65 anos ou mais teve um ligeiro acréscimo de 0,1%, principalmente devido ao aumento da faixa etária dos 75 anos e mais (+20,02%). Estes valores tiveram diferentes expressões em função das diferentes sub-regiões (INE, 2011b) (Tabela 10).

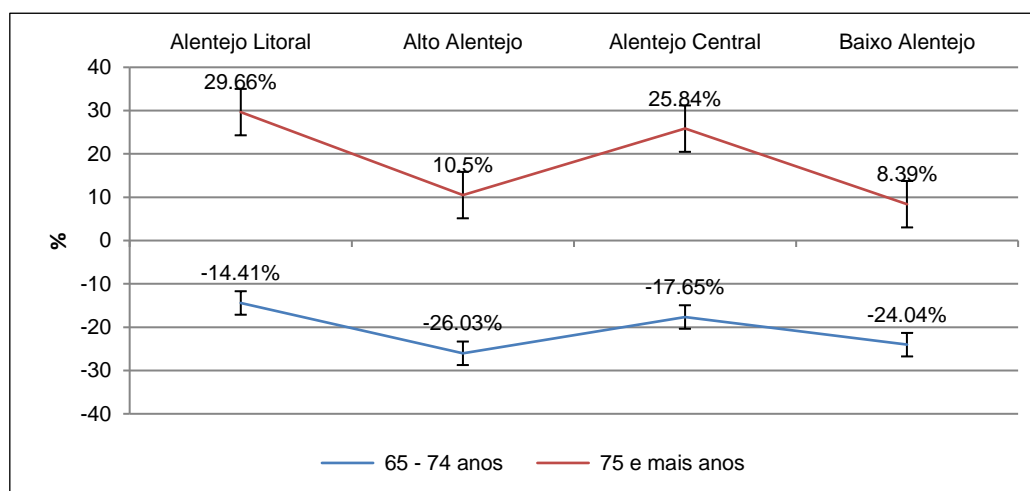
Tabela 10. Distribuição da população por Região do Alentejo, em função do sexo (2001 a 2010)

		Total	65 anos ou +	65 a 74 anos	75 anos ou +
Alentejo Litoral	Total	-3,76	3,70	-14,41	29,66
	Homens	-4,20	-0,81	-17,90	26,08
	Mulheres	-3,31	7,59	-11,18	32,45
Alto Alentejo	Total	-7,97	-9,20	-26,03	10,50
	Homens	-7,68	-12,81	-28,63	7,04
	Mulheres	-8,24	-6,35	-23,87	13,05
Alentejo Central	Total	-1,89	1,19	-17,65	25,84
	Homens	-1,30	-3,48	-22,28	23,44
	Mulheres	-2,46	4,91	-13,70	27,58
Baixo Alentejo	Total	-6,22	-9,74	-24,04	8,39
	Homens	-5,91	-14,08	-27,28	5,02
	Mulheres	-6,52	-6,36	-21,25	10,69

De acordo com estes dados e de forma genérica, podemos afirmar que se verificou um aumento da população muito idosa (75 anos e mais) em todas as sub-regiões e uma

diminuição no grupo etário dos 65 aos 74 anos (Gráfico 5).

Gráfico 5. Diferença de população entre as faixas etárias: 65 a 74 anos e 75 anos ou mais, residente no Alentejo, em 2011



Nesta região e de acordo com estes dados, podemos afirmar que o agravamento do Índice de dependência total resulta principalmente do aumento do Índice de dependência de idosos que teve um incremento de cerca de 21% na última década. O Índice de dependência de jovens teve, no mesmo período de tempo, um comportamento contrário, assinalando uma diminuição de cerca de 6% (INE, 2011a). O Alentejo apresenta um índice de envelhecimento de 179,5 pontos acima do índice nacional.

4.2. Custos do envelhecimento

Os processos de envelhecimento não são homogêneos e coletivos, mas sim individuais, pois variam de pessoa para pessoa. A sociedade estipulou os 65 anos como a idade em que ocorre a saída do mundo de trabalho e olha para esta população de forma negativa, valorizando os aspetos da incapacidade e a dependência (DGS, 2004a). Estudos desenvolvidos por Dionísio (2001) revelam que a partir do momento em que as pessoas deixam de produzir são afastados da sociedade, isolados e consideradas disfuncionais.

O interesse pela qualidade de vida no processo de envelhecimento e a procura da manutenção da independência nos idosos tem como base principal a preocupação com a redução de gastos públicos, que se preveem crescentes (Bowling, 2006). Contudo os sistemas de saúde não foram orientados para os problemas de saúde e as necessidades de cuidados prolongados dos idosos, assim como também não enfatizaram suficientemente a prevenção de doenças crónicas, o que poderia ter sido

uma forma diferente de responder à nova realidade demográfica e às mudanças na saúde da população (Bloom et al., 2015).

O século XXI irá assistir a um crescente envelhecimento da população e esta mudança na estrutura da idade, irá implicar profundas alterações no crescimento económico a nível mundial, associadas às pressões orçamentais originadas pela necessidade de maiores gastos relacionados com o envelhecimento, bem como nos processos sociais e políticos. Esta conjuntura, implica uma profunda análise com vista a uma adequação orçamental e dos sistemas de saúde e sociais, bem como de uma definição de medidas estruturais que sustentem esta nova realidade e as profundas alterações que lhe estão implícitas (EC, 2010).

O envelhecimento da população terá um impacto a vários níveis: economicamente, nas poupanças, investimentos, consumo, mercados de trabalho, pensões e impostos de transferências inter-geracionais; na esfera social, influencia a composição da família, as condições de vida, os movimentos migratórios, a epidemiologia e a necessidade de cuidados de saúde; e na arena política, poderá moldar os padrões de voto e as representações políticas (US-DHHS, 2010).

Estas alterações despoletam múltiplos condicionalismos, entre os quais: o agravamento progressivo da despesa pública com as pensões, os cuidados de saúde, os cuidados continuados, a educação e o desemprego. Além disso, os ritmos de crescimento da despesa em saúde registados na última década configuram uma situação de insustentabilidade financeira, face ao aumento da necessidade de cuidados decorrentes do envelhecimento demográfico e do aumento das doenças crónicas não transmissíveis (Greenfield; Nelson, 2005).

É imperativo que a sociedade se adapte às mudanças na estrutura etária de forma a minimizar as despesas associadas ao envelhecimento da população e a maximizar as contribuições que os idosos fazem (e.g., trabalho formal ou informal, impostos, consumo) (WHO, 2015b). A resposta a estas necessidades depende de diversos fatores (e.g., organização social, tipos de famílias, participação das mulheres no mercado de trabalho, organização do sistema de saúde), mas subjacente a todos estará sempre o valor que a sociedade atribui às pessoas com mais de 65 anos.

Uma população envelhecida comporta desafios para as sociedades e economias a nível cultural, organizacional e económico, que se refletem nas várias recessões que tiveram lugar na Europa, nas últimas décadas, e que têm incutido níveis de *stress* sem precedentes nos trabalhadores e nas empresas, bem como um forte impacto negativo nas finanças públicas.

Os decisores políticos preocupam-se com o impacto nas condições de vida da população, sabendo que cada trabalhador tem de garantir as necessidades de um crescente número de idosos dependentes; e os mercados preocupam-se com a sustentabilidade fiscal e a capacidade de resposta dos decisores políticos. Estes desafios dependem do modo como as economias e as sociedades respondem e se adaptam às alterações demográficas. Porém, a sustentabilidade fiscal a longo-prazo deve ser garantida, o que encerra em si um significativo grau de incerteza (EU, 2012).

As projeções da Comissão Europeia para estas áreas preveem um agravamento progressivo da despesa pública relacionada com o envelhecimento populacional, principalmente nas pensões, nos cuidados de saúde e nos cuidados continuados (OECD, 2013) (Tabela 11).

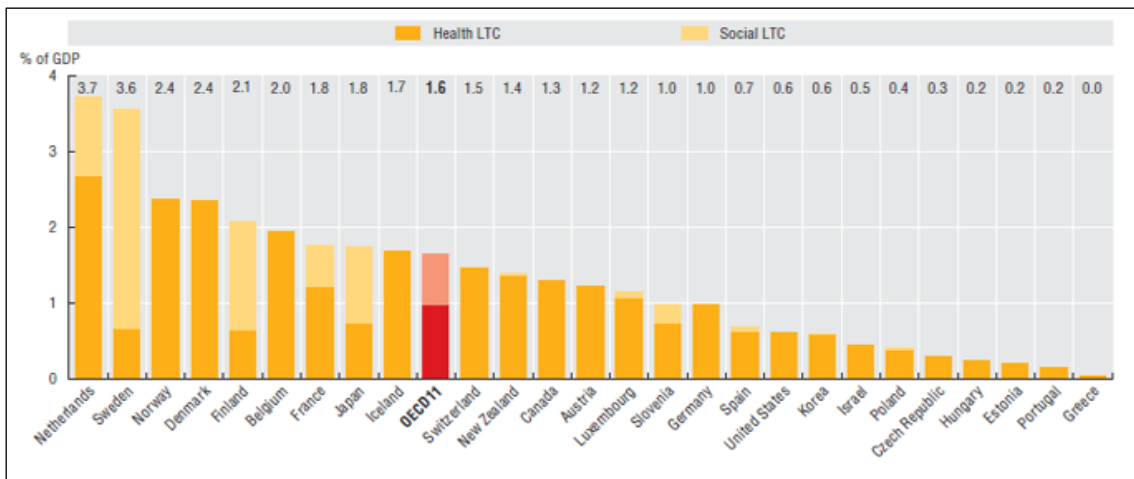
Tabela 11. Previsões da evolução da despesa pública portuguesa relacionada com o envelhecimento da população, 2010-2060 [% Produto Interno Bruto (PIB)]

	2010	2015	2020	2030	2040	2050	2060	2010-60
Pensões	11,9	12,1	12,4	12,6	12,5	13,3	13,4	1,5
Saúde	7,3	7,5	7,6	8,0	8,5	8,9	9,1	1,8
Cuidados continuados	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
Educação/Desemprego	5,6	5,4	5,2	4,9	4,8	5,0	5,1	-0,5
Total	24,9	25,0	25,2	25,7	26,0	27,4	27,8	2,9

Assumindo que de todas as tipologias de cuidados em saúde a que mais responde às necessidades dos idosos são os cuidados de longa duração, verifica-se que existem diferenças entre os países relativamente a estas despesas. Em países como a Noruega, Dinamarca ou Países Baixos, os quais têm estabelecido cuidados formais dirigidos aos mais idosos e população dependente, atribuem mais de 20% da atual despesa em saúde aos cuidados de longa duração.

Nos países com menor quantidade de serviços de cuidados de longa duração, como Portugal, a despesa em saúde representa uma percentagem muito menor do total dos gastos em saúde (0,2% do PIB), situando-se logo a seguir à Grécia, como um dos países que apresenta menor despesa relativamente a este tipo de cuidados (OECD, 2013) (Gráfico 6).

Gráfico 6. Despesa em saúde nos cuidados de longa duração



Fonte: OECD (2013)

O relatório *World Report on Ageing and Health* (WHO, 2015b) adota uma abordagem diferente das implicações económicas do envelhecimento da população, pois em vez de representar os gastos com os idosos como um custo, considera-os como um investimento que permite o bem-estar dos idosos (Figura 3).

Figura 3. Investimento e retorno no investimento na população idosa



Fonte: WEF, 2012.

O investimento em cuidados de longa duração não beneficia apenas as pessoas idosas que têm perdas de capacidade significativas, mas também permite que as mulheres permaneçam no mercado de trabalho, em vez de ficar em casa a cuidar dos parentes mais velhos. A disponibilidade de cuidados de longa duração pode, ainda, promover a coesão social através da partilha de riscos em toda a comunidade. Quantificar e considerar a extensão desses dividendos sobre o investimento no envelhecimento serão cruciais para que os decisores possam moldar políticas verdadeiramente informadas (WEF, 2012).

4.3. Política de saúde para idosos

Reconhecendo a enorme diversidade da situação das pessoas idosas, não apenas entre os vários países, mas também dentro do mesmo país e entre indivíduos, a qual exige uma série de diferentes respostas políticas, e em conformidade com o Plano de Ação Internacional sobre os Idosos, adotado pela Assembleia Mundial sobre os Idosos e endossado pela Assembleia Geral, na sua Resolução n.º 37/51, de 3 de Dezembro de 1982¹⁷, a ONU através da Resolução n.º 46/91, de 16 de Dezembro de 1991, encoraja os Governos a incorporar, sempre que possível, os seguintes princípios nos seus programas nacionais (Tabela 12).

Tabela 12. Princípios a incluir nos programas nacionais

Independência
1. Os idosos devem ter acesso a alimentação, água, alojamento, vestuário e cuidados de saúde adequados, através da garantia de rendimentos, do apoio familiar e comunitário e da autoajuda.
2. Os idosos devem ter a possibilidade de trabalhar ou de ter acesso a outras fontes de rendimento.
3. Os idosos devem ter a possibilidade de participar na decisão que determina quando e a que ritmo tem lugar a retirada da vida ativa.
4. Os idosos devem ter acesso a programas adequados de educação e formação.
5. Os idosos devem ter a possibilidade de viver em ambientes que sejam seguros e adaptáveis às suas preferências pessoais e capacidades em transformação.
6. Os idosos devem ter a possibilidade de residir no seu domicílio tanto tempo quanto possível.
Participação
7. Os idosos devem permanecer integrados na sociedade, participar ativamente na formulação e execução de políticas que afetem diretamente o seu bem-estar e partilhar os seus conhecimentos e aptidões com as gerações mais jovens.
8. Os idosos devem ter a possibilidade de procurar e desenvolver oportunidades para prestar serviços à comunidade e para trabalhar como voluntários em tarefas adequadas aos seus interesses e capacidades.
9. Os idosos devem ter a possibilidade de constituir movimentos ou associações de idosos.
Assistência
10. Os idosos devem beneficiar dos cuidados e da proteção da família e da comunidade em conformidade com o sistema de valores culturais de cada sociedade.
11. Os idosos devem ter acesso a cuidados de saúde que os ajudem a manter ou a readquirir um nível ótimo de bem-estar físico, mental e emocional e que previnam ou atrasem o surgimento de doenças.
12. Os idosos devem ter acesso a serviços sociais e jurídicos que reforcem a respetiva autonomia, proteção e assistência.
13. Os idosos devem ter a possibilidade de utilizar meios adequados de assistência em meio institucional que lhes proporcionem proteção, reabilitação e estimulação social e mental numa atmosfera humana e segura.
14. Os idosos devem ter a possibilidade de gozar os direitos humanos e liberdades fundamentais quando residam em qualquer lar ou instituição de assistência ou tratamento, incluindo a garantia do pleno respeito da sua dignidade, convicções, necessidades e privacidade e do direito de tomar decisões acerca do seu cuidado e da qualidade das suas vidas.

¹⁷ Da Ação Internacional sobre o Envelhecimento, faziam parte 62 recomendações, que pretendiam capacitar os governos e a sociedade civil para uma atuação efetiva perante o envelhecimento e a dependência, promovendo igualmente a cooperação.

Tabela 12. Princípios a incluir nos programas nacionais (continuação)

Realização pessoal
15. Os idosos devem ter a possibilidade de procurar oportunidades com vista ao pleno desenvolvimento do seu potencial.
16. Os idosos devem ter acesso aos recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos da sociedade.
Dignidade
17. Os idosos devem ter a possibilidade de viver com dignidade e segurança, sem serem explorados ou maltratados física ou mentalmente.
18. Os idosos devem ser tratados de forma justa, independentemente da sua idade, género, origem racial ou étnica, deficiência ou outra condição, e ser valorizados independentemente da sua contribuição económica.

Estes princípios enunciados pela ONU para as pessoas idosas, organizados em torno das áreas da independência, participação, cuidados, realização pessoal e dignidade, foram promotores de várias medidas políticas e sociais ao longo das recentes décadas, das quais se destaca:

- Ano Internacional das Pessoas Idosas - 1999, para o qual foram definidas recomendações centradas no envelhecimento ativo e na prestação multidisciplinar e multissetorial de cuidados, reconhecendo as mudanças estruturais ao nível da população e das famílias que as novas abordagens implicariam (EU, 2011).
- Care and Management of Services for Older People in Europe Network (CARMEN) que realizou uma comparação transnacional de métodos para cuidados integrados (40 organizações de 11 países). Para o efeito foram desenvolvidas Agendas de Investigação e da Política Europeia e enviados para os Ministérios da Saúde da UE, oficialmente pelos seus eurodeputados. Como consequência foi desenvolvida uma estrutura política para o cuidado integrado de pessoas mais velhas, contribuindo este projeto para a definição de termos de cuidados de saúde da comunidade e serviços para idosos, complementado pela edição do documento “Cuidados e Gestão de Serviços para Pessoas Idosas na Rede Europeia”. As recomendações desta publicação centram-se na delegação de responsabilidades, na integração entre os sistemas formais e informais, no poder de escolha do utilizador, na integração de serviços e em sistemas de regulação (Banks, 2004; Nies, 2004).
- II Assembleia Mundial de Envelhecimento (ONU, 2003) - Plano de Ação Internacional de Madrid “Sociedade para Todas as Idades”, teve como objetivo promover condições para os governos agirem para fazer face ao desafio do envelhecimento da população e apresentarem aos responsáveis pela formulação de políticas, de todo o mundo, um conjunto de 117 recomendações concretas, que abrangem três esferas prioritárias: pessoas idosas e desenvolvimento, promover a saúde e o bem-estar na velhice, e assegurar um ambiente propício e favorável. A primeira prioridade – as

peças idosas e o desenvolvimento – centra-se em oito questões que exigem uma ação imediata, para assegurar a integração permanente e o reforço da capacidade de agir das peças idosas, permitindo-lhes assim participar na sociedade, no desenvolvimento e na população ativa. Os governos deveriam concentrar-se em envolver os idosos na tomada de decisão, criando oportunidades de emprego para as peças que desejam trabalhar e melhorar as condições de vida e as infraestruturas nas zonas rurais. Deveriam também reduzir a pobreza nestas zonas e entre as peças idosas em geral, integrar os migrantes idosos no seio das novas comunidades e garantir a igualdade de oportunidades no domínio da educação e da formação. A segunda prioridade – promover a saúde e o bem-estar na velhice – diz respeito à diminuição dos fatores que contribuem para aumentar as doenças e a dependência na velhice, formular políticas para evitar doenças e assegurar o acesso a alimentos e a uma nutrição adequada. As necessidades e as opiniões das peças idosas deveriam ser integradas na formulação das políticas de saúde. Deveriam também esforçar-se por eliminar as disparidades económicas e sociais baseadas na idade, no sexo ou outros fatores, criar e reforçar os serviços de cuidados de saúde primários e reforçar os serviços de assistência primária e a longo prazo. A terceira prioridade – assegurar um ambiente propício e favorável – pede recomendações que visem melhorar a habitação e as condições em que vivem as peças idosas, promover uma visão positiva do envelhecimento e sensibilizar o público para as importantes contribuições dos idosos. Também foca a questão da existência de meios de transporte acessíveis e a preços comportáveis, a continuidade da assistência e serviços de apoio ao papel dos idosos como prestadores de cuidados e a criação de serviços de apoio para fazer face à violência sobre as peças idosas.

- PROCARE, financiado no âmbito do *Fifth Framework Programme* (2002-2005), pela CE, procurou definir novos conceitos para os cuidados integrados de longa duração, com base na avaliação e comparação entre os diversos modelos de prestação que se observam no espaço internacional e na disseminação das boas práticas (Leichsenring; Rabung; Leibing, 2004).
- Global Age-friendly Cities (WHO, 2007), resultou de uma consulta internacional a idosos e prestadores de cuidados, identificando as características desejáveis numa “cidade amiga do idoso”, organizadas em oito tópicos que remetem para diversos determinantes da saúde e do envelhecimento ativo, designadamente: espaços exteriores e edifícios, transporte e habitação. Centram-se em aspetos do ambiente físico urbano que têm forte influência na mobilidade, prevenção de acidentes, prevenção do crime, comportamento de saúde e participação.

- Seventh Framework Programme (EC, 2012), diz respeito a um estudo das boas práticas decorrentes dos diversos modelos de base nacional de diferentes países europeus, com a finalidade de construir e validar um modelo geral que, ao nível conceitual e metodológico, descreva e analise os sistemas de cuidados de longa duração para os idosos numa perspetiva europeísta.
- Decisão n.º 940/2011/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro, sobre o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações. O envelhecimento ativo foi definido como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança visando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (WHO, 2002a, p. 12). Assim, assenta numa conceção de saúde como concretização, ao longo da vida, do potencial de bem-estar (em que as componentes mental e social são tao importantes como a física), acrescentando-lhe outros dois pilares: participação e segurança. “Promover o envelhecimento ativo significa criar melhores oportunidades para que as mulheres e os homens mais velhos desempenhem o seu papel no mercado de trabalho, combater a pobreza, sobretudo das mulheres, e a exclusão social, encorajar o voluntariado e a participação ativa na vida familiar e na sociedade, e incentivar o envelhecimento com dignidade” (CIG, 2012, p. 10).

Assumindo por referência as diretivas políticas internacionais para a área do envelhecimento, alguns países desenvolveram políticas e ações nacionais para fazer frente às consequências do envelhecimento globalizado da população, alguns desses exemplos estão ilustrados na Tabela 13.

Tabela 13. Ações políticas de alguns países para dar resposta aos desafios do envelhecimento

Noruega - Action Plan for the Elderly
O Plano de Ação para Idosos (APE) foi implementado pelo Parlamento norueguês, em 1997, para aumentar a capacidade e melhorar os padrões de serviços no âmbito do atendimento para o setor idosos. Os cuidados aos idosos são uma responsabilidade do governo local e o financiamento deriva de um subsídio temporário atribuído às autoridades locais.
Austrália - National Strategy for an Ageing Australia
Desde 2005 a Austrália desenha um plano de ação para dar resposta à estratégia nacional para o envelhecimento, promovida pelo Ministro para o Envelhecimento.
Canadá - Collaborative Strategy for Home and Community Care
Cuidados comunitários suportados por programas de apoio social que permitem aos indivíduos receber cuidados em casa e/ou viver como independentes, enquanto possível, na comunidade, qualquer que seja a sua idade ou do nível de funcionalidade.
França - St-Martin d'Hères Coordination Gérontologique
Centram-se na solidariedade para com os idosos. O modelo de integração designado “Coordenação Geriátrica de St-Martin d'Hères” tem sido referido na literatura como um dos mais antigos e bem-sucedidos projetos de “trabalho em equipa”. Este projeto deixou, na comunidade, uma forte cultura geriátrica e sentido de equipa, sustentada por uma coordenação efetiva dos serviços, dos instrumentos e dos profissionais.

Tabela 13. Ações políticas de alguns países para dar resposta aos desafios do envelhecimento (continuação)

Grécia - KAPI
O programa, designado KAPI (acrónimo grego para “Centros de Cuidados Abertos para os Idosos” – Open Care Centres for the Elderly), consiste numa alternativa à prestação institucional de cuidados, com baixo custo, e uma forma inovadora de prestar “cuidados abertos” (<i>open care</i>), contribuindo para manter os idosos participantes e ativos na sociedade.

4.3.1. Políticas portuguesas para os idosos

Com o objetivo de fazer um mapeamento cronológico da evolução das políticas portuguesas para apoio ao envelhecimento enunciam-se algumas das ações definidas em contexto político, nos últimos 25 anos em Portugal:

- Decreto-Lei n.º 141/89, de 28 de abril: estabelece o regime de proteção social da atividade a desenvolver por “ajudantes familiares”. Esta designação abrangia as pessoas que, em articulação com instituições de suporte, e recebendo formação inicial e contínua, prestavam serviços domiciliários imprescindíveis à normalidade da vida da família.
- Decreto-lei n.º 265/99, de 14 de julho: tem por objetivo definir e regular a proteção social das situações de dependência.
- Decreto-Lei n.º 208/2001, de 27 de julho - define as regras a observar na atribuição do complemento extraordinário de solidariedade com pensão social de velhice ou invalidez.
- Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de novembro: veio estabelecer os objetivos de uma “*rede de prestação de cuidados continuados*”, focalizados na melhoria de acesso da pessoa com perda de funcionalidade a cuidados técnica e humanamente adequados, mediante um plano individual de intervenção complementar de recuperação global.
- Decreto-Lei n.º 232/2005, de 29 de dezembro: estabelece o Complemento Solidário para Idosos, uma prestação extraordinária de combate à pobreza de pessoas idosas que visa a melhoria do seu nível de rendimento.
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho: assume como um novo modelo organizacional, a um nível intermédio de cuidados e serviços de saúde e apoio social integrados e/ou, articulados e sustentados por diferentes *stakeholders*, tendo o Estado como principal incentivador.
- Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de maio de 2007: diz respeito a prestações sociais e familiares que garantam o apoio pecuniário em situações de velhice, pobreza,

dependência ou necessidade de assistência por outrem e viuvez (e.g., a manutenção do poder de compra dos/das beneficiárias/os com pensões mais baixas).

- Portaria n.º 1637/2007, de 31 de dezembro de 2007: refere-se à isenção de taxas moderadoras que abrange cidadãos com mais de 65 anos.
- Plano Nacional de Saúde 2004-2010: diz respeito à estratégia “centrada na família e no ciclo de vida”. Inclui orientações estratégicas e intervenções necessárias para atingir as metas prioritárias para “Envelhecer ativamente - 65 anos ou mais”. Engloba, ainda, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004c) e reconhece a necessidade de serem criadas condições que concretizem o objetivo fundamental de obter ganhos de saúde, nomeadamente em anos de vida com independência e melhorar as práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento. Este programa visa a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, pelo que exige uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde (DGS, 2004b).
- Despacho n.º 6716-A/2007, de 5 de abril: criação do Programa Conforto Habitacional, inserido no Plano Nacional de Ação para a Inclusão, que visa o melhoramento das condições básicas de habitabilidade e mobilidade de pessoas idosas que usufruam de serviços de apoio domiciliário, pretendendo assim evitar a sua institucionalização e dependência. Referindo o propósito de contribuir para “a manutenção das pessoas idosas no seu meio habitual de vida” e promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores. Destina-se a pessoas idosas com mais de 65 anos que usufruam do Serviço de Apoio Domiciliário ou frequentem um Centro de Dia ou cuja prestação destes serviços esteja dependente da qualificação habitacional.
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016: incide na promoção de contextos favoráveis à saúde, ao longo do ciclo de vida, pelo reforço do suporte social e económico na saúde e na doença, pelo fortalecimento da participação de Portugal na saúde global. Tal como o seu antecedente inclui o Plano Nacional de Saúde para pessoas idosas e tem por objetivos: a promoção de um envelhecimento ativo ao longo de toda a vida; maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; promoção e desenvolvimento intersectorial de

ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas (DGS, 2012).

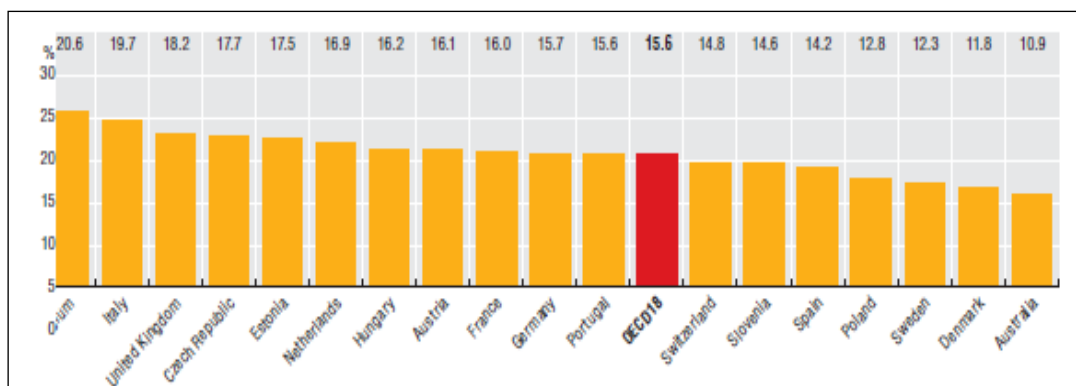
Outras ações que podem influenciar os resultados em saúde nos idosos portugueses:

- Saúde e Termalismo Sénior, que consiste num programa de férias e lazer, focado na “saúde e bem-estar” que oferece condições e ambientes para tratamentos termais no território nacional;
- Rede das Universidades Seniores, que se refere à educação informal para pessoas com mais de 50 anos;
- Turismo Sénior, que diz respeito a um programa semanal de férias que pretende combater a solidão da população sénior com menores recursos financeiros;
- Projeto TIO (Terceira Idade Online), que consiste num portal dedicado à população idosa em Portugal;
- Linha do Cidadão Idoso, que divulga, junto das pessoas idosas, informação sobre os seus direitos e benefícios.

Apesar do vasto enquadramento legal, em vigor, dar apoio ao envelhecimento, existe ausência de uma das medidas mais populares nos países europeus para apoio aos idosos dependentes, o reconhecimento formal dos cuidadores informais, como pode ser ilustrado no Gráfico 7.

Os cuidados informais intensivos, prestados geralmente por familiares, são um importante suporte dos sistemas de longa duração em todos os países da OCDE e estão associados a uma redução da força de trabalho dos cuidadores em idade ativa, elevadas taxas de pobreza e de prevalência de problemas de saúde mental. Muitos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) implementaram políticas para apoiar as famílias cuidadoras, com o propósito de mitigar estes impactos negativos. Na Bélgica, estas políticas traduziram-se em licenças pagas aos cuidadores; na Austrália e EUA, na flexibilização de horários; na Áustria, Dinamarca e Alemanha, na prestação de cuidados para apoio e descanso dos cuidadores; e na Suécia, em serviços de formação e aconselhamento. Alguns países garantem, ainda, benefícios monetários às famílias cuidadoras ou subsídios atribuídos aos doentes que podem ser utilizados para pagar aos cuidadores informais (OECD, 2013).

Gráfico 7. População com 50 anos ou mais, que reporta ser cuidador informal, 2010.



Fonte: OECD (2013)

Este tipo de cuidadores irá diminuir tendencialmente nas próximas décadas, como resultado do declínio do tamanho dos agregados familiares, alterações nos padrões residenciais das pessoas com incapacidade e do aumento das taxas de participação das mulheres no mercado de trabalho. Deste modo, é provável que uma grande percentagem das pessoas que prestam cuidados informais seja necessária para prestar cuidados intensivos. Sem o apoio adequado, o cuidado informal poderá exacerbar as iniquidades no emprego e saúde (Colombo et al., 2015).

4.4. Caracterização da funcionalidade no envelhecimento

Segundo Pelegrino (2009) a melhor forma de envelhecer é no domicílio, no seio da família, com a máxima capacidade funcional e independência possível, mas para tal, é necessário ter em conta alguns aspetos como a avaliação do idoso no seu todo, o trabalho da equipa multidisciplinar e a continuidade da assistência em todos os níveis (Caldas, 2003). É necessário detetar precocemente os idosos em risco e desenvolver ações preventivas e de promoção da saúde que contribuam para melhorar a qualidade de vida, num trabalho que se quer interdisciplinar. Estes pressupostos promovem a manutenção da funcionalidade, sendo este um indicador genérico do estado de saúde, que se traduz no envelhecimento saudável, em que é fundamental possuir um bom nível de atividade física, uma boa capacidade funcional e um bom estado cognitivo, fatores que fomentam a independência na vida diária e uma boa qualidade de vida (Yümin et al., 2011).

A avaliação funcional é o método usado para avaliar o grau de dependência, o que permite determinar as necessidades e os cuidados necessários para o utente, visto que a dependência não atinge de modo uniforme todos os domínios do funcionamento dos idosos. A dependência pode ser de vários tipos, a que advém da diminuição da capacidade física e mental, mas também a dependência que decorre da fragilidade social como o isolamento social e diminuição das capacidades económicas (Alexih et al. 2010; Branco, 2010).

A avaliação da funcionalidade segundo a CIF está dependente da avaliação e compreensão da interação das diversas dimensões/constructos (Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Contextuais, Ambientais e Pessoais), mas já há algum tempo que existe evidência sobre a relação existente entre algumas das sub-dimensões da funcionalidade, referidas na CIF. Um desses estudos foi desenvolvido por Bowling (2006) que sublinhou a importância da avaliação das atividades de vida diária nos idosos, como um meio rigoroso para determinar a saúde e o envelhecimento, indicando que a diminuição na capacidade de realizar estas tarefas diárias identifica os primeiros sinais de vulnerabilidade nos idosos. Contudo, a existência de diminuição da capacidade física em alguns idosos é compatível com a manutenção de vitalidade e estilo de vida ativo, sendo considerado o seu processo de envelhecimento saudável (Hansen-Kyle, 2005).

Na mesma linha, Greenfield e Nelson (2005) desenvolveram um estudo longitudinal com participantes entre os 35 e os 92 anos de idade e reportaram a inexistência de limitações funcionais à data da primeira aplicação dos instrumentos de recolha de informação. Os resultados são semelhantes aos encontrados em estudos prévios, que sugeriam que o aparecimento de limitações funcionais está associado a uma diminuição do bem-estar psicológico ao longo do tempo (Kunzmann; Little; Smith, 2000; Taylor & Lynch, 2004). Estes autores também constataram que as mudanças negativas do bem-estar psicológico associadas à limitação funcional não ocorrem de forma uniforme em todos os adultos que as vivenciam, pois, o aumento dos sintomas depressivos associado a essas limitações era menos severo entre os homens que continuavam a participar em grupos recreativos. Todavia, não foi encontrada associação entre as limitações funcionais nos respondentes que continuavam a participar em grupos religiosos. Estes resultados reafirmam a importância da participação contínua em atividades de voluntariado ou recreativas, pois ajudam a moderar os efeitos problemáticos do envolvimento das limitações funcionais no bem-estar psicológico.

Os estudos em que a avaliação da funcionalidade dos idosos é realizada em toda a sua multidimensionalidade, são escassos, pelo que para caracterizar a funcionalidade dos

idosos portugueses, nomeadamente no Alentejo, são apresentados alguns dos resultados do último INS ¹⁸ (INE, 2016), classificados e agrupados segundo as dimensões da funcionalidade descritas na CIF: funções do corpo, atividades e participação e fatores ambientais.

Entre as funções do corpo encontram-se: a visão, a audição, a dor, a fala e a manutenção do peso. Relativamente às atividades e participação foi recolhida informação sobre a utilização de dispositivos de comunicação, mudar a posição do corpo, andar, deslocar-se por diferentes locais, lavar o corpo, cuidar de diferentes partes do corpo, cuidados relacionados com o processo de excreção, vestir, comer e beber, cuidar da própria saúde, adquirir bens e serviços, preparar refeições, realizar tarefas domésticas, realizar transações económicas básicas e realizar atividades de recreação e lazer. Por fim, os fatores ambientais que funcionam como facilitadores ou barreiras das funções do corpo e das atividades e participação incluem: o consumo de medicamentos, os apoios e relacionamentos da família alargada e dos profissionais de saúde, e os sistemas e políticas relacionadas com apoios sociais no geral.

4.4.1. Funções do corpo

Funções da visão (b210): 64,22% da população idosa referiu não ter nenhuma dificuldade visual; 25,65% referiu ter dificuldades moderadas e 10,13% dificuldades elevadas (Tabela 14).

Tabela 14. Dificuldades das funções da visão auto-referidas pela população idosa em Portugal

Grupos etários	População residente	Nenhuma	Moderada	Elevada
65-74 anos	1.071.532	747.653 (35,52%)	240.545 (11,43%)	82.241 (3,95%)
75-84 anos	772.038	471.567 (22,40%)	226.780 (10,77%)	73.691 (3,50%)
85 + anos	261.597	132.742 (6,31%)	72.551 (3,45%)	56.304 (2,67%)
Total da população	2.105.167	1.351.962 (64,22%)	539.876 (25,65%)	213.236 (10,13%)

Funções auditivas (b230): 56,95% da população idosa mencionou não ter dificuldade nas funções auditivas, mas 26,52% refere uma dificuldade moderada e 15,86% uma dificuldade elevada (Tabela 15).

¹⁸ Os INS são inquéritos de base populacional que contêm a autoavaliação que cada pessoa faz das variáveis que concorrem para a caracterização do seu estado de saúde (INE, 2016).

Tabela 15. Dificuldades das funções auditivas auto-referidas pela população idosa em Portugal

Grupos etários	População residente	Nenhuma	Moderada	Elevada
65-74 anos	1.071.532	695.860 (33,05%)	264.160 (12,55%)	106.567 (5,06%)
75-84 anos	772.038	404.994 (19,24%)	220.920 (10,49%)	141.327 (6,71%)
85 + anos	261.597	98.074 (4,66%)	73.152 (3,47%)	85.918 (4,08%)
Total da população I	2.105.167	1.198.928 (56,95%)	558.232 (26,52%)	333.812 (15,86%)

Sensação de dor (b280): quando questionados sobre a intensidade da dor nas últimas quatro semanas anteriores à data de recolha de dados, 27,47% dos idosos(as) referiram não ter dor; 24,33% mencionaram ter uma dor entre muito ligeira e ligeira; e 40,55% declarou ter dor moderada ou intensa, dos quais 7,44% descreveram a sua dor como muito intensa (Tabela 16).

Tabela 16. Intensidade de dor auto-referida pela população idosa em Portugal

Grupos etários	População residente	Nenhuma	Muito ligeira	Ligeira	Moderada	Intensa	Muito intensa
65-74 anos	1.071.532	326.014 (15,49%)	92.712 (4,40%)	160.757 (7,64%)	223.674 (10,63%)	196.857 (9,35%)	69.690 (3,31%)
75-84 anos	772.038	199.401 (9,47%)	71.057 (3,38%)	118.203 (5,61%)	166.251 (7,90%)	155.731 (7,40%)	59.682 (2,84%)
85 + anos	261.597	52.890 (2,51%)	35.931 (1,71%)	33.445 (1,59%)	57.257 (2,72%)	53.957 (2,56%)	27.343 (1,30%)
Total da população	2.105.167	578.305 (27,47%)	199.700 (9,49%)	312.405 (14,84%)	447.182 (21,24%)	406.545 (19,31%)	156.715 (7,44%)

Funções da fluência e do ritmo da fala (b330): 96,24% da população idosa referiu não ter nenhuma dificuldade na função da fala e apenas 1,09% assinalou dificuldade moderada (Tabela 17).

Tabela 17. Dificuldades em falar auto-referidas pela população idosa em Portugal

Grupo etário	População residente	Nenhum	Moderado	Elevado
65-74 anos	1.071.532	1.040.053 (96,24%)	22.899 (1,09%)	x
75-84 anos	772.038	742.673 (96,20%)	x	x
85 + anos	261.597	243.388 (93,03%)	x	x
Total da população	2.105.167	2.026.114 (96,24%)	22.899 (1,09%)	x

Funções de manutenção do peso (b530): 53,1% da população com mais de 65 anos apresenta excesso de peso, dos quais 19% são obesos (Tabela 18).

Tabela 18. Dificuldades na função de manutenção do peso, auto-referidas pela população idosa em Portugal, calculadas através do IMC

		Baixo peso	Peso normal	Excesso peso grau I	Excesso peso grau II	Obesidade
Grupo etário	População residente	IMC < 18,5 kg/m ²	IMC ≥ 18,5 Kg/m ² e < 25 kg/m ²	IMC ≥ 25 Kg/m ² e < 27 kg/m ²	IMC ≥ 27 Kg/m ² e < 30 kg/m ²	IMC ≥ 30 kg/m ²
65-74 anos	1.071.532	x	319.405 (15,2%)	216.183 (10,3%)	283.015 (13,4%)	233.079 (11,1%)
75-84 anos	772.038	x	261.304 (12,4%)	158.984 (7,6%)	179.093 (8,5%)	131.460 (6,2%)
85 + anos	261.597	x	112.295 (5,3%)	46.953 (2,2%)	44.410 (2,1%)	33.154 (1,6%)
Total da população	2.105.167	0	693.004 (33%)	422 120 (20%)	506.518 (24%)	397.693 (19%)

Na Região do Alentejo observa-se que 31,01% da população apresentou um peso normal, mas 61,26% acusou ter excesso de peso, dos quais 17,93% são obesos (Tabela 19).

Tabela 19. Dificuldades na função de manutenção do peso, auto-referidas pela população idosa na Região do Alentejo, calculadas através do IMC

Grupo etário	População residente	IMC < 18,5 kg/m ²	IMC ≥ 18,5 Kg/m ² e < 25 kg/m ²	IMC ≥ 25 Kg/m ² e < 27 kg/m ²	IMC ≥ 27 Kg/m ² e < 30 kg/m ²	IMC ≥ 30 kg/m ²
65-74 anos	81 575	x	21.654 (12,07%)	17.606 (9,81%)	21.644 (12,06%)	19.121 (10,66%)
75-84 anos	72 737	x	24.453 (13,63%)	15.422 (8,59%)	17.176 (9,57%)	13.046 (7,27%)
85 + anos	25 121	x	9.540 (5,32%)	5.907 (3,29%)	x	x
Total da população	179 433	0	55.647 (31,01%)	38.935 (21,70%)	38.820 (21,63%)	32.167 (17,93%)

4.4.2. Atividades e participação

Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação (d360): cerca de 88,46% dos idosos(as) referiu não ter dificuldade em usar o telefone sem ajuda, mas 6,85% reportou dificuldade moderada e 2,72% nunca tentou ou precisou de usar o telefone (Tabela 20).

Tabela 20. Capacidade de uso do telefone, auto-referida pela população idosa em Portugal.

Grupo etário	População residente	Nenhum	Moderado	Elevado	Nunca tentou/ precisou de fazer
65-74 anos	1.071.532	1.023.959 (48,64%)	18.548 (0,88%)	x	x
75-84 anos	772.038	657.108 (31,21%)	32.741 (1,56%)	51.265 (2,44%)	30.924 (1,47%)
85 + anos	261.597	181.226 (8,61%)	x	41.539 (1,97%)	26.258 (1,25%)
Total da população	2.105.167	1.862.294 (88,46%)	63 864 (2,44%)	110.296 (4,41%)	68.714 (2,72%)

Na sub-dimensão da **Mobilidade**, a informação do INS 2014 (INE, 2016) classificou os itens mudar a posição do corpo, andar e deslocar-se por diferentes locais.

Mudar a posição do corpo (d410): 305 mil idosas(os) assinalou ter dificuldade moderada a elevada em deitar-se e levantar-se da cama ou em sentar-se e levantar-se de uma cadeira sem ajuda (14,5%) (Tabela 21).

Tabela 21. Dificuldades em deitar-se, sentar-se ou levantar-se da cama ou de uma cadeira, auto-referidas pela população idosa em Portugal

Grupo etário	População residente	Nenhum	Moderado	Elevado
65-74 anos	1.071.532	962.716 (89,8%)	78.387 (7,3%)	29.213 (2,7%)
75-84 anos	772.038	649.560 (84,1%)	78.366 (10,2%)	44.112 (5,7%)
85 + anos	261.597	186.500 (71,3%)	38.446 (14,7%)	36.651 (14%)
Total da população	2.105.167	1.798.776 (85,4%)	195.199 (9,3%)	109.976 (5,2%)

Andar (d450): quando questionados sobre a realização de 500 metros sem ajuda 67% dos idosos(as) referem não ter nenhuma dificuldade, mas 33% mencionou ter dificuldade moderada ou elevada (Tabela 22).

Tabela 22. Dificuldades em caminhar 500 metros sem ajuda, auto-referida pela população idosa em Portugal

Grupo etário	População residente	Nenhum	Moderado	Elevado
65-74 anos	1.071.532	826.707 (39,27%)	131.079 (6,23%)	113.262 (5,38%)
75-84 anos	772.038	474.509 (22,54%)	127.766 (6,07%)	169.453 (8,05%)
85 + anos	261.597	114.716 (5,45%)	34.848 (1,66%)	112.033 (5,32%)
Total da população	2.105.167	1.415.932 (67%)	293.693 (14%)	394.748 (19%)

Deslocar-se por diferentes locais (d460): neste item foi considerada a capacidade de subir ou descer 12 degraus sem ajuda, observando-se que 62% da população idosa mencionou não ter nenhuma dificuldade e cerca de 38% manifestou dificuldade moderada e elevada (Tabela 23).

Tabela 23. Dificuldades em subir ou descer 12 degraus sem ajuda, auto-referida pela população idosa em Portugal

Grupo etário	População residente	Nenhum	Moderado	Elevado
65-74 anos	1.071.532	782.933 (37,2%)	166.910 (7,9%)	121.271 (5,8%)
75-84 anos	772.038	425.575 (20,2%)	169.126 (8%)	177.337 (8,4%)
85 + anos	261.597	98.632 (4,7%)	49.944 (2,4%)	113.021 (5,4%)
Total da população	2.105.167	1.307.140 (62%)	385.980 (18%)	411.629 (20%)

Relativamente aos **Cuidados pessoais** da população residente com 65 anos ou mais, residente em Portugal, no ano 2014, foi recolhida a seguinte informação:

Lavar-se (d510): 343 mil idosas(os) mencionou dificuldades em tomar banho ou duche sem ajuda (16,3%) (Tabela 24).

Tabela 24. Dificuldades em lavar-se sem ajuda, auto-referida pela população idosa em Portugal

Grupo etário	População residente	Nenhum	Moderado	Elevado
65-74 anos	1.071.532	983.207 (46,7%)	54.742 (2,6%)	33.583 (1,6%)
75-84 anos	772.038	623.157 (29,6%)	69.820 (3,32%)	78.860 (3,75%)
85 + anos	261.597	155.444 (7,38%)	32.858 (1,56%)	73.295 (3,48%)
Total da população	2.105.167	1.761.808 (83,69%)	157.420 (7,48%)	185.738 (8,82%)

Cuidar de partes do corpo (d520): cerca de 79 mil idosas(os) referiram ter dificuldade moderada a elevada em lavar as mãos e a face sem ajuda (3,7%) (Tabela 25).

Tabela 25. Dificuldades em lavar as mãos e a face sem ajuda, auto-referida pela população idosa em Portugal

Grupo etário	População residente	Nenhum	Moderado	Elevado
65-74 anos	1.071.532	1.053.365 (50%)	x	x
75-84 anos	772.038	738.007 (35,1%)	x	x
85 + anos	261.597	234.725 (11,1%)	x	x
Total da população	2.105.167	2.026.098 (96,2%)	40.527 (1,9%)	38.542 (1,8%)

Cuidados relacionados com os processos de excreção (d530): quando questionados sobre a dificuldade em utilizar os sanitários, cerca 93% referiu não ter dificuldade, mas 154 mil (7,3%) tinham dificuldade de utilizar a casa de banho sem ajuda (Tabela 26).

Tabela 26. Dificuldades relacionadas com os processos de excreção, auto-referida pela população idosa em Portugal

Grupo etário	População residente	Nenhum	Moderado	Elevado
65-74 anos	1.071.532	1.029.688 (48,91%)	25.489 (1,21%)	x
75-84 anos	772.038	710.772 (33,76%)	29.753 (1,41%)	31.512 (1,50%)
85 + anos	261.597	210.939 (10,02%)	x	32.984 (1,57%)
Total da população	2.105.167	1.951.399 (92,70%)	72.915 (2,62%)	80.853 (3,06%)

Vestir-se (d540): cerca de 86% dos inquiridos referiram não ter nenhuma dificuldade em vestir ou despir-se, e 289 mil idosos(as) mencionaram dificuldade em vestir-se ou despir-se sem ajuda (13,7%) (Tabela 27).

Tabela 27. Dificuldades em vestir-se ou despir-se sem ajuda, auto-referida pela população idosa em Portugal

Grupo etário	População residente	Nenhum	Moderado	Elevado
65-74 anos	1.071.532	972.262 (46,18%)	63.937 (3,04%)	34.116 (1,62%)
75-84 anos	772.038	655.894 (31,16%)	66.957 (3,18%)	49.188 (2,34%)
85 + anos	261.597	186.775 (8,87%)	32.793 (1,56%)	42.029 (2%)
Total da população	2.105.167	1.814.931 (86,21%)	163.687 (7,78%)	125.333 (5,95%)

Comer/Beber (d550/d560): relativamente a alimentar-se sozinho(a) cerca de 97% não acusou nenhuma dificuldade, mas 65 mil não conseguem realizar esta tarefa sem ajuda (3,1%) (Tabela 28).

Tabela 28. Dificuldades em alimentar-se sozinho sem ajuda, auto-referida pela população idosa em Portugal

Grupo etário	População residente	Nenhum	Moderado	Elevado
65-74 anos	1.071.532	1.048.903 (49,83%)	x	x
75-84 anos	772.038	749.852 (35,62%)	x	x
85 + anos	261.597	241.297 (11,46%)	x	x
Total da população	2.105.167	2.040.052 (96,91%)	34.665	30.450

Cuidar da própria saúde (d570): 214 mil tinham dificuldade em preparar e tomar a medicação a horas sem ajuda (10,2%) e 87,2% referiu que realiza esta tarefa sem nenhuma dificuldade (Tabela 29).

Tabela 29. Dificuldades em gerir a medicação sem ajuda, auto-referida pela população idosa em Portugal

População residente	Nenhum	Moderado	Elevado	Nunca tentou /precisou de fazer
1.071.532	1.005.975 (93,9%)	X	20.337 (1,9%)	27.965 (2,6%)
772.038	656.672 (85,1%)	38.173 (4,9%)	59.777 (7,7%)	17.415 (2,3%)
261.597	172.575 (66%)	X	54.176 (20,7%)	X
2.105.167	1.835.222 (87,2%)	80.200 (3,8%)	134.291 (6,4%)	55.454 (2,6%)

Na dimensão vida doméstica, foi possível classificar a aquisição de bens e serviços, reparar refeições e realizar as tarefas domésticas.

Aquisição de bens e serviços (d620): “Ir às compras” foi classificado como uma aquisição de bem e serviços e 68,6% da população idosa não refere dificuldade nesta atividade, mas 490 mil idosas(os) reportaram dificuldade em ir às compras sem ajuda (23,3%) (Tabela 30).

Tabela 30. Dificuldades em ir às compras sem ajuda, auto-referida pela população idosa em Portugal

Grupo etário	População residente	Nenhum	Moderado	Elevado	Nunca tentou/ precisou de fazer
65-74 anos	1.071.532	849.927 (79,3%)	73.400 (6,9%)	77.609 (7,2%)	70.531 (6,6%)
75-84 anos	772.038	494.273 (64%)	74.654 (9,7%)	144.533 (18,7%)	58.578 (7,6%)
85 + anos	261.597	99.407 (38%)	37.811 (14,5%)	82.401 (31,5%)	41.979 (16%)
Total da população	2.105.167	1.443.606 (68,6%)	185.865 (8,8%)	304.542 (14,5%)	171.088 (8,1%)

Preparar refeições (d630): 261 mil idosas(os) tinham dificuldade em preparar refeições sem ajuda (12,4%) (Tabela 31).

Tabela 31. Dificuldade em preparar refeições, auto-referida pela população idosa em Portugal

Grupo etário	População residente	Nenhum	Moderado	Elevado	Nunca tentou/ precisou de fazer
65-74 anos	1.071.532	807.877 (75,4%)	33.212 (3,1%)	36.856 (3,4%)	193.587 (18,1%)
75-84 anos	772.038	498.327 (64,5%)	40.590 (5,3%)	66.814 (8,7%)	166.307 (21,5%)
85 + anos	261.597	114.984 (44%)	X	61.953 (23,7%)	62.843 (24%)
Total da população	2.105.167	1.421.188 (67,5%)	95.620 (4,5%)	165.623 (7,9%)	422.737 (20,1%)

Realizar as tarefas domésticas (d640): um milhão de idosos(as) referiu ter pelo menos uma dificuldade na realização de atividades domésticas sem ajuda, sendo também um milhão que mencionou não ter quaisquer dificuldades relativamente aos aspetos questionados. Cerca de 258 mil idosas(os) referiram não necessitar de ajuda (24,3%) e 298 mil indicaram precisar de ajuda ou mais ajuda do que a que têm no momento (28,1%) (Tabela 32).

Tabela 32. Dificuldade em realizar tarefas domésticas ligeiras, auto-referida pela população idosa em Portugal

Grupo etário	População residente	Nenhum	Moderado	Elevado	Nunca tentou/precisou de fazer
65-74 anos	1.071.532	803.348 (75%)	65.667 (6,1%)	58.749 (5,5%)	143.768 (13,4%)
75-84 anos	772.038	476.759 (61,8%)	78.479 (10,2%)	100.514 (13%)	115.297 (14,9%)
85 + anos	261.597	103.704 (39,6%)	40.226 (15,4%)	70.402 (26,9%)	47.266 (18,1%)
Total da população	2.105.167	1.383.811 (65,7%)	184.372 (8,8%)	229.665 (10,9%)	306.331 (14,6%)

Transações económicas complexas (d865): 238 mil tinham dificuldade em gerir o dinheiro e tarefas administrativas sem ajuda (11,3%) (Tabela 33).

Tabela 33. Dificuldade em gerir o dinheiro e realizar tarefas administrativas, auto-referida pela população idosa em Portugal

Grupo etário	População residente	Nenhum	Moderado	Elevado	Nunca tentou/precisou de fazer
65-74 anos	1.071.532	1.008.314 (94,1%)	x	25.997 (2,4%)	x
75-84 anos	772.038	646.007 (83,7%)	35.215 (4,6%)	71.303 (9,2%)	x
85 + anos	261.597	163.969 (62,7%)	x	68.339 (26,1%)	x
Total da população	2.105.167	1.818.290 (86,4%)	72.050 (3,4%)	165.640 (7,9%)	49 122 (2,3%)

Recreação e lazer (d920): 75,7% da população pertencente ao grupo etário entre os 65 e os 74 anos não realiza qualquer atividade de recreação ou lazer, verificando-se que a percentagem tende a aumentar com o aumento da idade (Tabela 34).

Tabela 34. Número de dias por semana que a população com 65 anos ou mais, realiza atividades de recreação ou lazer

Grupo etário	População residente	Nenhum	1-2 dias	3-4 dias	5-6 dias	7 dias
65-74 anos	1.071.532	811.110 (75,7%)	88.160 (8,2%)	56.642 (5,3%)	37.539 (3,5%)	75.918 (7,1%)
75-84 anos	772.038	648.110 (83,9%)	32.852 (4,3%)	27.013 (3,5%)	19.794 (2,6%)	43.063 (5,6%)
85 + anos	261.597	243.757 (93,2%)	X	X	X	X
Total da população	2.105.167	1.702.977 (25,3%)	121.012 (13%)	83.655 (9%)	57.333 (6%)	118.981 (13%)

Produtos ou substâncias para consumo pessoal (e110): nesta categoria está incluído o consumo de medicamentos, tendo-se verificado que a proporção de idosas(os) que consumiu medicamentos prescritos (90,5%) foi aproximadamente o dobro da registada para a restante população (45,4%) (Tabela 35).

Tabela 35. População com 65 ou mais anos que consumiu medicamentos prescritos nas duas semanas anteriores à entrevista, por grupo etário

Grupo etário	População residente	Sim	%	Não	%
65-74 anos	1.071.532	947.376	88,4	123.940	11,6
75-84 anos	772.038	709.035	91,8	63.003	8,2
85 + anos	261.597	248.403	95	x	x
Total da população	2.105.167	1.904.814		186.943	

Profissionais de saúde (e355): nesta dimensão foram incluídas as consultas de medicina geral e familiar, e de outras especialidades, tendo-se constatado que 87,12% da população com 65 anos ou mais referiu ter ido a uma consulta de medicina geral à menos de 12 meses (Tabela 36).

Tabela 36. População com 65 anos ou mais por grupo etário e momento da última consulta de medicina geral

Grupo etário	População residente	Há menos de 12 meses	%	Há 12 meses ou mais	%	Nunca	%
65-74 anos	1.071.532	939.121	44,61	126.852	6,02	X	X
75-84 anos	772.038	677.142	32,16	89.780	4,264	X	X
85 + anos	261.597	218.055	10,36	43.324	2,06	X	X
Total da população	2.105.167	6.668.715		2.150.713		63 886	

Em relação à população residente na Região do Alentejo, verificaram-se valores semelhantes, com um total de 88% dos idosos(a) com 65 anos ou mais, a referir ter ido a uma consulta de medicina geral há menos de 12 meses (Tabela 37).

Tabela 37. População residente na Região do Alentejo com 65 anos ou mais por grupo etário e momento da última consulta de medicina geral

Grupo etário	População residente	Há menos de 12 meses	%	Há 12 meses ou mais	%	Nunca	%
65-74 anos	81.575	71.735	40	9.701	5	x	X
75-84 anos	72.737	64.036	36	8.605	5	x	X
85 + anos	25.121	22.796	13	x	X	0	X
Total da população	179.433	474.691		158.824		x	

Relativamente a consultas de outras especialidades, 4,6% da população com mais de 65 anos referiu nunca ter ido e 39,3% mencionou ter ido há 12 meses um mais (Tabela 38).

Tabela 38. População com 65 anos ou mais, por grupo etário e momento da última consulta de outra especialidade

Grupo etário	População residente	Há menos de 12 meses	%	Há 12 meses ou mais	%	Nunca	%
65-74 anos	1.071.532	597.368	28,4	416.750	19,8	56.873	2,7
75-84 anos	772.038	432.413	20,5	298.787	14,2	40.725	1,9
85 + anos	261.597	137.365	6,5	111.536	5,3	X	X
Total da população	2.105.167	4.270.604		3.861.488		741.416	

Na Região do Alentejo verificou-se que 44,97% dos idosos, com 65 anos ou mais, foi a uma consulta de outra especialidade há 12 meses ou mais e não existem pessoas que nunca tenham ido (Tabelas 39 e 40).

Tabela 39. População residente na Região do Alentejo, com 65 anos ou mais, por grupo etário e momento da última consulta de outra especialidade

Grupo etário	População residente	Há menos de 12 meses	%	Há 12 meses ou mais	%	Nunca	%
65-74 anos	81.575	40.048	22,32	36.026	20,08	X	X
75-84 anos	72.737	35.748	19,92	33.248	18,53	X	X
85 + anos	25.121	12.247	6,83	11.419	6,36	X	X
Total da população	179.433	88.043		80.693		X	

Tabela 40. População com 65 anos ou mais, por grupo etário e tipo de consulta

Grupo etário	População residente	Fisioterapeuta	%	Psicólogo, psicoterapeuta ou psiquiatra	%
65-74 anos	1.071.532	136.172	12,7	51.115	4,8
75-84 anos	772.038	83.299	10,8	32.800	4,2
85 + anos	261.597	X	X	X	X
Total da população	8.884.581	955.338		525.108	

Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social geral (e575): relativamente a esta categoria, 37% dos idosos com 65 anos ou mais referiu que o suporte social que recebe é fraco (Tabela 41).

Tabela 41. População residente em Portugal, com 65 anos ou mais por grupo etário e grau de suporte social percecionado, Portugal, 2014

Grupo etário	População residente	Suporte social fraco	%	Suporte social médio	%	Suporte social forte	%
65-74 anos	1.071.532	138.781	13,0	575.956	53,8	338.168	31,6
75-84 anos	772.038	91.543	11,9	384.871	49,9	283.728	36,8
85 + anos	261.597	31.032	11,9	122.119	46,7	97.098	37,1
Total da população	2.105.167	261.356		1.082.946		718.994	

Família próxima (e315): esta categoria inclui o suporte social fornecido pela família mais próxima e a maior parte dos inquiridos com 65 anos ou mais referiu que o mesmo é médio (51%) e forte (34%) (Tabela 42).

Tabela 42. População residente em Portugal, com 65 anos mais, por grupo etário e perceção do número de pessoas próximas a quem recorrer em caso de problema pessoal grave

Grupo etário	População residente	Suporte social fraco	%	Suporte social médio	%	Suporte social forte	%
65-74 anos	1.071.532	138.781	6,6	575.956	27,4	338.168	16,1
75-84 anos	772.038	91.543	4,3	384.871	18,3	283.728	13,5
85 + anos	261.597	31.032	1,5	122.119	5,8	97.098	4,6
Total da população	2.105.167	261.356		1.082.946	51	718.994	

5. Doenças crónicas

5.1. Doenças crónicas não transmissíveis

As doenças crónicas não transmissíveis (e.g., doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, cancro, doenças respiratórias crónicas, diabetes) são a principal causa de mortalidade no mundo, representando cerca de 60% da mesma (WHO, 2012). Na Europa estas doenças afetam oito em cada dez pessoas com mais de 65 anos e cerca de 70 a 80% dos orçamentos de saúde, em toda a União Europeia, são gastos no tratamento destas doenças (Maggini, 2016).

Os custos associados às doenças crónicas incluem, por um lado os gastos monetários com os cuidados de saúde, e por outro lado, toda a despesa invisível associada à diminuição da esperança média de vida, à condição de incapacidade e participação diminuída de alguns grupos mais vulneráveis, a redução dos dias de trabalho, o absentismo, o desemprego e a diminuição da qualidade de vida. Segundo a OMS o aumento das doenças crónicas é como uma “epidemia invisível” e uma causa subestimada de pobreza que impede o desenvolvimento económico de muitos países (Bruin et al., 2012).

A nível nacional, a percentagem de morte por doenças crónicas não transmissíveis é de 86%, sendo a probabilidade de morte prematura por estas doenças de 12% (WHO, 2015a). Até aos anos 60 do século passado, as causas de morte em Portugal eram sobretudo de causa infecciosa, mas atualmente são as doenças crónicas não transmissíveis (Carapinheiro, 1986; DGS, 2004b).

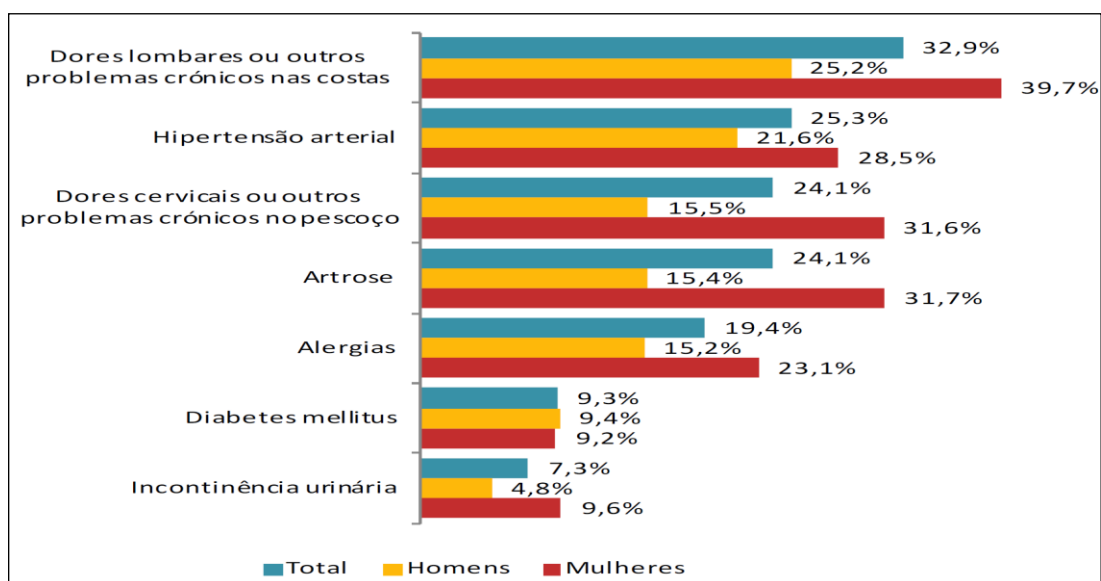
As doenças crónicas são também as principais causas de incapacidade, necessitando por isso de longos períodos de supervisão e cuidados. Incluem-se neste grupo as doenças cardiovasculares, a hipertensão, a diabetes, a neoplasia, a doença pulmonar obstrutiva crónica, as doenças músculo-esqueléticas, as doenças mentais, a diminuição da acuidade visual e a cegueira (Branco 2010; OMS, 2005).

Segundo o INS 2014 (INE, 2016), a comparação dos resultados para as doenças crónicas, recolhidas nos dois últimos estudos (2005/2006 e 2014) evidencia um aumento do número de pessoas afetadas e da prevalência destas doenças. Segundo o mesmo inquérito, das pessoas com 15 anos ou mais, 32,9% referiram sofrer de dores lombares ou outros problemas crónicos na coluna vertebral. Foi, ainda, possível constatar que a maior incidência é na Região Centro e no Alentejo.

Verificou-se, também, um aumento de cerca de 2%, no que diz respeito à hipertensão arterial (2005/2006: 23,4% e em 2014: 25,3%). As dores cervicais ou outros problemas

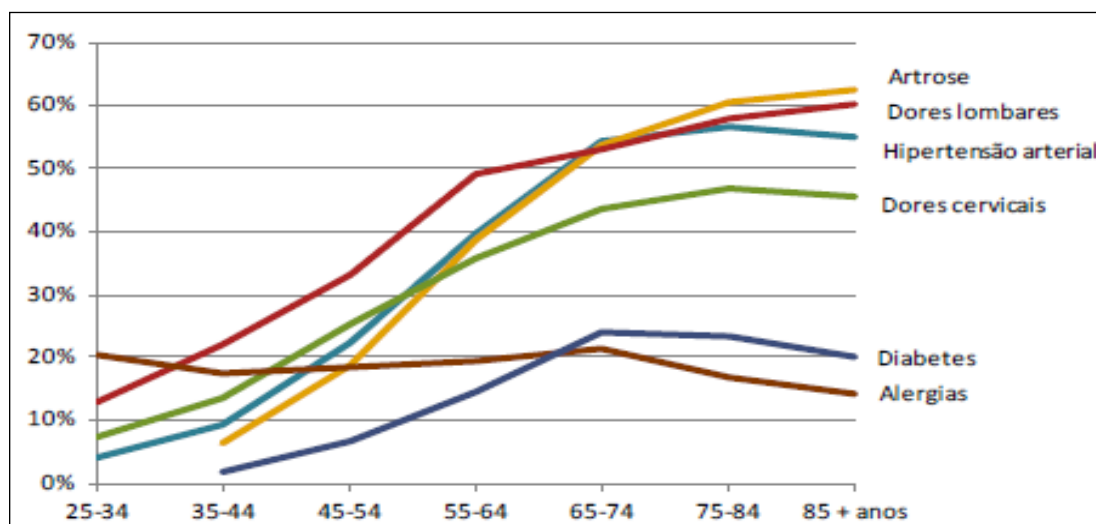
crónicas no pescoço e a artrose foram referidos por 24,1% das pessoas para ambos os casos; 19,4% indicou ter alergias; 9,3% referiu ter diabetes *mellitus*, mais 21,9% do que em 2005/2006; e 7,3% mencionou ter incontinência urinária (Gráfico 8). Verificou-se que à exceção das alergias, todas as doenças crónicas auto-reportadas tendem a aumentar proporcionalmente com a idade (Gráfico 8).

Gráfico 8. Proporção de população portuguesa com 15 anos ou mais com doenças crónicas, em função do sexo, em 2014



Fonte: INE (2016)

Gráfico 9. Proporção da população portuguesa com 15 anos ou mais com doenças crónicas, por grupo etário, em 2014



Fonte: INE (2016)

Dentro do conceito de doenças crônicas não transmissíveis, ainda, existe um sub-conceito, denominado doenças crônicas não comunicáveis. Estas doenças são definidas como doenças de longa duração e geralmente de progressão lenta, e constituem a maior causa de mortalidade e morbidade dos adultos (Alwan, 2010).

Com o aumento da população ocorre um crescimento proporcional do envelhecimento e estando estas doenças associadas ao mesmo, prevê-se que em 2030 sejam a causa de morte de 52 milhões de pessoas a nível mundial, principalmente em países de médio e baixo rendimento, sendo África uma exceção, pois as causas de morte mais comuns neste continente estão associadas às doenças infecciosas (Pecina, 1978).

Globalmente estas doenças reduzem a qualidade e quantidade da força de trabalho e do capital humano (Mayer-Foulkes, 2011). Segundo Bloom e colaboradores (2015), prevê-se que nos Estados Unidos, nos próximos 20 anos, estas doenças custem mais 47 trilhões de dólares, representado 75% do PIB, trazendo milhões de pessoas para baixo da linha de pobreza.

Outro aspeto a valorizar no estudo das doenças crônicas é o facto de estas poderem ser concomitantes entre si, sendo que um indivíduo pode sofrer de várias. Um estudo desenvolvido por Anderson e Loeser (2010) revelou que mais do que um em cada quatro americanos possui múltiplas (duas ou mais) condições crônicas em simultâneo, nomeadamente: osteoartrose, asma, doenças respiratórias crônicas, diabetes, doença cardíaca, infeção pelo vírus da imunodeficiência humana e hipertensão.

A estas doenças podem, ainda, associar-se problemas devido ao uso de fármacos, doenças mentais, demência e outras alterações cognitivas e problemas comportamentais. A prevalência de várias doenças crônicas entre os indivíduos aumenta com a idade e é substancial entre os adultos mais velhos. Quando o número de condições crônicas num indivíduo aumenta, os riscos negativos em saúde também aumentam, designadamente: a mortalidade, o mau estado funcional, os internamentos desnecessários, os efeitos adversos dos fármacos e a duplicação de exames complementares de diagnóstico e consultas (Lee et al., 2007; Vogeli et al., 2007; Warshaw, 2006).

As doenças crônicas múltiplas ou concomitantes podem, ainda, contribuir para o aumento da fragilidade e deficiência, sendo exemplo disso os idosos, que são frágeis e tem múltiplas doenças crônicas. A confluência de múltiplas doenças crônicas e limitações funcionais simultâneas despoletam gastos elevados, o que muitas vezes dificulta o acesso aos cuidados de saúde e aumenta a necessidades de cuidadores (Alexih et al., 2010). Em geral, a população com múltiplas doenças crônicas é caracterizada pela

grande heterogeneidade clínica e varia substancialmente no número e gravidade das doenças e nas limitações funcionais. O desenvolvimento de estudos para identificar subgrupos homogéneos entre esta população tão heterogénea, é um passo importante para melhorar o estado de saúde da população (Kronick et al., 2007).

5.2. Custos das doenças crónicas

A epidemia das doenças crónicas, a qual se espera que aumente no futuro, tem um impacto negativo no desenvolvimento humano, social e económico, pelo que os custos imputados às mesmas podem ser analisados através de múltiplas perspetivas: custos e consequências microeconómicas, custos e consequências macroeconómicas, bem-estar e custos políticos e públicos relevantes.

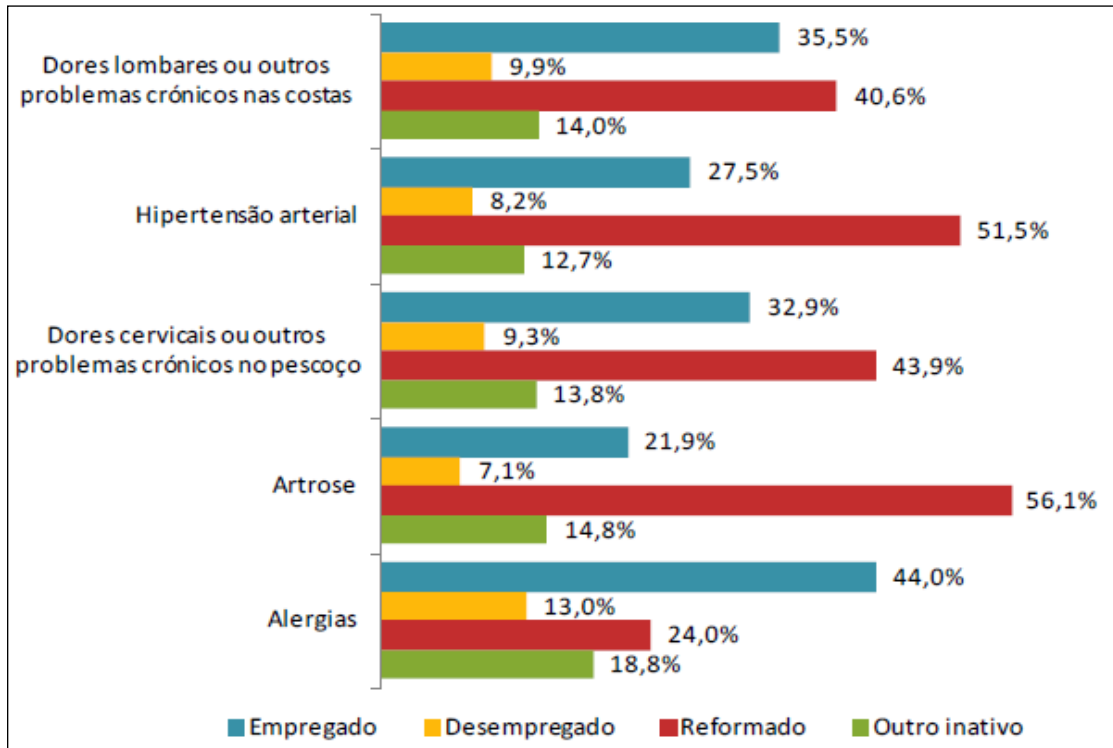
Estes custos são diretos quando se relacionam com todos os recursos humanos, técnicos e equipamentos dirigidos ao tratamento da situação, à reabilitação e necessidade de recursos sociais; e indiretos, quando ocorre a perda de produtividade, o aumento de subsídios, com perdas pessoais e familiares e os custos intangíveis como a dor, a frustração e o estigma. Os custos e consequências microeconómicas, representam um preço acrescido que as pessoas têm que pagar pelo facto de estarem doentes (Nolte; Knai; McKee, 2008).

Em termos macroeconómicos percebe-se a ligação entre a saúde e a economia, embora seja difícil imputar algumas das relações entre as mesmas. A esperança de vida, a magnitude da doença crónica e os custos em internamentos, tratamentos e consultas, a mortalidade e morbilidade são alguns dos indicadores passíveis de serem calculados. Neste âmbito a OMS (WHO, 2011a) desenvolveu uma medida que permite quantificar o impacto da morte prematura e incapacidade na população: DALY (*Disability-Adjusted Life Years*) (Arnesen; Nord, 1999).

De uma forma simplificada poderá dizer-se que um DALY corresponde um ano de vida saudável perdido. Esta medida está relacionada com outra, o QALY (*Quality-Adjusted Life Year*), que resulta da combinação entre a duração da doença e a qualidade de vida, sendo uma medida muito utilizada nos estudos de análise custo-efetividade.

Observando o Gráfico 10, podemos verificar o impacto das doenças crónicas na produtividade da população portuguesa, com mais de 15 anos, de acordo com a sua situação profissional. Segundo o INS 2014 (INE, 2016) a maioria das pessoas com doença crónica está reformada, sendo as artroses e a hipertensão, as patologias com maior representatividade nesta população.

Gráfico 10. Distribuição percentual da população portuguesa com mais de 15 anos com determinadas doenças crónicas, por condição perante o trabalho



Fonte: INE (2016)

5.3. Políticas para as doenças crónicas

Em resposta ao aumento global da prevalência das diversas doenças crónicas a OMS (WHO, 2002b), através do relatório Cuidados Inovadores para as Condições Crónicas, propôs oito decisões essenciais para otimizar as respostas dos sistemas de saúde, designadamente: (1) promover uma mudança de paradigma do cuidado, por episódio agudo, para um sistema de atendimento mais adequado às necessidades das pessoas com doenças crónicas; (2) impulsionar decisões políticas que assegurem o compromisso de partilha de informações em todos os níveis de cuidados; (3) desenhar cuidados de saúde integrados que garantam a partilha de informações atempadas entre os diferentes serviços e profissionais de saúde; (4) alinhar as políticas setoriais não só com a saúde, mas também de forma abrangente com todas as outras áreas, como a educação e o emprego; (5) otimizar as competências dos profissionais de saúde e maximizar os papéis de todos os envolvidos na prestação de cuidados, reconhecendo a importância das suas funções na gestão da doença crónica; (6) centrar o atendimento no utente e na sua família, com uma mudança da figura do doente crónico, como um ator passivo para um modelo em que o utente assume toda a responsabilidade de decisão e de intervenção que a sua condição de saúde (*lato sensu*) permitir. Isto é importante quando o estilo de

vida adotado desempenha um papel relevante não só na prevenção de doenças crônicas, como na manutenção de estado de saúde; (7) promover cuidados domiciliários com programas que envolvam as organizações de cuidados de saúde e a comunidade em geral; (8) enfatizar a prevenção e a promoção, combinando os elementos de forma a construir uma tríade de cuidados, entre a organização de cuidados de saúde, o paciente e sua família e a comunidade (WHO, 2002c).

Na sequência desta diretiva foi desenhado e implementado nos EUA um Modelo de Cuidados Crônicos (MCC), posteriormente adotado por vários países da UE. Este modelo foca-se nos cuidados de saúde primária e descreve os elementos essenciais para melhorar a assistência a pessoas com doenças crônicas. O principal objetivo do MCC foi aumentar o conhecimento dos utentes e garantir um sistema de saúde preparado para as suas especificidades. A estrutura deste modelo assenta nos seguintes componentes: (1) estruturar a prática médica através da criação de equipas com diferentes competências, distinguir os cuidados agudos dos cuidados planeados e valorizar o planeamento de visitas e acompanhamento domiciliário; (2) suportar a autogestão para aumentar o *empowerment* dos utentes e das suas famílias, fomentar a aquisição de competências e confiança para gerir a sua condição, fornecer ferramentas de autogestão, encaminhar para os recursos da comunidade e monitorizar os progressos periodicamente; (3) integrar a evidência científica, normas e sistemas de alerta na prática clínica, recorrendo à investigação nas instituições académicas responsáveis pela formação de profissionais de saúde; (4) implementar sistemas de informação clínica que facilitem o cumprimento das orientações, com *feedback* sobre as medidas de desempenho e registos para o planeamento dos cuidados; (5) recorrer aos recursos da comunidade para proporcionar parcerias entre as organizações locais e os serviços de saúde (hospitais e cuidados de saúde primários) no sentido de promover apoio domiciliário (e.g., programas de exercícios, grupos de autoajuda, centro de seniores); (6) organizar os cuidados de saúde para estruturar os objetivos e valores das organizações fornecedoras de cuidados e o seu relacionamento com os utentes, subsistemas, seguradoras e outros prestadores que sustentam o modelo.

Face à magnitude epidemiológica e económica da problemática, a OMS (WHO, 2002b) identifica como principais estratégias de combate ao aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas: (1) a prevenção e deteção precoce; (2) a reconfiguração das definições e qualificações dos profissionais de saúde; (3) e a implementação de programas de gestão da doença e utilização de modelos de cuidados integrados. A prevenção efetiva nos seus três níveis inclui um conjunto de medidas que se dirigem a diferentes grupos populacionais.

Os projetos de gestão integrada da doença baseiam-se no suporte à autogestão, através de linhas orientadoras e boas práticas apoiadas na evidência científica, específicas para a doença (Observatório Português dos Sistemas de Saúde: OPSS, 2010). Esta estratégia tem como objetivo a prestação de melhores cuidados à população, através de uma utilização de recursos mais eficazes e monitorizando os doentes com doenças crónicas (Escoval, 2010). Espera-se, ainda, que possa vir a contribuir para uma melhor capacitação e envolvimento dos doentes na gestão do seu tratamento.

De acordo com *The Care Continuum Alliance* (CCA, 2012) a gestão da doença diz respeito ao sistema de coordenação das intervenções em cuidados de saúde e de comunicação com a população com uma determinada condição, sendo a participação do paciente em atividades de autocuidado bastante significativa. Assim, um programa de gestão da doença deve assentar em seis componentes principais: (1) processos de identificação da população (e.g., risco de hospitalização, condições crónicas em geral, alto risco de exacerbação/complicações, gestão ineficaz do regime terapêutico); (2) implementação de práticas baseadas em evidência; (3) implementação de modelos colaborativos e serviços de suporte; (4) educação para a gestão do regime terapêutico; (5) indicadores de processo e resultado, avaliação e gestão; (6) elaboração de relatórios e ciclo de *feedback*.

Segundo Busse (2010) os programas de gestão de doença têm vários benefícios, entre os quais: a maior satisfação dos utentes, a mudança dos comportamentos e uma maior e melhor adesão em termos de resultados clínicos. Todavia, na relação custo benefício a evidência não é tão conclusiva.

Os efeitos combinados do aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população vão aumentar drasticamente os desafios da gestão das doenças crónicas múltiplas entre a população de idosos. Apesar da crescente preocupação que se tem vindo a verificar nesta área, a prestação de serviços comunitários de saúde e de cuidados de saúde em geral continua a ser centrada em doenças crónicas individuais. Porém, a evidência demonstra que milhões de mortes, devido a doenças crónicas, podem ser evitadas se forem adotadas medidas comunitárias preventivas como a redução do consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, realização de uma dieta saudável, aumento da atividade física e diminuição da pobreza (Bloom et al. 2015).

5.4. Caracterização da funcionalidade nas doenças crônicas não transmissíveis

Muitas das organizações do SNS, que têm como população alvo as pessoas com doença crônica, acreditam que estão a contribuir para o aumento dos componentes de saúde, nomeadamente no que diz respeito ao estado funcional da sua população.

Para facilitar a identificação dos itens que melhor caracterizam as alterações funcionais dos utentes com as doenças crônicas não transmissíveis mais comuns – lombalgia, osteoporose, artrite reumatoide, osteoartroses, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva, diabetes *mellitus*, cancro da mama, obesidade, depressão e dor crônica generalizada – foram publicados dois estudos, tendo por referência uma lista de 125 códigos da CIF, denominada de *ICF checklist* (Ewert et al., 2004; Weigl et al., 2004).

Apesar de não terem atingido o seu objetivo, estes estudos foram pioneiros na identificação do perfil funcional da população com doenças crônicas e permitiram a criação de uma lista única de itens da CIF que se revelam extremamente úteis para classificar a funcionalidade de qualquer doença crônica. Permitiram, ainda, perceber que existe muita heterogeneidade relativamente aos itens classificadores da funcionalidade de patologia para patologia.

No que diz respeito às funções do corpo verificou-se que só a dor (d280) foi uma alteração sensorial transversal a todas as patologias em estudo, apesar das alterações do sono (b134), a mobilidade articular (b710), a força muscular (b 730), as funções da energia e dos impulsos (b130), as funções da pressão arterial e as funções do tônus muscular (b735), também estarem limitadas em 50% das patologias estudadas. Devido à diversidade das patologias em estudo não foi possível identificar uma lista comum de funções e estruturas do corpo que reunisse consenso para representar as deficiências das patologias crônicas de forma generalizada. Esta evidência suporta a construção de *core sets* adequados a diversas patologias de forma a facilitar a avaliação da funcionalidade em contexto clínico.

Os mesmos estudos revelaram, ainda, que as atividades e participação que estão limitadas em mais de 70%, são: levantar e carregar objetos (d430), realizar tarefas domésticas (d640), atividades de recreação e lazer (d920), realizar trabalho remunerado (d850), aquisição de bens e serviços (d620), andar (d450), cuidar dos outros (d660) e conduzir (d475). As limitações referidas encontram-se por ordem decrescente, de acordo com o grau de concordância.

Relativamente aos fatores ambientais apenas o clima (e225) foi identificado como barreira para mais de 50% das patologias estudadas. Em contrapartida em todas as situações foram identificados os seguintes fatores facilitadores: apoio dos profissionais

de saúde (e355), apoio da família próxima (e310), atitudes dos profissionais de saúde (e450) e serviços, sistemas e políticas relacionadas com a saúde (e580); e em mais de 50% das situações foram referidos: os produtos ou substâncias para consumo pessoal (e110), os amigos (e420), as atitudes individuais da família próxima (e410), o relacionamento com os profissionais de saúde (e355), as atitudes individuais dos amigos (e420) e as atitudes de outros profissionais (e455).

CAPÍTULO II

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

As doenças crónicas, em qualquer momento do ciclo de vida, e o envelhecimento têm em comum consequências pessoais e sociais (e.g., diminuição da esperança média de vida, incapacidade e participação diminuída, diminuição da autoestima) e económicas (e.g., custos diretos em saúde, custos diretos com a deficiência e incapacidade, custo familiares indiretos) que têm grande impacto nos resultados esperados em saúde (e.g., aumento da esperança de vida, aumento da funcionalidade, aumento da qualidade de vida).

A associação destes dois fenómenos (envelhecimento demográfico e aumento da prevalência das doenças crónicas) são desafios para o planeamento de políticas de saúde, a nível mundial, sendo esta afirmação sustentada pelas seguintes evidências:

- nos países da OCDE a esperança de vida está a aumentar, a par com a carga das doenças crónicas (OMS, 2011);
- Os ritmos de crescimento da despesa em saúde registados na última década configuram uma situação de insustentabilidade financeira face às necessidades crescentes de cuidados decorrentes do envelhecimento demográfico e do aumento das doenças crónicas não transmissíveis (Greenfield; Nelson, 2005);
- As doenças não transmissíveis que, mais comumente, afetam os adultos e pessoas idosas representam a maior carga na saúde a nível global;
- O aumento das doenças crónicas não transmissíveis (e.g., AVC, cancro, diabetes) refletem alterações nos estilos de vida, nas dietas alimentares e no envelhecimento;
- Os custos económicos e sociais das doenças não transmissíveis aumentam vertiginosamente com a idade e afetam o crescimento económico (OCDE, 2013).

Perante o exposto, Porter (2009, p. 109) afirma que “a única maneira de verdadeiramente controlar os custos na saúde, é melhorar os resultados através de um sistema baseado em valor, porque alcançar e manter uma boa saúde é menos custoso que lidar com uma má saúde”. Segundo o autor, o valor em saúde mede-se através dos resultados obtidos e não pelo volume de cuidados prestados. Esta visão aplica-se a todos os intervenientes na prestação de cuidados, desde os hospitais, cuidados primários, até às empresas externas fornecedoras contratadas pelo sistema.

As previsões económicas e demográficas, associadas ao aumento do envelhecimento e das doenças crónicas, têm sido amplamente estudadas por algumas organizações nacionais e internacionais. No entanto, em Portugal continua a existir pouca informação sobre as implicações destes fenómenos no sistema de saúde, nomeadamente sobre o planeamento da necessidade de cuidados. Perante esta realidade torna-se difícil delinear o planeamento dos serviços de saúde e definir as competências dos diferentes profissionais que interagem com os utentes com doenças crónicas e utentes com mais de 65 anos.

Face a esta situação, considera-se que a caracterização da funcionalidade na área das doenças crónicas e do envelhecimento pode ser um contributo importante para conhecer o estado de saúde desta população e as suas doenças, e contribuir para o planeamento e desenho de políticas para a saúde, pois facilita a identificação das necessidades e os resultados em saúde.

1. Questão de investigação

Perante o exposto foi formulada a seguinte questão de investigação: Como se caracteriza a funcionalidade das pessoas que mais recorrem ao SNS?

Para dar resposta a esta questão orientadora foram identificadas duas áreas de estudo: as doenças crónicas não transmissíveis e os idosos. Neste âmbito, foram delineados dois objetivos gerais.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Construção e validação de instrumentos para a caracterização da funcionalidade da população em diferentes fases do ciclo de vida: população com mais de 65 anos e adultos (entre os 18 e os 64 anos) com doenças crónicas não transmissíveis

2.2. Objetivos específicos

Apesar de para cada objetivo geral ter sido identificada uma população distinta, os objetivos específicos mantiveram-se semelhantes:

- Identificar as dimensões da funcionalidade a incluir nos instrumentos;
- Desenhar e validar os instrumentos para população portuguesa;

- Analisar as propriedades psicométricas nos instrumentos;
- Descrever o perfil funcional das populações em estudo;
- Comparar as dimensões da funcionalidade em função das variáveis sócio demográficas;
- Correlacionar os fatores pessoais e ambientais com as dimensões da funcionalidade;
- Identificar as variáveis com maior impacto nas dimensões da funcionalidade.

3. Tipologia de estudo

Para a operacionalização dos estudos foi necessário recorrer a metodologias qualitativas e quantitativas, consoante o objetivo e a fase do estudo, nomeadamente: revisão sistemática de literatura, painel *Delphi*, grupo nominal, grupo de discussão (*focus group*), análise fatorial, estatísticas descritivas e diferenciais, análises correlacionais e de regressão (Tabela 43).

Tabela 43. Metodologias e métodos de recolha de informação utilizados em cada objetivo específico

Objetivos específicos	Metodologia	Métodos
Construção e validação do instrumento para a caracterização da funcionalidade	Qualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão sistemática da literatura • Painel <i>Delphi</i> com duas rondas • Técnica de grupo nominal
	Qualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Análise fatorial • Estudo de validade • Estudo de fiabilidade
Caracterização da funcionalidade e perfil funcional	Quantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Estatísticas descritivas e diferenciais
Identificação dos fatores ambientais e pessoais que se correlacionam com a funcionalidade	Quantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Análise correlacional
Identificação das variáveis que mais influenciam o nível de funcionalidade	Quantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Análise de Regressão

Segundo Gelo, Braakmann e Benetka (2008) as abordagens quantitativas e qualitativas diferem nos seus fundamentos filosóficos e meta teóricos a respeito da natureza da realidade (ontologia), do conhecimento (epistemologia), dos princípios da investigação científica (metodologia) e nos instrumentos relativos à implementação prática de uma pesquisa (métodos e técnicas de investigação). Para ultrapassar esta dualidade na escolha de metodologia, os autores sugerem a adoção de investigações integradas e empiricamente baseadas, orientadas para as práticas, ou seja, um conjunto de investigações baseadas na pesquisa de métodos mistos (quantitativos e qualitativos).

Na mesma linha, Tashakkori e Teddlie (2003) referem que a pesquisa qualitativa é necessariamente complementar à pesquisa quantitativa e que nenhuma delas é suficiente por si só. Esta ideia está presente em muitas propostas que advogam a utilização de métodos mistos, e muito particularmente, na área da saúde, onde o papel que parece ser conferido às metodologias qualitativas é o de complementar, beneficiar ou aumentar o potencial das pesquisas quantitativas.

No que diz respeito ao período de seguimento dos indivíduos da amostra, ambos os estudos são classificados como transversais, uma vez que os dados foram recolhidos num único momento e representam um corte transversal das características da população

Os estudos realizados podem ainda ser classificados como descritivos, porque visam a obtenção de informações sobre as características de determinado tema, cujos trabalhos de investigação são escassos e como tal exigem o reconhecimento e descrição de conceitos que reflitam o fenómeno em estudo. Este tipo de estudo tem como objetivo discriminar os fatores ou conceitos determinantes que possam estar associados ao fenómeno a ser estudado e podem utilizar vários métodos de recolha de dados, entre os quais a análise de conteúdo de tipo qualitativo. Para que se possa alcançar o objetivo do estudo descritivo é necessário descrever o fenómeno, especificar os conceitos decorrentes do mesmo e elaborar um quadro concetual que para além de definir a perspectiva em análise sirva de ligação entre os conceitos e a sua descrição (Fortin, 2009).

4. Processo de investigação

Apesar de terem objetivos genericamente semelhantes, para amostras distintas, os dois estudos que incorporam esta investigação diferem no tempo de desenvolvimento, o que permitiu ajustar a metodologia utilizada no Estudo B de acordo com as limitações encontradas no Estudo A. No entanto, ambos os estudos foram iniciados com uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) para que fossem identificados os códigos a constar nos instrumentos de caracterização da funcionalidade em adultos com doenças crónicas e nos idosos.

Greenhalgh (1997) define a RSL como uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara e reproduzível. Lopes e colaboradores (2010) acrescentam que é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Este tipo de metodologia permite produzir um resumo das evidências sobre um determinado tema, mediante a aplicação de métodos explícitos e

sistematizados de pesquisa, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. A RSL permite, ainda, incorporar um maior espectro de resultados relevantes, ao invés de limitar as conclusões à leitura de apenas alguns artigos.

Após a identificação dos códigos CIF que caracterizam a funcionalidade quer nos idosos (Estudo A), quer nos adultos com doenças crónicas (Estudo B), a sequência dos processos metodológicos para construção dos instrumentos de medida variaram consoante a natureza dos dados recolhidos.

No Estudo A subseqüentemente à RSL foi realizado um painel *Delphi*. Este método consiste em consultar um conjunto de peritos acerca de um determinado tema para que, através de sucessivas rondas de inquirição, se possa obter um consenso sobre as questões colocadas (Okoli; Pawlowski, 2004).

Após o consenso alcançado com o painel *Delphi*, verificou-se que o número de códigos CIF a integrar o instrumento de recolha de dados ainda era muito extenso. Deste modo, e com o objetivo de aferir com mais rigor os itens a integrar no questionário, foi realizado um grupo nominal. Esta técnica foi desenvolvida nos EUA, na década de 60, e tem vindo a ser frequentemente utilizada na área organizacional para gerar consenso relativamente à tomada de decisão em equipa. É um método que consiste numa dinâmica de grupo, através da qual se pretende encontrar uma solução para determinado problema, segundo uma votação.

Depois de aferidos os códigos CIF a integrar no questionário desenhado para recolher a informação que caracteriza a funcionalidade dos idosos, procedeu-se à adaptação de questões já existentes em diversos instrumentos, validados para a população portuguesa, para a construção do referido instrumento.

Após a aplicação do instrumento, na região do Alentejo (exceto Lezíria), a uma amostra de 876 pessoas com 65 anos ou mais, procedeu-se à análise das suas propriedades psicométricas, através do *software* estatístico SPSS (versão 21). Neste âmbito, foi realizada uma Análise de Componentes Principais (ACP) que além de permitir explorar as variáveis e agrupá-las de acordo com parâmetros de afinidade, também possibilita sintetizar a informação reunida durante o processo de recolha de dados (Marôco, 2014a).

A validade de constructo foi analisada através do indicador de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) que visa estudar as implicações da amostra no estudo; e do teste de esfericidade de *Bartlett* que permite verificar se existem problemas de identidade nos dados e se as correlações entre os itens são suficientes e adequadas. Importa referir que antes da realização da ACP, as variáveis de *input* foram analisadas e verificou-se que estavam

reunidos todos os requisitos necessários para prosseguir a análise (Pestana; Gageiro, 2008).

Para avaliar a fiabilidade recorreu-se ao coeficiente alfa de *Cronbach* que permite verificar se cada uma das componentes identificadas está a medir um único constructo latente, pelo que quanto mais elevado é o valor do coeficiente de fiabilidade, menor é a influência dos erros da medida e maior é a consistência interna dos itens (Hair et al., 2010).

A normalidade da distribuição dos dados foi analisada através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* que se baseia na comparação das frequências acumuladas relativas da distribuição teórica (valores esperados) e da distribuição empírica (valores observados). Foi, ainda, elaborada uma análise pormenorizada da distribuição das variáveis, onde foi possível constatar que os coeficientes de *Skewness* e *Kurtosis* não se aproximam de zero, pelo que na análise diferencial foram utilizados os testes não paramétricos de *Mann-Whitney* (dois grupos independentes) e *Kruskal-Wallis* (três ou mais grupos independentes) (Martinez; Ferreira, 2007).

Posteriormente, foi realizada uma AFC que pretendeu testar se as variáveis medidas representam adequadamente o número de constructos obtidos e confirmar se os fatores latentes são responsáveis pelo comportamento das variáveis manifestas (Marôco, 2014b).

Após a verificação das propriedades psicométricas do instrumento e garantido o grau de cientificidade do mesmo e a robustez dos constructos por ele avaliado, procedeu-se à análise das estatísticas descritivas e diferenciais das variáveis em estudo. As estatísticas diferenciais permitem averiguar a (in)existência de diferenças entre grupos específicos (e.g., sexo, faixa etária estado civil) e fazem parte de um conjunto de procedimentos mais amplo, denominado de estatística inferencial, que possibilita extrapolar os resultados obtidos para a população em estudo (Hair et al, 2010). Seguidamente, foi analisado o grau de associação entre as variáveis e o impacto que os fatores pessoais e ambientais têm na funcionalidade dos idosos com 65 anos ou mais.

À semelhança do Estudo A: caracterização da funcionalidade da população com mais de 65 anos, o Estudo B: caracterização da funcionalidade da população adulta com doenças crónicas, teve início com a RSL. Como anteriormente referido, as dificuldades sentidas no Estudo A, nortearam a metodologia a seguir no Estudo B, pelo que se optou por realizar um grupo de discussão (*focus group*), antes de avançar para o painel *Delphi* para validar os códigos CIF a incluir na construção do instrumento. Os grupos de discussão são uma técnica de investigação que permite a recolha de dados através da interação de

um grupo de pessoas sobre um ou vários tópicos (Carson et al., 2001). Esta técnica consiste numa entrevista não estruturada, a um pequeno grupo de pessoas, conduzida por um moderador que de forma natural procura incentivar os membros do grupo a discutir o tema a investigar (Malhotra, 2007).

Os grupos de discussão (*focus group*), por sua vez, são especialmente adequados quando o conhecimento prévio das situações é pequeno e/ou os assuntos são sensíveis e complexos e se pretende aproveitar ao máximo a oportunidade de explorar e induzir hipóteses (Bowling, 2006), descobrir os pontos de vista e atitudes dos indivíduos e obter dados sobre os assuntos que estão a ser explorados (Harker, 2004). Nos grupos de discussão os participantes falam uns com ou outros, interagem, contrariam pontos de vista e tentam convencer-se uns aos outros, argumentando a razão das suas perspetivas (Boddy, 2011). Vários autores (e.g., Carson et al., 2001; McDaniel; Gates, 2004) defendem que a grande vantagem dos grupos de discussão é a de permitir a interação do grupo.

Só depois da adequação dos itens a integrar no instrumento da classificação da funcionalidade dos adultos com doenças crónicas (TNF), o desenho das respetivas questões e a adaptação dos sistemas de qualificadores da CIF aos itens selecionados é que foi realizado o painel *Delphi* para validar o conteúdo do referido instrumento.

Concluído o desenho da TNF a após a sua aplicação a uma amostra de 308 pessoas com doença crónicas, entre os 18 e os 65 anos, as propriedades psicométricas foram testadas seguindo os mesmos procedimentos do Estudo A. Foram, ainda, analisadas as comparações de médias das dimensões da TNF – Mobilidade e autocuidados, Competências gerais, Competências específicas, Sociabilidade e Manipulação e manuseio – em função dos fatores ambientais [certificado de incapacidade e local de consulta (ARS)] e dos fatores pessoais (idade, sexo e doença crónica).

Para dar resposta aos objetivos formulados foram, também, realizadas análises de correlação para identificar e quantificar a associação entre as variáveis; e de regressão para avaliar o impacto dos fatores pessoais e ambientais nas várias dimensões da TNF.

5. Questões éticas

Sendo este um estudo de base populacional, foram identificadas possíveis situações que poderiam comprometer os princípios éticos em investigação, entre os quais: os procedimentos e as medidas a adotar de forma a minimizar o risco de incumprimento legal e a ofensa moral e ética (Tabela 44). Para minimizar estes riscos foram garantidos

os princípios e valores sugeridos por Momberg (1998), nomeadamente: dignidade, justiça, equidade, solidariedade, participação e ética profissional.

Tabela 44. Questões éticas e procedimentos adotados

Fases do projeto	Possíveis questões éticas	Procedimentos adotados
Aprovação do projeto	Sendo um projeto financiado por dinheiro público, a redação do projeto poderá ser feita em função dos interesses do financiador, mais especificamente do interesse político no momento - Pressão política.	Análise das relações e dos tipos de envolvimento do financiador, investigadores e participantes (Babor, 2009).
	Como os investigadores do projeto, exercem prática clínica, na área de investigação, poderá surgir uma situação de conflito de interesses (Warner & Gluck, 2002).	Realização de uma declaração de conflitos de interesses por todos os investigadores envolvidos no projeto.
	O envolvimento dos investigadores no processo de investigação, não permite distanciamento, para analisar as possíveis violações éticas que decorrem de um processo de investigação com pessoas com 65 anos ou mais. Não identificar a relação benefício-risco para o sujeito da investigação.	Apresentar o projeto a comissões de ética independentes (que não estejam associadas a nenhuma das entidades promotoras do estudo). Realizar um conselho consultivo constituído por peritos seniores.
Seleção da amostra	A representatividade aleatória da amostra pode estar comprometida se não for garantido o acesso a todos os participantes, mas esta poderá ficar condicionada devido à dificuldade de deslocação dos participantes e entrevistadores aos locais de recolha de dados.	Garantir o acesso da entidade coletora de dados a todos os elementos da amostra.
Métodos de recolha de dados		
Objetivos dos estudos	Não definir ou contratualizar o nível de participação da amostra, nem das instituições que irão facilitar o acesso à amostra e recolher dados, como a Unidades de Saúde Familiar.	Desenhar o manual de procedimentos necessários para a recolha de dados e apresentá-lo à amostra e às entidades que recolhem os dados.
	Não recolher o consentimento informado da amostra, nem das entidades coletoras de dados.	Apresentar a declaração de consentimento informada escrita, na qual deverá estar apresentado sumariamente o protocolo do projeto, as condições de recolha de dados, a garantia da inexistência de mecanismo de coação, a liberdade de desistir do estudo ou de remover a informação recolhida á qual está associada, garantir o anonimato.
	Não construir os instrumentos de recolha de dados sem garantir a confidencialidade e anonimato dos participantes e dos seus dados.	Desenhar um programa que inclua não só os aspetos técnicos associados ao instrumento, mas também as questões éticas que podem ser desencadeadas, assim como as estratégias para lidar com essas questões (e.g., ao medir a pressão arterial o entrevistador depara-se com valores que justificam o encaminhamento hospitalar, mas o participante não reconhece essa necessidade).
	A recolha de dados será realizada por entrevistadores formados previamente para esse fim; durante a formação além dos aspetos técnicos associados ao instrumento de recolha (questionário), os entrevistadores deverão ser alertados para o impacto que poderão provocar nos participantes e que poderá condicionar o processo de recolha de dados.	

Tabela 44. Questões éticas e procedimentos adotados (continuação)

Fases do projeto	Possíveis questões éticas	Procedimentos adotados
	Sendo um trabalho de investigação colaborativo, pode surgir a tentação de recusar a partilha de dados com os pares.	Promover os valores que são essenciais para o trabalho colaborativo, tais como confiança, responsabilidade, respeito mútuo e justiça.
Análise e tratamento de dados	Partilhar de dados com as instituições que fornecem a amostra (e.g., ACES)	Aplicar os códigos de conduta profissional que obrigam ao sigilo.
	Não respeitar o enquadramento legal para a proteção de dados pessoais (art.º 3 da Lei n.º 67/78, de 26 de outubro).	Ter em consideração o artº 35 da Constituição e o artº 15 da Lei n.º 67/78, de 26 de outubro.

Os estudos foram sujeitos à Comissão de Ética para as Ciências da Saúde da Universidade de Évora, a qual emitiu um parecer positivo à sua realização (Anexo 2) e todos participantes preencheram um Consentimento informado (Anexo 3). No entanto, foram encontrados alguns constrangimentos, tais como: (1) a resistência ao preenchimento dos questionários; (2) a falta de formação dos profissionais de saúde sobre a CIF; (3) a pouca sensibilização para a necessidade de recolha de informação sobre o estado funcional; (4) a dificuldades na construção de redes de suporte ao projeto; (5) e a dificuldade de trabalhar em equipa entre técnicos de diferentes áreas.

Porém, também existiram fatores que facilitaram a recolha dos dados, designadamente: (1) a aprovação da CIF, a nível nacional, através da 240ª Deliberação do Conselho Superior de Estatística, em 2002 (CSE, 2002); (2) a publicação em Diário da República, IIª Série, a aprovar o uso da CIF no Sistema Estatístico Nacional, em 2003; (3) a publicação da CIF em português no *website* da DGS. em 2004; (4) o facto de a aplicação da CIF como instrumento de recolha de informação ser uma diretiva da OMS em incumprimento no contexto nacional; (5) o modelo concetual desta classificação ser suportado por um modelo biopsicossocial com o qual os profissionais de saúde se puderam identificar; (6) e a informação recolhida ir ao encontro das necessidades de informação dos profissionais da Unidade de Cuidados da Comunidade.

6. Financiamento

O estudo referente à classificação da funcionalidade dos idosos faz parte de uma investigação solicitada e financiada pelo extinto, Alto Comissariado da Saúde, e teve uma organização multicentro, no qual foram envolvidos investigadores do Centro de

Investigação e Estudos em Saúde Pública da ENSP/UNL e do Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade de Évora.

O estudo relativo à classificação da funcionalidade da população com doença crónica, foi realizado no âmbito da Resolução da Assembleia da República n.º 90/2010, de 10 de agosto, na qual o Ministério da Saúde (2010) atribuiu à DGS a elaboração de uma tabela de funcionalidade de acordo com a CIF, desenvolvida pela OMS (2004). O financiamento da implementação deste estudo, foi assegurado pela DGS.

A realização das diferentes fases dos estudos envolveu diversos profissionais de saúde e apesar de todos trabalharem no SNS, foi necessário assegurar as despesas referentes às suas deslocações. Foi, ainda, necessário garantir que as despesas relacionadas com o suporte logístico e os serviços de informática fossem suportadas pelas diferentes entidades que acolheram os estudos.

CAPÍTULO III

ESTUDOS DESENVOLVIDOS

Estudo A. Caracterização da funcionalidade da população com mais de 65 anos

O envelhecimento e as conseqüentes doenças crônicas associadas ao declínio da funcionalidade traduzem-se em fortes pressões nos sistemas de saúde e segurança social. Reconhecendo a funcionalidade como um indicador de saúde que, fornece informação relevante para o desenho de políticas de saúde e sociais mais equitativas, adotou-se o conceito da CIF (DGS, 2004), como referência para caracterizar a funcionalidade da população idosa. A relevância do estudo resulta da confluência de um conjunto de argumentos, dos quais se destacam os seguintes:

- A população com idade superior a 65 anos terá exponencialmente maior representatividade demográfica (Pilichowski et al., 2007; Domeij; Flodén, 2006; Maggi, 1993; Lafortune; Balestat, 2007);
- À população idosa está, frequentemente, associado um aumento dos custos e recursos sociais e de “consumo” dos serviços de saúde (Bickenbach, 2003a) e uma percepção social negativa e de incapacidade (Dionísio, 2001);
- Considera-se relevante a construção de indicadores em saúde que facilitem a identificação de prioridades no desenvolvimento de planos e programas, assim como a construção de normas e sistemas de monitorização e vigilância de saúde, que se traduzam na obtenção de ganhos em saúde (Busse, 2010);
- A avaliação da condição de saúde é predominantemente feita pelo “somatório” das diversas doenças crônicas concomitantes nesta faixa etária;
- Não existe estratificação desta população por níveis de incapacidade, nem de funcionalidade;
- O estado funcional, além de ser um indicador do estado de saúde, é um ótimo indicador de previsão dos custos e recursos dos cuidados de saúde (Cieza et al., 2004);
- Existe uma CIF, adotada para Portugal e à qual são reconhecidas inúmeras vantagens de utilização, mas que ainda não é aplicada nesta população (Pereira, 2008).

A construção e validação de um instrumento para a caracterização da funcionalidade da população com mais de 65 anos, constitui o objetivo geral deste estudo, pois permite determinar o estado de saúde da mesma, tendo por referência os indicadores de saúde

e não de doença. Possibilita, ainda, identificar as necessidades de saúde, ignoradas até à data por falta de utilização de instrumentos que classifiquem a funcionalidade e aumento do conhecimento epidemiológico da população idosa na região mais envelhecida do país, o Alentejo. Neste contexto, espera-se que a identificação das necessidades de saúde, numa lógica de funcionalidade e acompanhamento, venha contribuir significativamente para a obtenção de ganhos em saúde nesta população.

Deste modo, foram identificados os seguintes objetivos específicos: (1) identificar as dimensões que melhor caracterizam a funcionalidade nos idosos; (2) desenhar e validar um instrumento que caracterize a funcionalidade nos idosos; (3) analisar as propriedades psicométricas do instrumento para a caracterização da funcionalidade; (4) caracterizar a funcionalidade e perfil funcional; (5) identificar os fatores ambientais e pessoais que se correlacionam com a funcionalidade; (6) e identificar as variáveis que mais influenciam o nível de funcionalidade. Como anteriormente referido, a população alvo deste estudo são os sujeitos com 65 anos ou mais, residentes na região do Alentejo.

Com este estudo, espera-se desenvolver uma ferramenta que possibilite classificar a funcionalidade desta população e que permita produzir informação que suporte as decisões de políticas de saúde para o envelhecimento, garantindo o princípio da equidade no acesso e qualidade dos serviços de saúde.

1. Desenho e procedimentos do estudo

O estudo é organizado em função da sequência dos seus objetivos específicos, pelo que as diversas fases têm um encadeamento lógico e cronológico de acordo com os mesmos. A falta de um modelo especificamente desenvolvido para avaliar a funcionalidade dos idosos com mais de 65 anos, em Portugal, constitui uma limitação no avanço dos conhecimentos nesta área, pelo que se considerou pertinente desenvolver um questionário que colmatasse esta lacuna. Para o efeito utilizou-se uma metodologia mista (métodos quantitativos e qualitativos).

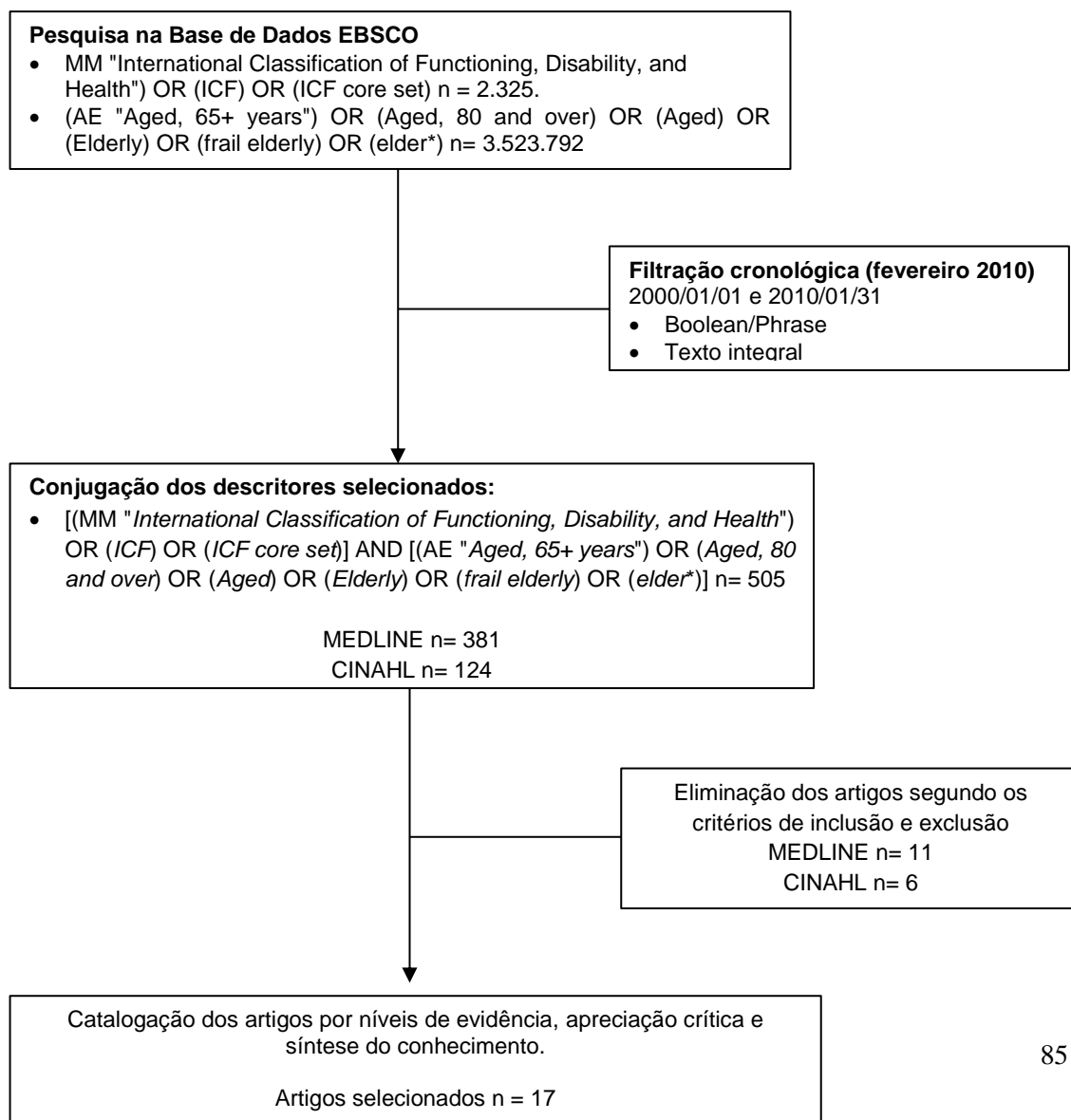
1.1. Revisões sistemáticas da literatura

Para identificar as dimensões que melhor caracterizam a funcionalidade nos idosos (1º objetivo específico), foram realizadas duas RSL: a primeira teve como objetivo identificar os códigos da CIF mais utilizados na construção de instrumentos de avaliação aplicados às pessoas com 65 e mais anos de idade; e a segunda visou identificar os códigos da

CIF, internacionalmente mais referenciados, nos *core sets* das doenças crônicas em pessoas com 65 e mais anos de idade.

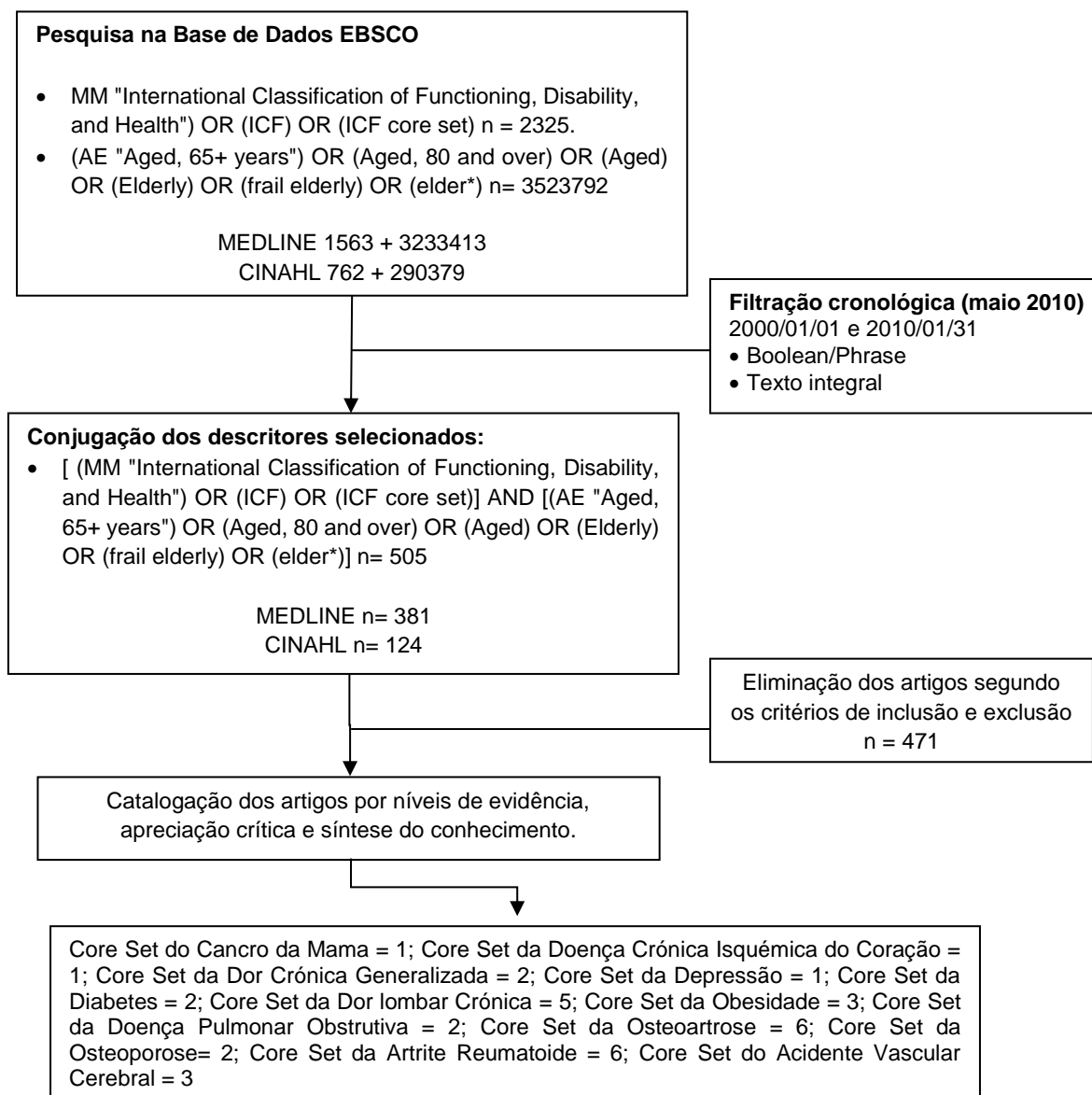
A primeira RSL foi operacionalizada através de pesquisas efetuadas nas bases de dados da EBSCO, em particular a: *CINAHL plus with full text* e a *MEDLINE with full text*. A pesquisa foi realizada durante o mês de fevereiro de 2011 e abrangeu o período que decorreu entre 1 de janeiro de 2000 e 31 de dezembro de 2010. O protocolo de pesquisa, incluiu os seguintes termos: (MM "International Classification of Functioning, Disability, and Health") OR (ICF) OR (ICF core set)] AND [(AE "Aged, 65+ years") OR (Aged, 80 and over) OR (Aged) OR (Elderly) OR (frail elderly) OR (elder*)]. Importa referir que apenas foram considerados os artigos publicados em texto integral, num total de 505 e dos quais foram selecionados 17. Foram excluídos todos os artigos com metodologia pouco clara, repetidos nas duas bases de dados, com data anterior ao ano 2000 e sem relação com o objeto de estudo. O percurso metodológico levado a cabo encontra-se exemplificado na Figura 4.

Figura 4. Processo de pesquisa e seleção da primeira RSL



A segunda RSL, seguiu o mesmo procedimento da primeira, tendo a pesquisa sido efetuada nas mesmas bases de dados e no mesmo período de tempo. O protocolo de pesquisa incluiu os termos: (MM "International Classification of Functioning, Disability, and Health") OR (ICF) OR (ICF core set)] AND [(AE "Aged, 65+ years") OR (Aged, 80 and over) OR (Aged) OR (frail elderly) OR (chronic diseases), e a partir do qual foram encontrados 438 artigos, dos quais 34 foram selecionados (Figura 5).

Figura 5. Processo de pesquisa e seleção da segunda RSL



Foram seleccionados os artigos que descrevem os códigos de segundo nível da CIF, referenciados em instrumentos validados internacionalmente, com recurso à metodologia quantitativa e/ou qualitativa e/ou RSL e que clarificam o impacto das variáveis apresentadas nas componentes: funções e estruturas do corpo, atividades e participação

e fatores ambientais, descritas nos *core sets* das doenças crónicas. Foram excluídos todos os artigos com metodologia pouco clara, repetidos nas duas bases de dados, com data anterior ao ano 2000 e sem relação com o objeto de estudo.

Sendo um estudo pioneiro na classificação da funcionalidade em Portugal, não se encontrou nenhuma referência de instrumentos que classifiquem ou avaliem todas as dimensões da funcionalidade referenciadas na CIF, pelo que foi necessário desenhar e validar um instrumento para caracterizar a funcionalidade nos idosos (2º objetivo específico). Para o efeito, realizou-se uma pesquisa de âmbito nacional nos repositórios dos institutos, escolas e faculdades de ensino superior, entre os quais: o RIMAS da Faculdade de Economia de Coimbra. Esta pesquisa permitiu identificar vários instrumentos de avaliação – validados para a população idosa – utilizados para classificar ou avaliar diversas dimensões da funcionalidade (Anexo 4). Nesta sequência desenhou-se um instrumento que classifica a funcionalidade da população com 65 anos ou mais, em todas as suas dimensões.

1.2. Painel *Delphi*

Para a validação do conteúdo do questionário *Core set* dos idosos (setembro 2010), foi constituído um painel de 21 peritos em CIF, provenientes de todo o país. Esta etapa consistiu na verificação do nível de concordância para a utilização dos códigos que resultaram das duas RSL, na avaliação da funcionalidade, das pessoas com 65 anos ou mais (Anexo 5).

Esta técnica permite obter e analisar dados, compilando opiniões de especialistas através da realização de uma série de questionários (Wallengren, 2011). Quando combinado com o *feedback* de opinião controlada, permite um consenso objetivo das avaliações dos peritos sobre o objeto do estudo. Este método tem sido utilizado com sucesso para avaliar e combinar as opiniões dos peritos e é considerado um meio eficaz para reunir e analisar grupos de consenso em cuidados de saúde.

1.3. Grupo nominal

Com o objetivo de clarificar a integração dos códigos selecionados no painel *Delphi* e a metodologia de quantificação dos mesmos foram reunidos sete peritos na área do envelhecimento e da CIF (Anexo 6).

A técnica de grupo nominal foi desenvolvida de acordo com as seis fases estipuladas pela literatura:

- Primeira fase: Geração de ideias – o moderador apresenta, por escrito, a questão ou problema ao grupo e formula a pergunta. Seguidamente é solicitado a todos os elementos do grupo que, individualmente e em silêncio, redijam as suas ideias em duas ou três frases.
- Segunda fase: Registo de ideias – sem debate, as ideias individuais foram registadas nos terminais eletrónicos disponibilizados. No final, são apresentadas no monitor todas as ideias geradas pelo grupo, excluindo as ideias repetidas.
- Terceira fase: Discussão de ideias – cada ideia registada foi discutida, com vista a determinar a sua clareza e importância. Esta etapa conferiu a oportunidade aos participantes de expressarem o seu entendimento da lógica e importância relativa de cada item. Por cada ideia, o moderador perguntou se havia questões ou comentários que os elementos do grupo quisessem fazer.
- Quarta fase: Votação de ideias - individualmente cada participante selecionou as cinco ideias que lhe pareceram mais importantes e priorizou-as, em formato escrito, de acordo com o critério apresentado pelo moderador. A ideia mais importante recebeu a votação de 5 e a menos importante a votação de 1. Após a priorização em papel, cada participante fez o seu registo nos terminais eletrónicos.
- Quinta fase: Breve discussão de ideias – após a visualização pelo grupo da pontuação global das ideias produzidas, iniciou-se uma discussão sobre os itens com maior pontuação, com vista, mais uma vez, à sua clarificação.
- Sexta fase: Votação de ideias – as ideias são novamente votadas, pelo mesmo processo de pontuação (Boddy, 2012). Todo o procedimento foi gravado em áudio, o que possibilitou a audição posterior por parte dos investigadores.

Após a compilação e validação da informação recolhida, finalizou-se o desenho do instrumento designado *Core set idosos* (Anexo 7), concluindo-se, assim, o processo de construção do instrumento que caracteriza a funcionalidade da população com mais de 65 anos.

1.4. Análise das propriedades psicométricas do questionário *core set idosos*

Para analisar as propriedades psicométricas do instrumento desenhado (3º objetivo específico), procedeu-se à aplicação do instrumento na região do Alentejo (exceto Lezíria), sendo a população alvo, as pessoas com 65 anos ou mais, não institucionalizados e com capacidade de deslocação ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da sua área de residência. Os dados foram recolhidos pelos profissionais

de saúde dos respetivos Centros, através de entrevistas estruturadas com base no *Core set idosos*.

Antes da realização das entrevistas, todos os profissionais de saúde foram sujeitos a formação presencial teórica e prática de pelo menos 16 horas. A formação teve os seguintes objetivos: (1) proporcionar competências para a avaliação funcional de pessoas com 65 anos ou mais; (2) capacitar os entrevistadores para o preenchimento do instrumento ao nível das funções, estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais; (3) e fornecer instrumentos conceituais e operatórios promotores do desenvolvimento de conhecimento sobre as áreas enunciadas. Para apoiar os entrevistadores, foi realizado um manual de aplicação do questionário (Anexo 8) e disponibilizado o contacto de um dos investigadores, para esclarecimento de eventuais dúvidas.

As pessoas selecionadas para a amostra foram convocadas pelos profissionais de saúde para a avaliação da funcionalidade. Em alguns casos, a recolha de dados foi feita na residência dos sujeitos durante uma visita domiciliária. A recolha de dados decorreu entre junho de 2010 e dezembro de 2011, sendo o tempo médio de aplicação do questionário de 45 minutos. Todos os participantes preencheram uma declaração de consentimento informado, onde estão expressas a garantia da confidencialidade dos seus dados (Anexo 3). Apesar de serem recolhidos dados pessoais, todos os registos são anónimos e codificados

Após a recolha dos dados procedeu-se à ACP, uma técnica de análise exploratória multivariada que visa transformar um conjunto de variáveis correlacionadas num menor número de variáveis independentes que resultam de combinações lineares das variáveis originais. Esta etapa decorreu entre janeiro e dezembro 2012. Posteriormente foi analisada a consistência interna das várias dimensões resultantes da ACP, através do coeficiente alfa de *Cronbach*. Este procedimento, que decorreu entre janeiro e junho 2013, teve como objetivo verificar se os vários itens que constituem cada dimensão se unem para medir uma funcionalidade comum.

1.5. Análise das estatísticas descritivas e diferenciais

Para caracterizar a funcionalidade e perfil funcional (4º objetivo específico) procedeu-se, à análise das estatísticas descritivas e diferenciais, no sentido de identificar as dimensões de funcionalidade mais comprometidas e compreender a influência das características sócio-demográficas e do tipo de doença crónica nas várias dimensões em estudo. Os testes de diferenças de médias tiveram em consideração as várias formas como os

constructos se encontram operacionalizados, nomeadamente o tipo de amostra e o número de categorias das variáveis.

1.6. Análises de regressão – Regressão logística binária

Para identificar os fatores ambientais e pessoais que se correlacionam com a funcionalidade (5º objetivo específico) procurou-se avaliar o grau de associação entre as variáveis que intervêm na investigação. Por último, para averiguar quais as variáveis que mais influenciam a funcionalidade dos idosos nas várias dimensões em estudo (6º objetivo específico), recorreu-se a análises de regressão – Regressão Logística Binária (RLB).

Os resultados serão apresentados no ponto 3.

2. População e amostra

A população alvo definida no objetivo geral do estudo é composta pelos idosos residentes na região do Alentejo. Contudo, para os distintos métodos de recolha de informação foram identificadas diversas amostras (Tabela 45).

Tabela 45. Amostras definidas para os diferentes objetivos específicos e seus critérios de inclusão e exclusão

Método de recolha de informação	Critério de exclusão da amostra	Critérios de inclusão na amostra	Amostra
Revisão sistemática da literatura	Artigos com metodologia pouco clara, repetidos nas duas bases de dados, com data anterior ao ano 2000 e todos aqueles sem relação com o objeto de estudo.	Artigos científicos publicados em texto integral, entre 2000/01/01 e 2010/01/31 por recurso á base dados eletrónica EBSCO.	<ul style="list-style-type: none"> • 1ª RSL: 17 artigos do total de 505 • 2ªRSL: 34 artigos do total de 471
Painel Delphi	Profissionais de saúde com menos de 7 anos de experiencia na área do envelhecimento e da CIF	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais da área da saúde com experiência de investigação com população com mais de 65 anos; • Conhecimento da CIF; • Experiência profissional na área da gestão ou direção de serviços; • Experiência na atividade de docência; • Publicação ou apresentação de trabalho nas áreas do envelhecimento ou CIF. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1ª ronda: 35 peritos • 2ª ronda: 21 peritos

Tabela 45. Amostras definidas para os diferentes objetivos específicos e seus critérios de inclusão e exclusão (continuação)

Método de recolha de informação	Critério de exclusão da amostra	Critérios de inclusão na amostra	Amostra
Grupo nominal	Profissionais de saúde com menos de 7 anos de experiência na área do envelhecimento e da CIF	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais da área da saúde com: • Experiência de investigação com população com mais de 65 anos; • Conhecimento da CIF; • Experiência profissional na área da gestão ou direção de serviços; • Experiência na atividade de docência; • Publicação ou apresentação de trabalho nas áreas do envelhecimento ou CIF. 	• 7 peritos
Questionário	Homens e mulheres com menos de 65 anos em 31 de Janeiro de 2011 não, registados nas bases de dados das ARS do Alentejo (Alto Alentejo e Baixo Alentejo)	<ul style="list-style-type: none"> • Homens e mulheres com mais de 65 anos a 31 de Janeiro (inclusive) de 2011, registados nas bases de dados das ARS do Alentejo (Alto Alentejo e Baixo Alentejo) 	• 1067 Indivíduos

Para definir a dimensão da amostra, correspondente ao objetivo geral, consideraram-se os dados disponibilizados no sítio da *internet* do Instituto Nacional de Estatística (INE) sobre a população residente por região (número de pessoas), ao nível da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) II, sexo e grupo etário (dos 65 aos 74 anos; dos 75 aos 84 anos; e 85 anos ou mais). O período de referência dos dados é 2009, uma vez que são os últimos disponibilizados pelo INE até à data de início da recolha de dados.

Com um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 3%, foram identificados 1.536 indivíduos com 65 anos ou mais, de ambos os sexos e residentes na região do Alentejo. A amostra foi aleatória e estratificada por idade, sexo e região do Alentejo: Alentejo Litoral (281 utentes), Alto Alentejo (373 utentes), Alentejo Central (500 utentes) e Baixo Alentejo (364 utentes).

A repartição da dimensão total da amostra pelos estratos foi feita pela afetação ótima de Neyman. O dimensionamento inicial da amostra teve em consideração a ponderação de cada estrato em função da sua dimensão na base de amostragem e da variabilidade (o facto de não se conhecer a variância leva-nos a usar a variância máxima).

A seleção da amostra foi efetuada, em cada estrato, mediante seleção aleatória simples sem reposição, com utilização de números aleatórios em cada estrato. Para a seleção da amostra foram utilizadas as bases de dados dos centros de saúde.

Após a transferência de dados para o *software* estatístico SPSS (versão 21), realizou-se a aleatorização seguindo os procedimentos apresentados na Tabela 46.

Tabela 46. Procedimentos e resultados definidos por cada objetivo específico

Objetivos específicos	Fases e Procedimentos
Identificação das categorias da funcionalidade segundo a CIF que podem estar mais limitadas na população com mais de 65 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão sistemática da literatura
Desenho do instrumento de resposta on-line que caracterize a funcionalidade da população com mais de 65 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Painel Delphi com duas rondas • Grupo nominal • Desenho do Instrumento e do manual de utilização • Formação dos entrevistadores • Aplicação do questionário no modelo pré-teste • Pré-Teste • Aplicação do instrumento final
Identificação do perfil da funcionalidade da população com mais de 65 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução dos dados • Análise dos dados

2.1. Caracterização da amostra

Na recolha da amostra foram tidos em consideração dois requisitos básicos: os sujeitos deveriam ter no mínimo 65 anos e residir na Unidade Territorial do Alentejo (UTA). Estes critérios foram previamente definidos, em virtude desta região ter a taxa de envelhecimento mais elevada do país (25,3%) (INE, 2011a).

A dimensão da amostra estratificada foi determinada em função da dimensão populacional do Alentejo existente nos três grupos etários. Como se pode verificar na Tabela 47, a amostra recolhida foi de dimensão mais reduzida do que o inicialmente previsto. Deste modo, efetuaram-se cálculos para analisar estatisticamente se a discrepância existente entre a dimensão da amostra inicial e a dimensão da amostra recolhida era significativa, tendo-se verificado que não.

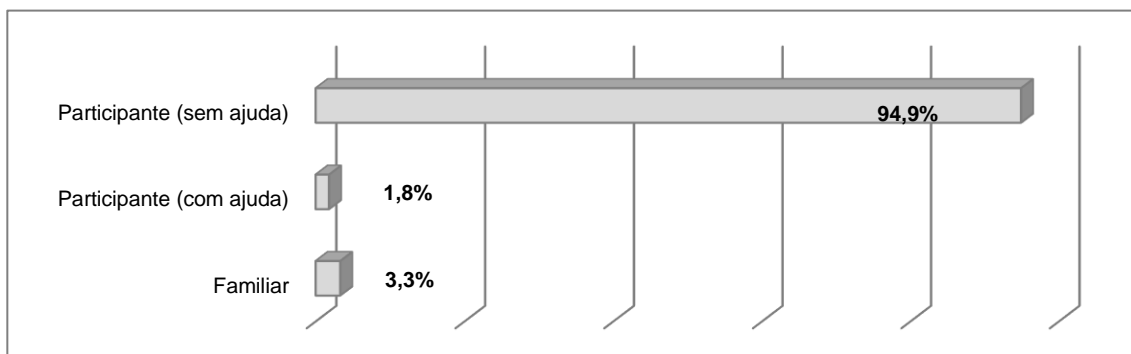
Tabela 47. Distribuição da amostra projetada e da amostra real por grupos etários e sexo

Sexo	Faixa etária	Amostra inicial*	Amostra recolhida*	% amostra inicial	% amostra recolhida
Masculino	65 a 74 anos	320	167	21,0%	19,1%
Masculino	75 a 84 anos	258	174	17,0%	19,9%
Masculino	85 anos ou mais	68	39	4,4%	4,5%
Feminino	65 a 74 anos	404	204	26,6%	23,3%
Feminino	75 a 84 anos	353	228	23,2%	26,0%
Feminino	85 anos ou mais	115	64	7,5%	7,3%
Total		1.518	876	100%	100%

Nota:* Valores absolutos

De referir que o 94,9% dos questionários foram respondidos pelo próprio (participante); 3,3% dos casos foi respondido pelo participante com a ajuda de um familiar e os restantes 1,8% foram respondidos por um familiar (Gráfico 11).

Gráfico 11. Quem respondeu ao questionário?



A amostra foi recolhida por enfermeiros e fisioterapeutas dos centros de saúde de quatro das cinco sub-regiões pertencentes à UTA: Alto Alentejo, Alentejo Central, Alentejo Litoral e Baixo Alentejo. Esta distribuição foi efetuada de acordo com a NUTS de nível III (Decreto-Lei n.º 244/2002, de 5 de novembro).

Observando a Figura 6 verifica-se que a maioria dos participantes reside na sub-região do Alentejo Central (36,9%).

Figura 6. Distribuição dos participantes em função do local de residência



Para a caracterização da amostra as variáveis foram agrupadas em fatores pessoais (idade, sexo, estado civil, escolaridade, doença crónica) e fatores ambientais (concelho de residência, prestação de cuidados pessoais, prestação de cuidados de saúde, agregado familiar/pessoas com vive, situação financeira, atividade física).

Os 876 idosos que participaram no estudo tinham idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos ($M = 76,43$; $DP = 6,50$), sendo 56,6% do sexo feminino ($N = 496$) e 43,4% do sexo masculino ($N = 380$). No que respeita ao estado civil, 540 são casados ou vivem em união de facto (61,6%), 275 são viúvos (31,4%), 50 são solteiros (5,7%) e 11 referiram ser divorciados (1,3%). No que se refere à existência de filhos, 85,4% respondeu afirmativamente.

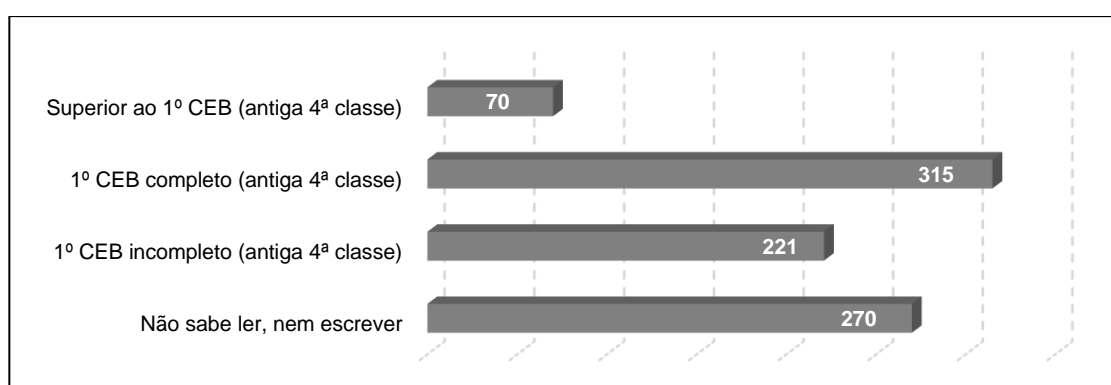
Através da análise da Tabela 48, podemos verificar que a maioria dos idosos vive acompanhado (e.g., cônjuge, filhos, netos) (71,1%). Foi, ainda, possível constatar que a percentagem de mulheres que vivem sozinhas (69,7%) é superior à dos homens (30,3%).

Tabela 48. Pessoas com quem os idosos residem (valores absolutos)

	Masculino	Feminino	Total
Sozinho	63	145	208
Acompanhado (e.g., cônjuge, filhos, netos)	300	323	623
Instituição	17	28	45
Total	380	496	876

Relativamente ao nível de escolaridade, constatou-se que 69,2% dos idosos sabem ler e escrever. Importa referir que inicialmente os dados foram organizados de acordo com o estipulado pela Lei de Bases do Sistema Educativo¹⁹ (Lei n.º 46/86, de 14 de outubro), mas devido à desigualdade da dimensão dos grupos foi necessário adaptar e agrupar as categorias às características da amostra (Gráfico 12).

Gráfico 12. Distribuição dos participantes em função do nível de escolaridade (valores absolutos)



Nota: 1º CEB = 1º Ciclo do Ensino Básico

¹⁹ 1º Ciclo do Ensino Básico, 2º Ciclo do Ensino Básico, 3º Ciclo do Ensino Básico, Ensino Secundário e Ensino Superior

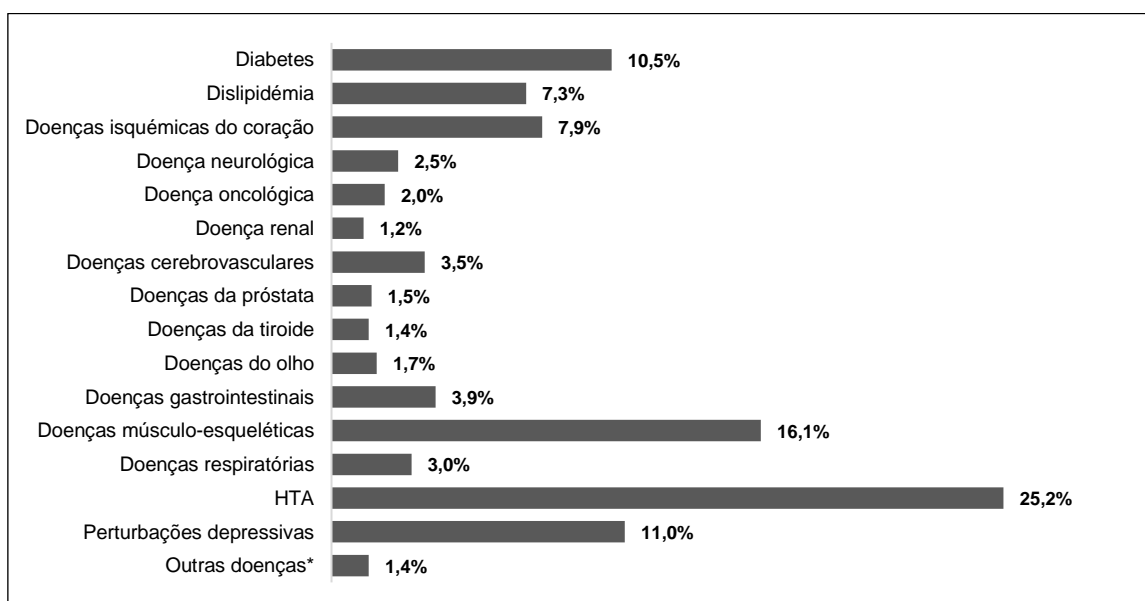
A análise dos dados demonstrou que apenas 3,5% dos inquiridos (N=31) ainda, desenvolve algum trabalho remunerado. No entanto, só 9,4% (N=82) dos idosos beneficia do complemento solidário, apesar de 29,7% (N=260) ter referido que a sua financeira não satisfaz as necessidades básicas, nomeadamente as que dizem respeito à alimentação, habitação e saúde (Tabela 49).

Tabela 49. A situação financeira satisfaz as necessidades básicas

	N	%
Sim	596	68.0
Não	260	29.7
Não responde	20	2.3

Relativamente às doenças, verificou-se que a hipertensão arterial (25,2%) é a mais frequente entre os participantes e as menos comuns são as doenças renais (1,2%) e as doenças da tiroide (1,4%) (Gráfico 13).

Gráfico 13. Diagnóstico médico das principais condições de saúde existentes



Nota: *Esta categoria inclui várias doenças, entre as quais: Insuficiência venosa, Obesidade, Cefaleias, Síndrome vertiginoso

Dos 876 idosos que participaram no estudo, 84% sofre pelo menos de uma doença, no entanto apenas 19,4% recebe cuidados pessoais e 60,7% recebe ou recebeu nos últimos seis meses cuidados de saúde (e.g., médicos, enfermeiros).

Quando questionados acerca da sensação de dor, a maioria dos idosos referiu que a mesma é moderada a intensa (26,3%), sendo os valores mais elevados nas idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos. É importante mencionar que para facilitar a

leitura dos dados as idades dos participantes foram agrupadas em três faixas etárias: (1) dos 65 aos 74 anos; (2) dos 75 aos 84 anos; (3) e mais de 85 anos (Tabela 50).

Tabela 50. Sensação de dor em função da idade dos participantes

	65 aos 74 anos	75 aos 84 anos	Mais de 85 anos	Total
Nenhum problema	0	0	0	0
Problema moderado ténue	61	108	9	178
Problema moderado intenso	79	117	34	230
Problema completo	79	61	39	179
Não responde	152	116	21	289
Total	371	402	103	876

Procurámos, ainda, saber se a sensação de dor interfere ou interferiu na prática de atividade física organizada pela comunidade (e.g., Câmara Municipal, Junta de Freguesia, Centros de dia), pois 86,3% dos idosos que participaram no estudo referiu que não pratica qualquer tipo de exercício. Os resultados obtidos revelam que 8.6% dos idosos com problemas moderados ténues, intensos ou completos continuam a praticar atividade física (Tabela 51).

Tabela 51. Prática de atividade física em função da sensação de dor

Sensação de dor	Pratica atividade física	
	Não	Sim
Nenhum problema	0	0
Problema moderado ténue	153	25
Problema moderado intenso	199	31
Problema completo	160	19

3. Apresentação dos resultados

Em primeiro lugar são apresentados os resultados relativos ao processo de construção (1º objetivo específico) e validação (2º objetivo específico) do instrumento e respetivas propriedades psicométricas (3º objetivo específico), no sentido de garantir o grau de cientificidade do mesmo. Num segundo momento, apresentar-se-ão as estatísticas descritivas e diferenciais das variáveis estudadas, através de gráficos e tabelas de frequências e testes de comparação de médias (4º objetivo específico). Seguidamente será aferido o grau de associação entre as variáveis que intervêm na investigação, analisando não apenas a sua magnitude, mas também a sua direção (5º objetivo específico). Por último, recorrer-se-á a análises de regressão – RLB – para identificar as variáveis que mais afetam o nível de funcionalidade dos idosos participantes na investigação (6º objetivo específico).

3.1. Construção do instrumento

3.1.1. Revisões sistemáticas da literatura

Com anteriormente referido, a partir da primeira RSL foram seleccionados 17 artigos (Anexo 9) que constituíram o *corpus* de análise para a elaboração da discussão e respetivas conclusões, tendo sido submetidos a uma classificação por seis²⁰ níveis de evidência (Melnyk et al., 2005; Pravikoff; Pierce; Tanner, 2005). A análise dos artigos revelou uma diversidade de códigos que se encontram resumidos no Tabela 52.

Tabela 52. Códigos descritos em relação aos constructos da CIF (primeira RSL)

Constructos	N.º de artigos	N.º de códigos	% descrição dos códigos
Funções do corpo ²¹	12	83	32,93%
Estruturas do corpo ²²	7	30	11,90%
Atividades e participação ²³	16	82	32,53%
Fatores ambientais ²⁴	15	57	22,61%

Os artigos permitiram identificar 252 códigos diferentes, que foram estratificados segundo a frequência de descrição no *corpus* de análise, maior ou igual a 30%. Através deste procedimento foram identificados 79 códigos, que se encontram divididos da seguinte forma: Funções do corpo: 30,37%; Estruturas do corpo: 5,06%; Atividades e participação: 43,03%; e Fatores ambientais: 21,51%. Importa destacar a elevada taxa de códigos encontrados no constructo Atividades e participação e a pouca referência de códigos no constructo Estruturas do corpo (Anexo 11).

Relativamente ao *core set* das doenças crónicas em pessoas com 65 ou mais anos, foram encontrados 34 artigos, também eles submetidos a uma classificação por seis níveis de evidência (Harris et al., 2001) e cujos resultados se apresentam na Tabela 53.

²⁰ Nível I: Revisões Sistemáticas (Integrativas/Meta-análises/Diretrizes de Práticas Clínicas baseadas em revisões sistemáticas); Nível II: Estudo experimental único (ECA); Nível III: Estudos quase-experimentais; Nível IV: Estudos não experimentais; Nível V: Relatório de cuidados/avaliação de programas/revisão de literatura narrativa; Nível VI: Pareceres de autoridades respeitadas/Painéis de consenso.

²¹ Funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas).

²² As estruturas do corpo são partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes.

²³ Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Participação é envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.

²⁴ Os fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida.

Tabela 53. Códigos descritos em relação aos constructos da CIF (segunda RSL)

Definições	N.º de artigos	N.º de códigos	% de descrição dos códigos
Funções do corpo ²⁵	34	115	43,39%
Estruturas do corpo ²⁶	33	28	10,56%
Atividades e participação ²⁷	34	73	27,54%
Fatores ambientais ²⁸	34	49	18,51%

Os 265 códigos diferentes foram estratificados segundo a frequência de descrição no *corpus* de análise maior ou igual a 30%. Com esta análise foram identificados 98 códigos, que se encontram divididos da seguinte forma: Funções do corpo: 26,53%; Estruturas do corpo: 9,18%; Atividades e participação: 36,73%; Fatores ambientais: 27,55%.

3.2. Validação do instrumento

3.2.1. Painel *Delphi*

Através desta metodologia os peritos podem expressar livremente as suas opiniões, porque sendo as mesmas anónimas garante que os pareceres refletem um julgamento racional e não são influenciados pelos líderes de opinião.

Os participantes tiveram dez dias para sintetizar as ideias, responder e exprimir livremente as suas opiniões e posições, uma vez que é garantido o anonimato (Ratnapradipa et al., 2011). No presente estudo, o painel *Delphi* foi iniciado com um conjunto de itens cuidadosamente selecionados para a construção do primeiro questionário, com base na RSL.

Segundo Suwaratchai e colaboradores (2008) os três critérios de seleção dos peritos assentam na experiência, formação específica, número de anos de experiência na área e publicações realizadas. A Tabela 54 descreve as características sociodemográficas e a experiência dos participantes, das duas rondas, na área da avaliação da funcionalidade, incapacidade, envelhecimento, epidemiologia e conceção do desenvolvimento de instrumento de medida.

²⁵ Funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas).

²⁶ As estruturas do corpo são partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes.

²⁷ Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Participação é envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.

²⁸ Os fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida.

Tabela 54. Descrição dos participantes do painel *Delphi*

Ronda	Habilitações académicas		N.º de anos de experiência nas áreas descritas		Publicação de estudos na área do envelhecimento	
	Bacharelato/ Licenciatura	Mestrado/ Doutoramento	< 5 anos	≥ 5 anos	Não	Sim
<u>Primeira</u> 35 participantes	60%	40%	22,90%	77,10%	48,5%	51,5%
<u>Segunda</u> 21 participantes	61,90%	38,10%	23,80%	76,20%	42,1%	57,9%

Na primeira ronda foram seleccionados todos os códigos cuja soma do “concordo parcialmente” e “concordo totalmente” fosse superior a 80%; e na segunda ronda, foram apresentados aos peritos os códigos identificados na primeira ronda, sujeitos a uma escala dicotómica (sim / não) e os códigos que na primeira ronda tinham obtido uma percentagem entre 70 e 80%, a partir da soma do “concordo parcialmente” e “concordo totalmente” (Anexo 10).

Num primeiro momento, os especialistas identificaram as questões que consideram importantes constar no questionário, segundo os domínios da CIF. Com base na metodologia utilizada, descrevemos os 60 códigos seleccionados através da soma dos pontos positivos do questionário da segunda ronda (Tabela 55).

Tabela 55. Descrição dos códigos da CIF seleccionados no painel *Delphi*

Descrição dos códigos	
Funções do corpo	b110, b114, b134, b140, b144, b164, b210, b230, b280, b420, b440, b455, b525, b620, b710, b715, b730, b735, b770
Estruturas do corpo	s430, s770, s610, s410, s730, s220, s320, s810, s750
Atividades e participação	d110, d160, d166, d170, d175, d230, d310, d330, d350, d445, d450, d455, d465, d520, d530, d540, d550, d560, d910
Fatores ambientais	e120, e125, e310, e315, e320, e340, e355, e360, e410, e420, e450, e540, e580

3.2.2. Grupo nominal

A técnica de grupo nominal combina técnicas qualitativas e quantitativas e tem como objetivo consensualizar informação relevante sobre uma determinada matéria ou questão, no sentido de apoiar e facilitar a tomada de decisão. É utilizada sobretudo para identificar e caracterizar problemas, para desenvolver soluções e estabelecer prioridades através da classificação de diferentes alternativas, sendo muitas vezes utilizada na área da saúde (Harvey & Holmes, 2012).

Nesta etapa foram formuladas as seguintes perguntas de investigação:

- A técnica *Delphi* seleccionou todos os códigos necessários ao questionário *core set* dos idosos?

- Todos os códigos selecionados pela técnica de Delphi são mensuráveis num trabalho desta natureza?
- Se a CIF propõe um conjunto de qualificadores a ser utilizados por profissionais de saúde no contexto da sua prática, neste caso, como quantificar estes códigos?

Os participantes foram convidados a participar no estudo, tendo por base os seguintes critérios: (1) ser profissional de saúde; (2) título profissional; (3) formação académica; ter pelo menos uma área de investigação; (3) número de anos de experiência profissional (Tabela 56).

Tabela 56. Descrição dos participantes do grupo nominal

Nome	Título profissional	Formação académica	Área de investigação	N.º de anos de experiência profissional
Participante 1	Fisioterapia	Mestrado em Ciências da Fisioterapia	Funcionalidade Saúde do adolescente	27
Participante 2	Fisioterapia	Doutoramento em Psicologia	Funcionalidade Geriatría	21
Participante 3	Médico reumatologista	Doutoramento em Reumatologia	Funcionalidade Reumatologia	33
Participante 4	Médico psiquiatra	Mestrado em Saúde Mental	Saúde mental Alcoolismo Gestão da doença crónica	37
Participante 5	Médica fisiatra	Equiparação ao ciclo de estudos especiais	<i>Spina bífida</i>	34
Participante 6	Enfermeira de reabilitação	Equiparação ao ciclo de estudos especiais	Dicotomia saúde e doença	22
Participante 7	Terapeuta da fala	Doutoramento em Gestão	Geriatría Envelhecimento Funcionalidade	29

A sessão de discussão teve uma duração aproximada de 5h30m e seguiu a metodologia descrita. Deste modo, foi proposta a introdução de 15 novos códigos (b152, d410, d155, d640, e410, d177, d415, b510, b130, e325, s110, b310, b640, d430, d460) e retirados outros 15 (b715, e315, e360, b420, s320, e125, b770, d445, d510, e540, d465, s810, d310, s730, s750), com base na hierarquização das votações realizadas, sendo decididas a introdução e a exclusão dos códigos que apresentaram uma percentagem superior a 90% de concordância entre os participantes.

Assim, foram excluídos os códigos b715 e e360 e incluídos os códigos b152, d410 e d155. Em relação à metodologia de codificação e uso dos códigos e estratégias a seguir, foram feitas 14 propostas, tendo existido um nível de concordância para apenas quatro: (1) definir de forma clara muitos dos itens e qualificadores; (2) adotar uma escala com 5 posições; (3) tender à concordância das escalas em uso; (4) e utilizar uma classificação ao encontro daquela proposta pela CIF. Nesta fase, os peritos consideraram que os códigos s430, s770, s220, s610, s410, s730, s220, e420 e e450 seriam de difícil avaliação num estudo desta dimensão, pelo que a sua eliminação foi consensual.

Com base nas técnicas anteriormente descritas, foram selecionados 53 códigos: 19 relativos às Funções do corpo; 4 relativos às Estruturas do corpo; 22 para as Atividades e participação; e 8 para os Fatores ambientais (Tabela 57).

Tabela 57. Códigos a integrar no *Core set idosos*

	Descrição dos códigos
Funções do corpo	b110, b114, b134, b140, b144, b152, b164, b210, b230, b280, b420, b440, b455, b525, b620, b710, b730, b735 e b770
Estruturas do corpo	s320, s730, s750 e s810
Atividades e participação	d110, d155, d160, d166, d170, d175, d230, d310, d330, d350, d410, d445, d450, d455, d465, d510, d520, d530, d540, d550, d560 e d910
Fatores ambientais	e120, e125, e310, e320, e340, e355, e540, e580

3.3. Propriedades psicométricas

3.3.1. Análise de Componentes Principais

Após a aplicação do questionário à amostra selecionada foi realizada uma ACP. Esta técnica de análise exploratória multivariada visa transformar um conjunto de variáveis correlacionadas num menor número de variáveis independentes que resultam de combinações lineares das variáveis originais. A ACP é frequentemente utilizada como um método de redução da complexidade dos dados e na determinação das qualidades métricas de um questionário (Hair et al., 2009). Através da ACP constroem-se fatores que permitem a exploração das variáveis, agrupando-as de acordo com parâmetros de afinidade e sintetizando a informação inicialmente obtida (Tabachnick & Fidell, 2007).

Foi ainda calculado o indicador de *Kaiser-Meyer-Olkin* ($KMO = 0.92$) e o teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0.001$) que demonstrou não existirem problemas de identidade nos dados e que as correlações entre os itens foram suficientes e adequadas.

O KMO é calculado através do quadrado das correlações totais, dividido pelo quadrado das correlações parciais das variáveis analisadas, podendo o seu valor variar entre zero e um (Lorenzo-Seva; Timmerman; Kiers, 2011) (Tabela 58).

Tabela 58. Valores de referência do indicador de KMO

KMO	ACP
Entre 0,90 e 1,00	Muito boa
Entre 0,80 e 0,90	Boa
Entre 0,70 e 0,80	Média
Entre 0,60 e 0,70	Razoável
Entre 0,50 e 0,60	Má
Menor que 0,50	Inaceitável

Fonte: Lorenzo-Seva; Timmerman; Kiers, 2011.

Além da matriz de (co)variância, o teste de esfericidade de Bartlett avalia a significância geral de todas as correlações entre os dados. Valores do teste com níveis de significância inferiores a 0.05 indicam que a hipótese nula é rejeitada, ou seja, que a matriz de dados é similar a uma matriz-identidade (Tabachnick & Fidell, 2007).

Como critério de extração das componentes consideraram-se dois procedimentos: o método de *Kaiser-Guttman* (valores próprios superiores a um) e a análise do *scree test*. De acordo com o critério de *Kaiser-Guttman* cada fator extraído apresenta um *eigenvalue* (valor próprio) que se refere ao total de variância explicada pelo mesmo, sendo que a soma total dos *eigenvalues* é sempre igual ao número de itens utilizados na análise. O critério subjacente ao *scree test* consiste em tomar por referência o ponto a partir do qual a curva tende a ficar paralela ao eixo das abcissas. Este ponto corresponde ao número máximo de componentes a reter, pois a partir desse ponto as mesmas deixam de ser representativas.

De seguida, procedeu-se à análise da matriz de componentes da escala, resultante da rotação *varimax*, com o intuito de identificar os itens associados às cinco componentes extraídas.

A percentagem de variância explicada para as cinco componentes extraídas foi de 73,90%, sendo este valor considerado adequado, pois de acordo com Pasquali (1999) consideram-se valores satisfatórios os situados acima de 60%. Da interpretação da estrutura fatorial, obtivemos uma primeira componente que explica 23,86% da variância dos resultados, sendo composta pelos itens referentes às Atividades da vida diária; a segunda componente apresenta uma variância explicada de 21,66% e corresponde à dimensão Cognição e comunicação; a terceira componente diz respeito às Funções músculo-esqueléticas e apresenta uma variância explicada de 11,32%; em quarto lugar surge a dimensão Ler e escrever que explica 9,75% da variância total; a quinta componente, com um peso menor, diz respeito à dimensão Estruturas dos membros e apresenta uma variância explicada de 7,30% (Tabela 59).

Tabela 59. Matriz fatorial da escala após rotação *varimax*

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
Vestir-se (d540)	0,845	0,324	0,220	0,098	0,059
Processos de excreção (d530)	0,843	0,281	0,159	0,043	0,115
Comer (d550)	0,831	0,292	0,204	0,003	0,115
Lavar-se (d510)	0,816	0,329	0,198	0,172	-0,001
Beber (560)	0,816	0,304	0,192	-0,020	0,141
Cuidar de partes do corpo (d520)	0,740	0,306	0,197	0,197	-0,018
Rotina diária (d230)	0,618	0,264	0,295	0,313	0,010
Força MI (b730)	0,533	0,078	0,370	0,174	0,218
Capacidade de atenção (b140)	0,238	0,847	0,136	0,178	0,019
Capacidade de comunicar (d310)	0,222	0,818	0,185	0,143	0,022
Capacidade de concentração (d160)	0,224	0,816	0,167	0,233	0,046
Falar (d330)	0,298	0,794	0,098	0,027	0,143
Conversar (d350)	0,360	0,785	0,089	0,085	0,064
Aquisição de competências (d155)	0,285	0,750	0,149	0,332	0,031
Orientação (b114)	0,459	0,558	0,037	0,251	0,035
Tónus MS (b735)	0,152	0,135	0,777	0,045	-0,011
Tónus MI (b735)	0,209	0,036	0,754	0,207	0,004
Força MS (b730)	0,324	0,341	0,625	-0,009	0,176
Articulações MS (b710)	0,351	0,352	0,569	-0,062	0,181
Articulações MI (b710)	0,509	0,073	0,534	0,280	0,200
Escrever (d170)	0,124	0,233	0,074	0,888	0,024
Ler (d166)	0,126	0,239	0,088	0,882	0,043
Estrutura MS (s730)	0,087	0,065	0,044	-0,010	0,902
Estruturas MI (s750)	0,141	0,068	0,131	0,055	0,881
<i>Eigenvalue</i>	11,60	2,42	1,64	1,55	1,23
Variância explicada (%)	23,86	21,66	11,32	9,75	7,30
Alfa de <i>Cronbach</i>	0,93	0,93	0,80	0,94	0,81

Nota: Fator 1 = Atividades da vida diária; Fator 2 = Cognição e comunicação; Fator 3 = Funções músculo-esqueléticas; Fator 4 = Ler e escrever; Fator 5 = Estruturas dos membros

De salientar que os itens com comunalidades e correlações inferiores a 0,50 foram eliminados, tendo ficado apenas os que possuem elevados índices de saturação nas componentes correspondentes.

Para análise da fiabilidade recorreu-se ao alfa de *Cronbach*. Os valores obtidos pelas cinco dimensões oscilam entre 0,80 e 0,94 (Tabela 59), o que sugere uma elevada consistência interna (Pestana & Gageiro, 2008) (Tabela 60).

Tabela 60. Valores de referência para o alfa de *Cronbach*

Valor	Fiabilidade
Maior que 0,90	Muito boa
Entre 0,80 e 0,90	Boa
Entre 0,70 e 0,80	Razoável
Entre 0,60 e 0,70	Fraca
Menor que 0,60	Inadmissível

Fonte: Pestana e Gageiro, 2008.

No sentido de averiguar se as dimensões obtidas na ACP seguem uma distribuição normal, procedeu-se à aplicação do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, tendo-se verificado que todas as componentes apresentam uma significância menor que 0,001, o que revela que não seguem os padrões de normalidade (Tabela 61).

Tabela 61. Teste de normalidade das dimensões resultantes da ACP

	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>	<i>Sig.</i>
Atividades da vida diária	0,512	0,000*
Cognição e comunicação	0,492	0,000*
Funções músculo-esqueléticas	0,438	0,000*
Ler e escrever	0,248	0,000*
Estruturas dos membros	0,538	0,000*

Nota: N = 876; * $p < 0.001$

3.3.2. Análise da consistência interna

Quando comparada a estrutura fatorial resultante da ACP e respetivos índices de consistência interna e as dimensões teóricas sugeridas na literatura para caracterizar a funcionalidade dos idosos, optou-se por agrupar os itens de acordo com os domínios da CIF, pois os valores do coeficiente de alfa de *Cronbach* são idênticos e sendo a estrutura da CIF reconhecida internacionalmente, facilita a comparação e discussão de resultados obtidos (Tabela 62).

Tabela 62. Alfas de *Cronbach* das dimensões da ACP e da CIF

Dimensões da CIF	α de <i>Cronbach</i>	Dimensões da ACP	α de <i>Cronbach</i>
<u>Funções neuromusculares e relacionadas com o movimento</u>	0,82	<u>Funções musculoesqueléticas</u>	0,80
Funções da mobilidade das articulações dos membros superiores (b710)		Tónus MS (b735)	
Funções da mobilidade das articulações dos membros inferiores (b710)		Tónus MI (b735)	
Funções da força muscular dos membros superiores (b730)		Força MS (b730)	
Funções da força muscular dos membros inferiores (b730)		Articulações MS (b710)	
Funções do tónus muscular dos membros superiores (b735)		Articulações MS (b710)	
Funções do tónus muscular dos membros inferiores (b735)			
<u>Aprendizagem e aplicação de conhecimentos</u>	0,83	<u>Ler e escrever</u>	0,94
Adquirir competências (d155)		Ler (d166)	
Concentrar a atenção (d160)		Escrever (d170)	
Ler (d166)			
Escrever (d170)			
Resolver problemas (d175)			
<u>Comunicação</u>	0,92	<u>Cognição e comunicação</u>	0,93
Comunicar e receber mensagens orais (d310)		Capacidade de atenção (b140)	
Falar (d330)		Capacidade de comunicar (d310)	
Conversa (d350)		Capacidade de concentração (d160)	
		Produzir mensagens verbais (d330)	
		Conversar (d350)	
		Aquisição de competências (d155)	
		Orientação (b114)	

Tabela 62. Alfas de Cronbach das dimensões da ACP e da CIF (continuação)

Dimensões da CIF	α de Cronbach	Dimensões da ACP	α de Cronbach
Autocuidados	0,94	Atividades da vida diária	0,93
Lavar-se (d510)		Vestir-se (d540)	
Cuidar de partes do corpo (d520)		Processos de excreção (d530)	
Cuidados relacionados com os processos de excreção (d530)		Comer (d550)	
Vestir-se (d540)		Lavar-se (d510)	
Comer (d550)		Beber (560)	
Beber (d560)		Cuidar de partes do corpo (d520)	
		Rotina diária (d230)	
		Força MI (b730)	
Estruturas relacionadas com o movimento	0,81	Estruturas dos membros	0,81
Estrutura do membro superior (s730)		Estrutura MS (s730)	
Estrutura do membro inferior (s750)		Estrutura MI (s750)	

Ao examinarmos a consistência interna dos vários domínios verificou-se que apenas cinco – Funções neuro músculo-esqueléticas e relacionadas com o movimento ($\alpha = 0,82$), Aprendizagem e aplicação de conhecimentos ($\alpha = 0,83$), Comunicação ($\alpha = 0,92$), Autocuidados ($\alpha = 0,94$) e Estruturas relacionadas com o movimento ($\alpha = 0,81$) – podem ser incluídos nas análises seguintes, porque os restantes possuem índices de alfa de Cronbach inferiores a 0,60 e como tal são considerados inadmissíveis (Tabela 63). As Funções de tolerância ao exercício, Funções de defecação e Executar a rotina diária, foram retiradas por serem únicas no domínio a que pertencem e como tal não podem ser agrupadas.

Tabela 63. Estrutura fatorial segundo a CIF e respetivos índices de consistência interna

Domínios da CIF	α de Cronbach
Funções mentais	0,54
Funções de orientação (b114)	
Funções do sono (b134)	
Funções da atenção (b140)	
Funções da memória (b144)	
Funções emocionais (b152)	
Funções cognitivas de nível superior (b164)	
Funções sensoriais e da dor	0,24
Funções da visão (b210)	
Funções auditivas (b230)	
Sensação de dor (b280)	
Funções neuro músculo-esqueléticas e relacionadas com o movimento	0,82
Funções da mobilidade das articulações dos membros superiores (b710)	
Funções da mobilidade das articulações dos membros inferiores (b710)	
Funções da força muscular dos membros superiores (b730)	
Funções da força muscular dos membros inferiores (b730)	
Funções do tônus muscular dos membros superiores (b735)	
Funções do tônus muscular dos membros inferiores (b735)	
Aprendizagem e aplicação de conhecimentos	0,83
Adquirir competências (d155)	
Concentrar a atenção (d160)	
Ler (d166)	
Escrever (d170)	
Resolver problemas (d175)	
Comunicação	0,92
Comunicar e receber mensagens orais (d310)	
Falar (d330)	
Conversação (d350)	

Tabela 63. Estrutura fatorial segundo a CIF e respectivos índices de consistência interna
(continuação)

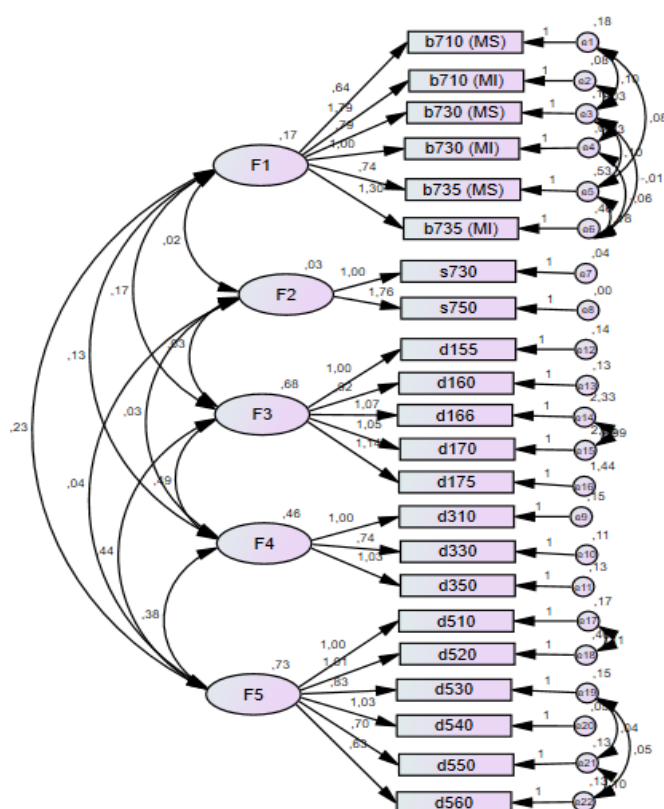
Domínios da CIF	α de Cronbach
Mobilidade	0,30
Mudar a posição básica do corpo (d410)	
Utilização da mão e do braço (d445)	
Andar (d450)	
Deslocar-se por diferentes locais (d460)	
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465)	
Autocuidados	0,94
Lavar-se (d510)	
Cuidar de partes do corpo (d520)	
Cuidados relacionados com os processos de excreção (d530)	
Vestir-se (d540)	
Comer (d550)	
Beber (d560)	
Estruturas relacionadas com o movimento	0,81
Estrutura do membro superior (s730)	
Estrutura do membro inferior (s750)	

Para melhor compreender a estrutura interna das medidas e identificar as dimensões e índices que lhes estão associados, o modelo foi testado através de uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) utilizando-se para o efeito o *software* estatístico *AMOS 21.0* (Arbuckle, 2011). Neste contexto, foram analisados os índices de ajustamento dos modelos recomendados por Hoyle e Panter (1995), nomeadamente o Qui-quadrado, o CFI (*Comparative Fit Index*) e TLI (*Tucker-Lewis Index*). Seguindo, as sugestões de MacCallum e Austin (2000), foi ainda introduzido o índice RMSEA (*Root Mean Squared Error of Approximation*).

Segundo Macmann e Barnett (1994), o Qui-quadrado permite testar o ajustamento entre o modelo e a matriz de covariâncias observada, pelo que quanto menor for o seu valor, melhor é o ajustamento. O CFI diz respeito à proporção de covariância total entre as variáveis observadas que são explicadas no modelo e varia entre zero e um, pelo que um valor superior a 0,90 indica um bom ajustamento. O TLI também conhecido por NNFI (*Non-Normed Fit Index*), também oscila entre zero e um e avalia o ajustamento ao modelo, sendo desejável que os valores sejam superiores a 0,95 (Hu & Bentler, 1995). O RMSEA testa o ajustamento próximo do modelo, sendo os valores inferiores a 0,08 considerados adequados (Hancock & Freeman, 2001). Valores elevados no CFI (próximos de um) e valores reduzidos de RMSEA (próximos de zero) indicam um bom ajustamento ao modelo (Maruyama, 1998).

De acordo com o modelo da Figura 7, os dados obtidos revelaram-se ajustados [$\chi^2= 4,786$, $df = 186$; CFI = 0,95; TLI = 0,94; RMSEA = 0,06].

Figura 7. Representação pictórica do modelo



Nota: F1= Funções neuro músculo-esqueléticas; F2 = Estruturas relacionadas com o movimento; F3 = Aprendizagem e aplicação de conhecimentos; F4= Comunicação; F5 = Autocuidados.

Tendo por base os resultados obtidos considerámos pertinente avaliar a funcionalidade global dos idosos. Deste modo, foi criada uma variável composta constituída pelas seguintes dimensões: Funções neuro músculo-esqueléticas, Aprendizagem e aplicação de conhecimentos, Comunicação, Autocuidados e Estruturas relacionadas com o movimento. Antes de passarmos à fase seguinte, fomos analisar se as dimensões em estudo se encontram distribuídas de acordo com os padrões de normalidade, tendo-se verificado que não ($p < 0,001$), pelo que nas próximas análises serão utilizados testes não paramétricos (Tabela 64).

Tabela 64. Teste de normalidade das dimensões em estudo

	Kolmogorov-Smirnov	Sig.
Funções neuromusculares	0,436	0,000*
Aprendizagem e aplicação de conhecimentos	0,283	0,000*
Comunicação	0,498	0,000*
Autocuidados	0,520	0,000*
Estruturas relacionadas com o movimento	0,538	0,000*
Funcionalidade global	0,459	0,000*

Nota: N = 876; * $p < 0,001$

3.4. Caracterização da funcionalidade e perfil funcional do idoso

Este ponto teve como objetivo caracterizar as dimensões de funcionalidade em função dos fatores pessoais e ambientais dos participantes. Neste âmbito, foram utilizados testes de diferenças de médias tendo em consideração a natureza qualitativa das variáveis. Estes testes além de permitirem analisar os valores médios dos constructos, visam compreender de que forma os mesmos se manifestam em função das variáveis independentes.

3.4.1. Estatísticas descritivas e diferenciais

Começámos por analisar o grau de dificuldade de cada uma das dimensões em estudo, tendo-se verificado que as que se encontram mais comprometidas são as que dizem respeito à Aprendizagem e aplicação de conhecimentos (7,2% dos participantes com dificuldade grave) e às Estruturas relacionadas com o movimento (5,5% dos participantes com dificuldade grave) (Tabela 65).

Tabela 65. Frequências das dimensões de funcionalidade do idoso

Dimensões de funcionalidade	N	%
Funções neuro músculo-esqueléticas		
Sem dificuldade	633	72,3
Dificuldade ligeira	206	23,5
Dificuldade moderada	29	3,3
Dificuldade grave	8	0,9
Dificuldade completa	0	0
Aprendizagem e aplicação de conhecimentos		
Sem dificuldade	405	46,2
Dificuldade ligeira	182	20,8
Dificuldade moderada	216	24,7
Dificuldade grave	63	7,2
Dificuldade completa	10	1,1
Comunicação		
Sem dificuldade	759	86,6
Dificuldade ligeira	78	8,9
Dificuldade moderada	24	2,7
Dificuldade grave	9	1,0
Dificuldade completa	6	0,7
Autocuidados		
Sem dificuldade	799	91,2
Dificuldade ligeira	31	3,5
Dificuldade moderada	16	1,8
Dificuldade grave	20	2,3
Dificuldade completa	10	1,1
Estruturas relacionadas com o movimento		
Sem dificuldade	0	0
Dificuldade ligeira	0	0
Dificuldade moderada	826	94,3
Dificuldade grave	48	5,5
Dificuldade completa	2	0,2

Tabela 65. Frequências das dimensões de funcionalidade do idoso (continuação)

Dimensões de funcionalidade	N	%
Funcionalidade global		
Sem dificuldade	673	76,8
Dificuldade ligeira	172	19,6
Dificuldade moderada	23	2,6
Dificuldade grave	8	0,9
Dificuldade completa	0	0

No sentido de corroborar os resultados anteriores, foram analisados os valores médios de cada dimensão, tendo-se verificado que os mais elevados pertencem às Estruturas relacionadas com o movimento ($M = 3,06$) (Tabela 66).

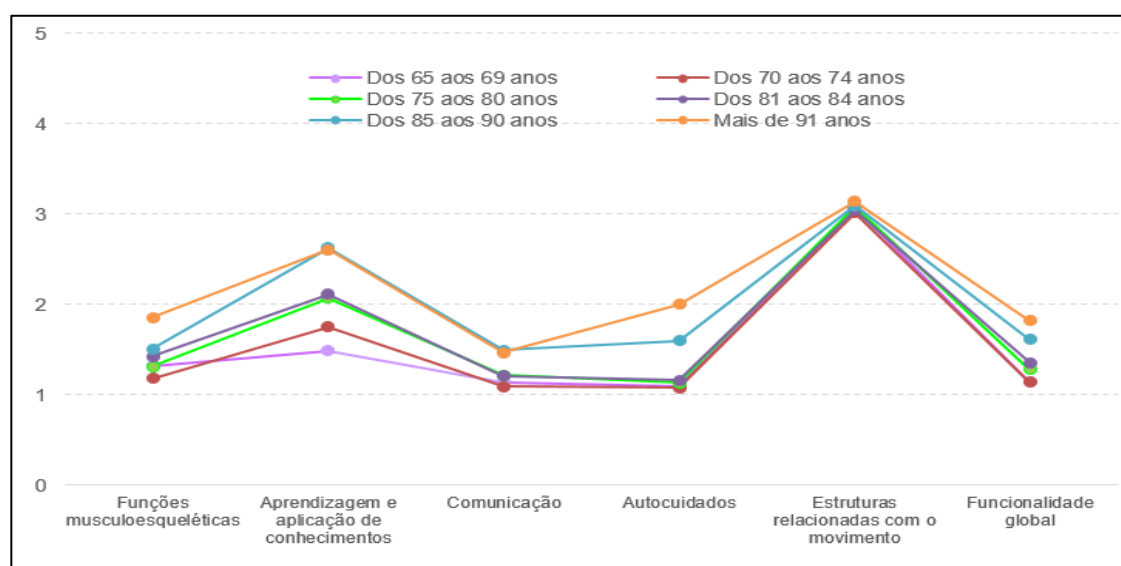
Tabela 66. Valores médios das dimensões de funcionalidade

Dimensões	Média	DP	Mínimo	Máximo
Funções neuro músculo-esqueléticas	1.33	0.585	1	4
Aprendizagem e aplicação de conhecimentos	1.96	1.048	1	5
Comunicação	1.20	0.600	1	5
Autocuidados	1.19	0.680	1	5
Estruturas relacionadas com o movimento	3.06	0.246	3	5
Funcionalidade global	1.28	0.555	1	4

Nota: DP = Desvio-padrão

Com o objetivo de calcular um perfil de funcionalidade para a população em estudo foram calculadas as médias das dimensões consideradas, em função da idade dos participantes. Para facilitar a leitura dos dados as idades foram agrupadas em seis faixas etárias, tendo-se obtido os resultados que se encontram no Gráfico 14.

Gráfico 14. Perfil de funcionalidade em função da idade



Tal como anteriormente referido, procedemos à verificação da existência de diferenças significativas nas dimensões de funcionalidade do idoso em função dos fatores pessoais e ambientais, nomeadamente: sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, doenças mais frequentes, local de residência, recebe cuidados pessoais, recebe cuidados de saúde, a situação financeira satisfaz as necessidades básicas (e.g., alimentação, habitação, saúde), com quem vive e se pratica atividade física.

Os resultados obtidos revelam que as Funções neuro músculo-esqueléticas diferem significativamente no que diz respeito: ao sexo ($Z = - 3,236$, $p = 0,001$), sendo as mulheres que apresentam os valores mais elevados; à idade [$\chi^2_{(2)} = 27,953$, $p < 0,001$], com os participantes mais velhos a apresentarem mais dificuldades; ao nível de escolaridade [$\chi^2_{(3)} = 12,727$, $p = 0,005$]; à existência de doenças na próstata ($Z = - 2,463$, $p = 0,014$), doenças músculo-esqueléticas ($Z = - 2,458$, $p = 0,014$), doenças respiratórias ($Z = - 2,187$, $p = 0,029$), HTA ($Z = - 3,327$, $p = 0,001$) e perturbações depressivas ($Z = - 1,671$, $p = 0,095$). Relativamente aos fatores ambientais verificou-se que as diferenças ocorrem em função do local de residência dos participantes [$\chi^2_{(3)} = 7,363$, $p = 0,061$], do facto de receberem cuidados pessoais ($Z = - 10,912$, $p < 0,001$), de terem uma situação financeira satisfatória [$\chi^2_{(2)} = 9,910$, $p = 0,007$], das pessoas com quem vivem [$\chi^2_{(2)} = 10,508$, $p = 0,005$] e de praticarem a atividade física ($Z = - 4,472$, $p < 0,001$).

Relativamente à Aprendizagem e aplicação de conhecimentos as diferenças ocorrem em função do sexo ($Z = - 4,117$, $p = 0,001$), idade [$\chi^2_{(2)} = 78,695$, $p < 0,001$], estado civil [$\chi^2_{(3)} = 17,178$, $p = 0,001$], nível de escolaridade [$\chi^2_{(3)} = 91,730$, $p < 0,001$], existência de doenças cerebrovasculares ($Z = - 2,755$, $p = 0,006$), doenças do olho ($Z = - 1,728$, $p = 0,084$), HTA ($Z = - 1,793$, $p = 0,073$), perturbações depressivas ($Z = - 2,640$, $p = 0,008$) e outras doenças ($Z = - 2,155$, $p = 0,031$). No que diz respeito aos fatores ambientais verificou-se que a única variável que não apresenta diferenças significativas é a que se relaciona com o fato de receber ou não cuidados de saúde.

No que se refere à capacidade de comunicar e receber mensagens escritas, falar e conversar, pertencentes à dimensão Comunicação, foi possível constatar que as mesmas diferem em função idade [$\chi^2_{(2)} = 32,652$, $p < 0,001$], estado civil [$\chi^2_{(3)} = 16,507$, $p = 0,001$], da existência de doença neurológica ($Z = - 2,049$, $p = 0,040$) e doenças cerebrovasculares ($Z = - 2,170$, $p = 0,030$), do facto de receber cuidados pessoais ($Z = - 10,085$, $p < 0,001$) e de saúde ($Z = - 2,013$, $p = 0,044$), da situação financeira [$\chi^2_{(2)} = 20,132$, $p < 0,001$], das pessoas com quem vive [$\chi^2_{(2)} = 42,761$, $p < 0,001$] e de praticar atividade física ($Z = - 2,023$, $p = 0,043$).

No que à dimensão dos Autocuidados diz respeito, verificou-se que a mesma apresenta diferenças estatisticamente significativas em função da idade [$\chi^2_{(2)} = 70,916, p < 0,001$], do estado civil [$\chi^2_{(3)} = 12,272, p = 0,007$], da existência de doença neurológica ($Z = -10,085, p < 0,001$), doenças cerebrovasculares ($Z = -2,290, p = 0,022$) e doenças respiratórias ($Z = -1,729, p = 0,084$), do facto de receber cuidados de saúde ($Z = -15,697, p < 0,001$), do idoso ter uma situação financeira que lhe permita satisfazer as necessidades básicas de alimentação, habitação e saúde [$\chi^2_{(2)} = 19,788, p < 0,001$], das pessoas com quem vive [$\chi^2_{(2)} = 39,529, p < 0,001$], e de praticar alguma atividade física ($Z = -2,651, p = 0,043$).

Em relação às Estruturas relacionadas como o movimento verificou-se que diferem em função da idade [$\chi^2_{(2)} = 5,196, p = 0,074$], da presença de diabetes ($Z = -2,613, p = 0,009$), doenças isquémicas do coração ($Z = -1,838, p = 0,066$), doenças cerebrovasculares ($Z = -2,429, p = 0,015$), doenças gastrointestinais ($Z = -3,318, p = 0,001$), doenças músculo-esqueléticas ($Z = -1,776, p = 0,076$), HTA ($Z = -2,123, p = 0,034$) e pelo facto de receber ou ter recebido cuidados de saúde nos últimos seis meses ($Z = -2,491, p = 0,013$).

No que à Funcionalidade global diz respeito verificou-se que as principais diferenças ocorrem nas seguintes variáveis pessoais: sexo ($Z = -1,389, p = 0,005$), idade [$\chi^2_{(2)} = 67,853, p < 0,001$], estado civil [$\chi^2_{(3)} = 10,392, p = 0,016$], nível de escolaridade [$\chi^2_{(3)} = 24,497, p < 0,001$], existência de doenças cerebrovasculares ($Z = -2,419, p = 0,015$), doenças respiratórias ($Z = -1,802, p = 0,072$), HTA ($Z = -2,329, p = 0,020$) e outras doenças ($Z = -1,958, p = 0,050$). Relativamente às variáveis ambientais, verificaram-se diferenças significativas em função de receber cuidados pessoais ($Z = -13,571, p < 0,001$), da situação financeira satisfazer as necessidades básicas [$\chi^2_{(2)} = 12,957, p = 0,002$], das pessoas com quem o idoso vive [$\chi^2_{(2)} = 23,995, p < 0,001$] e por praticar atividade física ($Z = -4,208, p < 0,001$).

Perante o exposto, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões de funcionalidade do idoso em função da idade, verificando-se que são os participantes mais velhos que apresentam valores médios mais elevados. Uma vez mais, os valores têm sinal negativo devido à ordem como os dados foram introduzidos no programa estatístico SPSS.

3.5. Identificação dos fatores ambientais e pessoais que se correlacionam com a funcionalidade do idoso

Seguidamente, verificámos a associação entre as dimensões de funcionalidade do idoso e os fatores pessoais e ambientais, tendo-se obtidos os resultados seguintes.

3.5.1. Associação entre variáveis

A análise dos dados permite-nos constatar que a variável idade se correlaciona positivamente com todas as dimensões de funcionalidade do idoso, o que sugere que quanto mais velhos são os participantes, mais graves são as dificuldades [Funções neuro músculo-esqueléticas: $\rho_s = 0,172$, $p < 0,001$; Aprendizagem e aplicação de conhecimentos: $\rho_s = 0,296$, $p < 0,001$; Comunicação: $\rho_s = 0,181$, $p < 0,001$; Autocuidados: $\rho_s = 0,218$, $p < 0,001$; Estruturas do movimento: $\rho_s = 0,013$, $p < 0,001$; Funcionalidade global: $\rho_s = 0,270$, $p < 0,001$], verificando-se que a associação mais forte é a que decorre da relação com a Aprendizagem e aplicação de conhecimentos.

Foi, ainda, possível constatar que a variável que diz respeito aos cuidados pessoais é a que tem maior associação com as Funções neuro músculo-esqueléticas ($\rho_s = 0,369$, $p < 0,001$), a Aprendizagem e aplicação de conhecimentos ($\rho_s = 0,383$, $p < 0,001$), a Comunicação ($\rho_s = 0,341$, $p < 0,001$), os Autocuidados ($\rho_s = 0,531$, $p < 0,001$) e a Funcionalidade global ($\rho_s = 0,459$, $p < 0,001$). Por outro lado, as doenças gastrointestinais são as que apresentam maior correlação com as Estruturas do movimento ($\rho_s = 0,112$, $p < 0,05$).

3.6. Identificação das variáveis que mais influenciam o nível de funcionalidade do idoso

Perante estes resultados considerou-se pertinente verificar quais as variáveis que mais influenciam a funcionalidade dos idosos nas cinco dimensões em estudo. Com este objetivo propõe-se o modelo concetual apresentado na Figura 8, pois através da sua representação gráfica é possível ilustrar, de forma mais clara, a relação entre as variáveis em estudo.

3.6.1. Regressão logística binária

A natureza das variáveis (qualitativas categoriais) e a desigualdade do tamanho da amostra em cada categoria (Tabela 67) forçou alguns ajustamentos. Deste modo, para

uniformizar a dimensão dos grupos foi necessário agrupar categorias, proceder à sua dicotomização e transformação em variáveis *dummy* (0 = Com dificuldade; 1 = Sem dificuldade), tendo-se obtido os resultados apresentados na Tabela 68.

Tabela 67. Frequências das categorias das dimensões de funcionalidade do idoso (valores absolutos)

Dimensão	1 (SD)	2 (DL)	3 (DM)	4 (DG)	5 (DC)
Funções neuro músculo-esqueléticas	633	206	29	8	0
Estruturas relacionadas com o movimento	0	0	826	48	2
Aprendizagem e aplicação de conhecimentos	405	182	216	63	10
Comunicação	759	78	24	9	6
Autocuidados	799	31	16	20	10

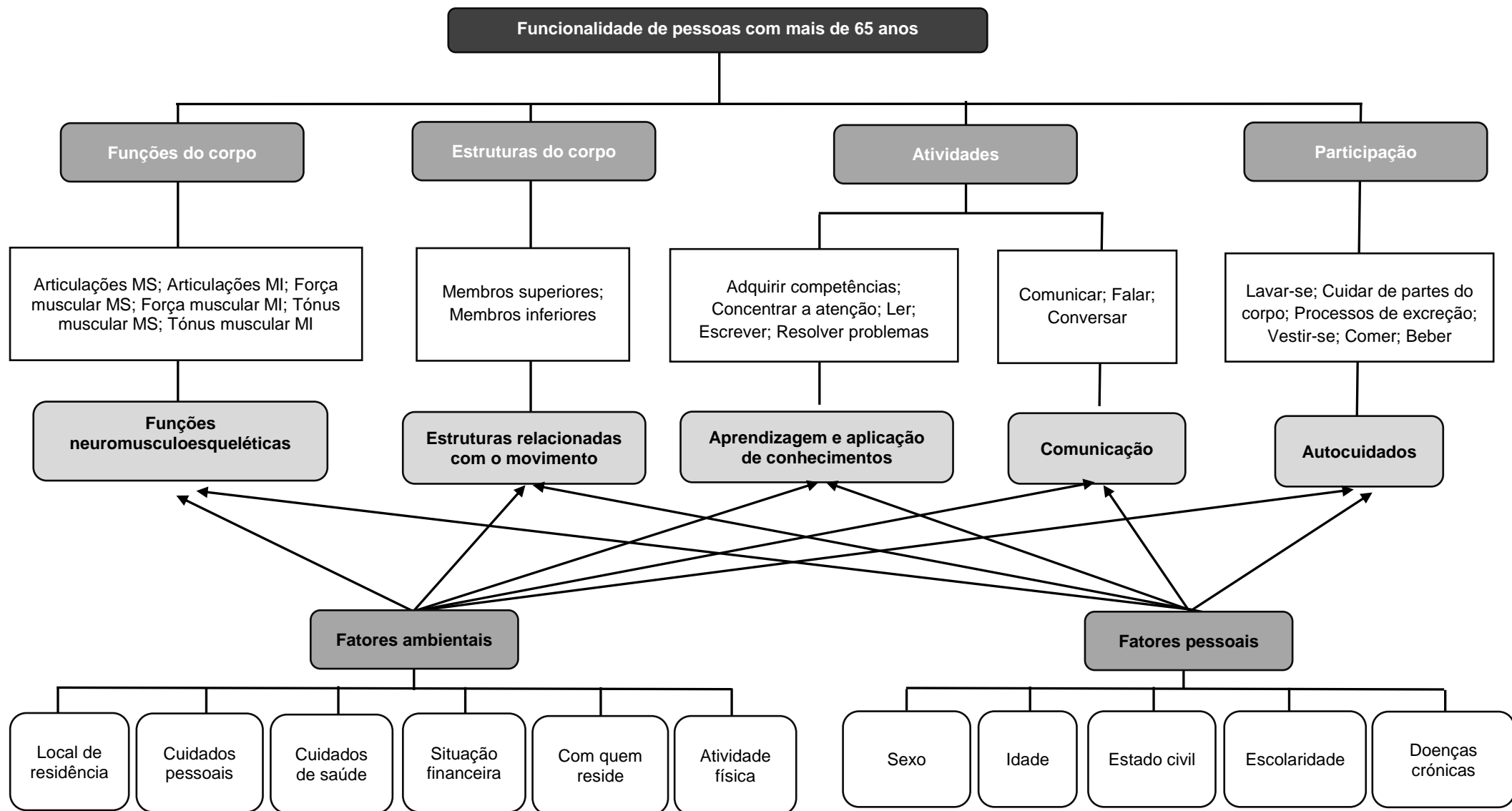
Nota: 1(SD) = Sem dificuldade; 2(DL) = Dificuldade ligeira; 3(DM) = Dificuldade moderada; 4(DG) = Dificuldade grave; 5(DC) = Dificuldade completa

As estruturas relacionadas com o movimento não entraram na análise por não existirem casos sem dificuldade nessa dimensão.

Tabela 68. Frequências das dimensões de funcionalidade do idoso (variáveis *dummy*)

Dimensão	Com dificuldade	Sem dificuldade
Funções neuro músculo-esqueléticas	243 (27,7%)	633 (72,3%)
Estruturas relacionadas com o movimento	876 (100%)	0 (0%)
Aprendizagem e aplicação de conhecimentos	471 (53,8%)	405 (46,2%)
Comunicação	117 (13,4%)	749 (86,6%)
Autocuidados	77 (8,8%)	799 (91,2%)

Figura 8. Modelo conceitual da funcionalidade de pessoas com mais de 65 anos



Para identificar os fatores ambientais e pessoais que mais afetam a funcionalidade do idoso foi realizado um modelo de RLB, pois a variável dependente passou a ser qualitativa dicotômica.

Ao analisarmos o modelo com os fatores pessoais e ambientais, foi possível concluir que o mesmo é estatisticamente significativo para prever a funcionalidade dos idosos no que diz respeito às Funções neuro músculo-esqueléticas. Foi, ainda, possível constatar que os valores estimados estão próximos dos valores observados, o que nos leva a concluir que o modelo se ajusta aos dados.

A análise dos dados revelou que o facto de a pessoa receber cuidados pessoais, é a variável que mais contribui para a funcionalidade do idoso no que diz respeito às Funções neuro músculo-esqueléticas (Tabela 69).

Tabela 69. Fatores pessoais e ambientais explicativos das Funções neuro músculo-esqueléticas

Variáveis predictoras	Funções neuro músculo-esqueléticas (<i>Odds ratio</i>)
Sexo	0,773*
Idade	1,589**
Estado civil	1,234
Nível de escolaridade	1,101
Diabetes	0,963
Dislipidémia	1,614*
Doenças isquémicas do coração	0,766
Doença neurológica	0,959
Doença oncológica	0,627
Doença renal	0,840
Doenças cerebrovasculares	0,771
Doenças da próstata	0,134*
Doenças da tiroide	0,703
Doenças do olho	0,371*
Doenças gastrointestinais	1,375
Doenças músculo-esqueléticas	1,478**
Doenças respiratórias	1,927*
HTA	0,568**
Perturbações depressivas	1,308
Outras doenças	1,020
Local de residência	0,820**
Recebe cuidados pessoais	5,434***
Recebe cuidados de saúde	0,964
Situação financeira satisfatória	0,759*
Com quem vive	0,827
Pratica atividade física	0,302***
Constante	111,257***

$$\chi^2_{(26)} = 172,280$$

$$R^2_{CS} = 0.179; R^2_N = 0.258$$

* $p < 0.10$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.001$

O facto de a pessoa receber cuidados pessoais é também a variável que mais contribui para a funcionalidade do idoso no que se refere à Aprendizagem e aplicação de conhecimentos (Tabela 70). Os resultados revelaram, ainda, que o modelo é estatisticamente significativo e ajustado.

Tabela 70. Fatores pessoais e ambientais explicativos da Aprendizagem e aplicação de conhecimentos

Variáveis predictoras	Aprendizagem e aplicação de conhecimentos (<i>Odds ratio</i>)
Sexo	0,476***
Idade	1,616**
Estado civil	1,373**
Nível de escolaridade	1,875***
Diabetes	0,783
Dislipidemia	1,195
Doenças isquêmicas do coração	0,877
Doença neurológica	0,690
Doença oncológica	0,274**
Doença renal	0,870
Doenças cerebrovasculares	1,612
Doenças da próstata	0,778
Doenças da tireoide	2,025
Doenças do olho	3,636**
Doenças gastrointestinais	1,329
Doenças músculo-esqueléticas	0,941
Doenças respiratórias	0,722
HTA	1,013
Perturbações depressivas	1,427*
Outras doenças	0,524
Local de residência	0,874
Recebe cuidados pessoais	4,566***
Recebe cuidados de saúde	1,061
Situação financeira satisfatória	0,898
Com quem vive	0,792
Pratica atividade física	0,574**
Constante	0,431

$$\chi^2_{(26)} = 238,904$$

$$R^2_{CS} = 0,239; R^2_N = 0,319$$

* $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

A Tabela 71 demonstra que, uma vez mais, é o receber cuidados pessoais que melhor predizem a funcionalidade do idoso na dimensão Comunicação.

Tabela 71. Fatores pessoais e ambientais explicativos da dimensão Comunicação

Variáveis predictoras	Comunicação (Odds ratio)
Sexo	0,663**
Idade	0,899
Estado civil	1,132
Nível de escolaridade	1,103
Diabetes	0,880
Dislipidémia	1,468
Doenças isquémicas do coração	0,953
Doença neurológica	2,435*
Doença oncológica	0,456
Doença renal	1,419
Doenças cerebrovasculares	1,279
Doenças da próstata	1,695
Doenças da tiroide	0,850
Doenças do olho	0,884
Doenças gastrointestinais	0,787
Doenças músculo-esqueléticas	1,272
Doenças respiratórias	1,006
HTA	0,995
Perturbações depressivas	0,654
Outras doenças	0,531
Local de residência	0,933
Recebe cuidados pessoais	5,263***
Recebe cuidados de saúde	1,387
Situação financeira satisfatória	0,731
Com quem vive	0,754
Pratica atividade física	0,587
Constante	12,968

$$\chi^2_{(26)} = 109,163$$

$$R^2_{cs} = 0,117; R^2_{N} = 0,215$$

* $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Os dados obtidos para os Autocuidados (Tabela 72) são semelhantes aos encontrados para as restantes dimensões, o que sugere que o facto de receber cuidados pessoais é a variável que melhor prediz a funcionalidade do idoso em todas as dimensões analisadas.

Tabela 72. Fatores pessoais e ambientais explicativos dos Autocuidados

Variáveis predictoras	Autocuidados (<i>Odds ratio</i>)
Sexo	0,445**
Idade	1,022
Estado civil	1,059
Nível de escolaridade	0,672**
Diabetes	0,514
Dislipidemia	2,911**
Doenças isquémicas do coração	0,377*
Doença neurológica	7,104**
Doença oncológica	0,576
Doença renal	0,251
Doenças cerebrovasculares	1,267
Doenças da próstata	0,296
Doenças da tiroide	0,389
Doenças do olho	0,113*
Doenças gastrointestinais	1,759
Doenças músculo-esqueléticas	1,250
Doenças respiratórias	3,643**
HTA	0,708
Perturbações depressivas	1,081
Outras doenças	0,000
Local de residência	1,263
Recebe cuidados pessoais	55,167***
Recebe cuidados de saúde	0,716
Situação financeira satisfatória	0,694
Com quem vive	0,495
Pratica atividade física	0,220**
Constante	1,474

$$\chi^2_{(26)} = 243,952$$

$$R^2_{cs} = 0,243; R^2_N = 0,542$$

* $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Observando a Tabela 73, verificou-se que a idade é a variável pessoal que mais contribui para a Funcionalidade global do idoso. Importa referir que apesar da variável Doenças respiratórias apresentar um valor *Odds ratio* mais elevado, apresenta um *p-value* muito próximo dos 10%, motivo pelo qual não foi considerada a variável mais explicativa. No que se refere às variáveis ambientais, é o receber cuidados pessoais que mais predizem a Funcionalidade global do idoso. Constatou-se, ainda, que além de ajustado, o modelo apresenta uma boa capacidade preditiva pois explica 93,2% dos resultados obtidos.

Tabela 73. Fatores pessoais e ambientais explicativos da Funcionalidade global

Variáveis predictoras	Funcionalidade global (Odds ratio)
Sexo	0,552***
Idade	1,720**
Estado civil	1,353*
Nível de escolaridade	1,354**
Diabetes	0,961
Dislipidemia	1,450
Doenças isquêmicas do coração	0,894
Doença neurológica	1,440
Doença oncológica	0,335**
Doença renal	0,417
Doenças cerebrovasculares	1,142
Doenças da próstata	0,576
Doenças da tireoide	0,780
Doenças do olho	0,326
Doenças gastrointestinais	1,556
Doenças músculo-esqueléticas	1,122
Doenças respiratórias	1,936*
HTA	0,703*
Perturbações depressivas	0,618*
Outras doenças	0,281
Local de residência	0,909
Recebe cuidados pessoais	8,490***
Recebe cuidados de saúde	0,996
Situação financeira satisfatória	0,938
Com quem vive	0,740
Pratica atividade física	0,287**
Constante	173,427**

$$\chi^2_{(26)} = 229,873$$

$$R^2_{CS} = 0,231; R^2_{N} = 0,542$$

* $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Estudo B. Caracterização da funcionalidade da população adulta com doença crónica

Os estudos que evidenciam o peso das doenças crónicas demonstram que a prestação de cuidados de saúde sustentável e o desenho das políticas de saúde, devem valorizar a centralidade da pessoa/cidadão no sistema de saúde. Para o efeito o local de eleição para a prestação de cuidados de saúde deixa de ser o hospital e passa a ser o domicílio das pessoas (Strauss, 1988). Este é um grande desafio com impacto a vários níveis, pois provoca uma maior pressão sobre as políticas de saúde. Outros dos desafios na definição de políticas de saúde e modelos de gestão economicamente sustentáveis passa pela melhoria os resultados em saúde (Porter, 2009).

Para as pessoas com doenças crónicas, a OMS defende o desenvolvimento de modelos de gestão contínua, durante um período de anos ou décadas, pois este tipo de doenças além de ser de longa duração, geralmente, é de progressão lenta. Porém, é importante compreender de que forma estes programas de gestão fazem a diferença em termos de resultados de saúde, pois só assim é possível justificar os investimentos feitos em políticas de saúde centradas no doente, mantendo-o no seu domicilio. Diversos autores defendem que a implementação do registo sistemático da funcionalidade do adulto permite, ao longo do tempo, medir a evolução da funcionalidade. Segundo Parrish (2010) este indicador de saúde contribui para uma alocação de recursos mais adequada e racional, a monitorização de resultados das intervenções de saúde e sociais, assim como para uma melhoria da equidade na atribuição de benefícios fiscais e prestações sociais.

Através do Projeto de Resolução n.º 407/XII/1.^a, em 2012, foi recomendada a criação do estatuto do doente crónico e da tabela nacional de incapacidade e funcionalidade da saúde tendo por referência a CIF. No âmbito desta recomendação foram desenvolvidas várias ações metodológicas pré-definidas que permitiram desenhar o instrumento de registo que caracterize a funcionalidade da população adulta em idade ativa com doença crónica.

Durante a realização do Estudo A: caracterização da funcionalidade dos idosos, foi possível constatar que as funções do corpo englobavam uma grande variedade de patologias e que os profissionais de saúde se encontravam pouco familiarizados com os fatores ambientais, motivo pelo qual estas duas dimensões não foram contempladas neste estudo (Pereira, 2008). Assim, será apenas considerada a dimensão da atividade e participação como a representativa do conceito de funcionalidade.

De acordo com a CIF, o conceito de Atividade diz respeito à execução de uma tarefa ou ação realizada por um indivíduo; e a Participação está relacionada com o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real. Neste estudo, assume-se igualmente que as Limitações são dificuldades que um indivíduo pode encontrar ao executar as atividades e as Restrições são problemas que podem ocorrer quando o indivíduo participa e se envolve nas suas situações da vida. Em inúmeras circunstâncias, estas Limitações e Restrições derivam das alterações de uma função ou estrutura do corpo (e.g., doença crónica) e comprometem o desempenho das atividades de vida diária.

Segundo a CIF, a componente Atividades e Participação apresenta uma lista única de ações que englobam a totalidade das áreas vitais, que vão desde a aprendizagem básica até áreas mais complexas que incluem as interações interpessoais ou laborais. Nesta investigação, a lista de Atividades e Participação foi classificada de acordo com o qualificador de desempenho, que representa aquilo que o indivíduo faz no ambiente em que se encontra inserido e o seu envolvimento e/ou experiência numa situação de vida no seu contexto habitual.

A construção e validação de uma TNF para as doenças crónicas, permite a longo prazo: (1) delinear políticas de saúde, sociais e de emprego de acordo com a funcionalidade da pessoa; (2) dotar os profissionais de saúde e sociais de um instrumento de recolha de informação que complemente os registos de doença e incapacidade de acordo com a CIF; (3) medir os ganhos de funcionalidade obtidos após a intervenção terapêutica relacionados com a qualidade de vida, integração social e vida ativa; (4) e planear as intervenções comunitárias de acordo com o nível de funcionalidade dos grupos populacionais, com uma efetiva previsão de custos e de avaliação do desempenho dos serviços.

Para caracterizar a funcionalidade dos adultos com doenças crónicas não transmissíveis, de acordo com a CIF, identificaram-se os seguintes objetivos específicos: (1) identificar as atividades e participação mais limitadas na população adulta com doença crónica; (2) desenhar e validar num instrumentos que caracterize a funcionalidade nos adultos com doenças crónicas; (3) analisar as propriedades psicométricas do instrumento para a caracterização da funcionalidade dos adultos com doenças crónicas; (4) caracterizar a funcionalidade e perfil funcional dos adultos com doenças crónica; (5) identificar os fatores ambientais e pessoais que se correlacionam com a funcionalidade dos adultos com doenças crónicas; (6) e identificar as variáveis que mais influenciam o nível de funcionalidade dos adultos com doenças crónicas.

Os resultados esperados com a adoção da TNF são a produção de informação que permita suportar as decisões políticas e garantir o princípio da universalidade, equidade e qualidade dos serviços de saúde.

1. Desenho e procedimentos do estudo

Para este estudo recorreu-se a uma metodologia mista (métodos quantitativos e qualitativos), composta pelos procedimentos que a seguir se apresentam.

1.1. Revisão sistemática da literatura

O desenho do instrumento de recolha de dados denominado TNF para as doenças crónicas teve início com a revisão sistemática da literatura, cujo principal objetivo foi identificar as atividades e áreas de participação mais limitadas na população adulta com doença crónica (1º objetivo específico), tomando como evidência os diversos *Comprehensive ICF Core Set* (a RSL decorreu entre agosto e setembro de 2010) (Anexo 11).

Para desenhar e validar um instrumento que caracterize a funcionalidade nos adultos com doenças crónicas (2º objetivo específico), procedeu-se à realização de um grupo de discussão e um painel de *Delphi*.

1.2. Grupo de discussão (*focus group*)

Para o grupo focal foram convidados nove peritos que reuniam os critérios de inclusão sugeridos pela literatura: (1) experiência profissional no setor da saúde; (2) experiência profissional com população portadora de doença crónica; (3) conhecimento e manuseio de classificações da OMS; (4) conhecimento da CIF; (5) e experiência de participação em grupos de reflexão.

Deste modo, começou por se desenhar e adaptar ao contexto nacional a lista de atividades e participação identificadas. Este processo ocorreu entre setembro e dezembro de 2010.

Posteriormente (de junho a dezembro de 2011), foi redigido o manual para aplicação da TNF para a população adulta com doença crónica.

1.3. Painel *Delphi*

A validação da consistência Interna da TNF foi realizada através de um painel *Delphi* (Anexo 12), para o qual foram selecionados 13 médicos peritos em sistemas de verificação de incapacidade em nove distritos do território Português (Aveiro, Castelo Branco, Évora, Lisboa, Porto, Setúbal e Vila Real, Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira), garantindo assim a representatividade nacional.

Os critérios de caracterização dos peritos que participaram na validação da consistência interna da foram: (1) conhecimento acerca da aplicação da CIF; (2) habilitações académicas; (3) tempo de experiência na atribuição de certificados de incapacidade; (4) atividade de docência e/ou investigação nas áreas da deficiência e incapacidade (Tabela 74). O painel *Delphi*, decorreu durante o mês de maio de 2012.

Tabela 74. Caracterização do painel de peritos

Crítérios		n
Conhecimento acerca da aplicação da CIF	1 a 5 anos	7
	5 a 10 anos	5
	Mais de 10 anos	1
Habilitações académicas	Licenciatura	10
	Mestrado	1
	Doutoramento	0
	Outro	2
Tempo de experiência na atribuição de certificados de incapacidade superior a 10 ano	6 a 10 anos	3
	11 a 15 anos	1
	Mais de 16 anos	9
Atividade de docência e/ou investigação nas áreas da deficiência e incapacidade	6 a 10 anos	12
	11 a 15 anos	0
	Mais de 16 anos	1

1.4. Análise das propriedades psicométricas da TNF

Concluído o processo de validação de conteúdo a partir do qual resultou a lista final de atividades e participação a incluir na TNF e o respetivo manual de aplicação, iniciou-se o processo de validação de construção, testada no pré-teste nacional, segundo uma metodologia exploratória.

Os dados para a aferição das propriedades psicométricas da TNF (3º objetivo específico) com pré-teste a nível nacional, foram recolhidos em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com doentes sem certificado de incapacidade atribuído [sem Certificado de Incapacidade Temporária CIT)] e doentes com certificado de incapacidade atribuído (com CIT). A validação de construção (teórica) realizou-se através da metodologia exploratória transversal, com a aplicação do questionário TNF em sete ACES de Portugal Continental, três associações de doentes, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil e Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto (de julho de 2012 a maio de 2013).

Antes da recolha de dados foram realizados os seguintes procedimentos: (1) solicitar a cada ACES a nomeação aleatória de um elemento de ligação, responsável pela recolha e envio dos dados para o coordenador do projeto; (2) construção de um formulário eletrónico, que ficou alojado no *website* da DGS (Anexo 13); (3) distribuição do manual de utilização e guião de aplicação da tabela a todos os colaboradores que utilizam a plataforma; (4) formação sobre o instrumento em teste (Anexo 14) e distribuição do manual de aplicação da TNF a todos os colaboradores; (5) atribuição de uma chave confidencial e individual para aceder à plataforma, a todos os profissionais de saúde que colaboraram na recolha de dados; (6) aplicação da tabela durante o estudo exploratório (pré-teste nacional), em entrevista, dirigida por um profissional de saúde e registada em plataforma digital construída para o efeito e alojada no *website* da DGS; (7) entrevista aos doentes, realizada por profissionais de saúde que pelo seu código de conduta profissional garantem o princípio do sigilo. O tempo médio de entrevista foi de 20 minutos; (8) e leitura e assinatura da declaração de consentimento informado escrita (Anexo 3), na qual estava apresentado sumariamente o protocolo do projeto, as condições de recolha de dados, a garantia da inexistência de mecanismo de coação, a liberdade de desistir do estudo ou de remover a informação recolhida à qual está associada e a garantia de anonimato.

1.5. Análise das estatísticas descritivas e diferenciais

Para caracterizar a funcionalidade e perfil funcional (4º objetivo específico) procedeu-se, à análise das estatísticas descritivas e diferenciais, no sentido de analisar os valores médios das variáveis em estudo e perceber como esses valores se manifestam em função das variáveis independentes consideradas.

1.6. Associação entre variáveis

Para identificar os fatores ambientais e pessoais que se correlacionam com a funcionalidade (5º objetivo específico) procedeu-se à avaliação do grau de associação entre as variáveis em estudo, o que permitiu analisar não só a intensidade, mas também a direção dessa associação.

1.7. Análises de regressão – Regressão ordinal

Por último, recorreu-se a uma análise de regressão – Regressão ordinal – para averiguar quais as variáveis que mais influenciam a funcionalidade das pessoas com doenças crónicas (6º objetivo específico).

2. População e amostra

A população deste estudo é constituída por adultos com doença crónica e idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos. Importa referir que foram excluídos os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, por fazerem parte da população alvo do Estudo B; e a população com idade inferior a 18 anos, porque o desempenho funcional previsto para crianças e jovens difere do dos adultos.

As amostras foram selecionadas consoante a fase da investigação e o método utilizado na mesma: (1) revisão sistemática da literatura: 17 artigos; (2) grupo de discussão (*focus group*): dez peritos; (3) painel *Delphi*: 16 peritos; (3) aplicação do questionário: 308 pessoas com pelo menos uma doença crónica (Tabela 75).

Tabela 75. Amostras definidas para os diferentes objetivos específicos e critérios de inclusão e exclusão

Método de recolha de informação	Critério de exclusão da amostra	Crítérios de inclusão na amostra	Amostra
Revisão sistemática da literatura	Artigos com metodologia pouco clara, repetidos nas duas bases de dados, com data anterior ao ano 2001 e todos os que não se relacionam com o objeto de estudo.	Artigos científicos publicados em texto integral, nas bases e dados da EBSCO, entre 2000 e 2011; artigos que descrevem as categorias ou códigos de 1º e 2º nível da CIF, utilizados para caracterizar a funcionalidade da população com doença crónica.	17 artigos
Grupo de discussão	Profissionais de saúde com menos de 10 anos de experiência na área da doença crónica e da CIF	Profissionais com experiência de investigação em população com doença crónica; conhecimento da CIF; experiência profissional na área da gestão ou direção de serviços; experiência na atividade de docência; publicação ou apresentação de trabalhos nas áreas da doença crónica ou CIF.	10 peritos
Painel Delphi	Profissionais de saúde com experiência inferior a sete anos na atribuição de certificados de incapacidade.	Profissionais de saúde com mais de sete anos de experiência em “Sistema de Verificação de Incapacidade” identificados pelo Instituto de Segurança Social, IP em todo o país; conhecimento da tabela nacional de incapacidade	16 peritos
Questionário	Homens e mulheres com menos de 18 e mais de 65 anos, em 31 de Janeiro de 2011; sem registo nos sistemas de saúde; e sem doença crónica declarada.	Homens e mulheres com mais 18 anos e menos de 65 anos, em 31 de Janeiro de 2011 (inclusive); registados nas bases de dados dos sistemas nacionais de saúde e nas associações de doentes, com pelo menos uma doença crónica	309 pessoas

Para o pré-teste nacional a amostra foi aleatória, estratificada e por conglomerados. Os critérios de estratificação da amostra foram a existência de uma distribuição proporcional da população geral pelas regiões de saúde, por sexo e grupo etário (18 a 34 anos; 35 a 49; 50 a 64 anos). Para um nível de confiança de 95% e uma precisão absoluta de 1%, o tamanho da amostra inicialmente preconizado foi de 1.200 pessoas, o que permitiria um intervalo de confiança inferior a um ponto ou um erro inferior a 0,5 pontos, para um valor médio, numa escala a variar entre 0 e 100 pontos. Todavia, apenas responderam 308 indivíduos, o que confere uma precisão do intervalo de confiança de 95% inferior a dois pontos ou um erro inferior a um ponto, ou seja, apenas se conseguiu cerca de metade da precisão inicialmente desejada.

As dimensões de estratificação da amostra por patologia crónica incluíram: o diagnóstico confirmado das 15 patologias crónicas, as mais prevalentes e as mais incapacitantes (AVC, artrite reumatoide, cancro da mama, depressão, diabetes *mellitus*, doença cardíaca isquémica crónica, doença oncológica, doença pulmonar obstrutiva crónica, dor generalizada crónica, espondilite anquilosante, lombalgia, obesidade, osteoartrose, osteoporose, paralisia cerebral); sexo; idade; possuir um CIT prorrogado no último ano; sem nenhum CIT no último ano; estar registado(a) num dos dez ACES aleatorizados/estratificados. Para robustecer o espectro de aplicação da tabela incluíram-se, ainda, doentes com patologia crónica mais incapacitante, tendo-se, para o efeito, recorrido às seguintes organizações: Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatoide, Associação Nacional de Espondilite Anquilosante, Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa e Instituto Gama Pinto. Assim foram incluídas as 11 doenças mais frequentes e as quatro mais incapacitantes.

O cálculo da amostra teve os seguintes pressupostos estatísticos: de acordo com a informação existente e assumindo que a escala a usar varia entre 0 e 100 pontos/unidades, considera-se que, em teoria Gaussiana, 99,99% destas pontuações se estendem ao longo de seis desvios-padrão. Considerando as classes definidas, a partir daquelas pontuações são esperadas algumas assimetrias (o que aponta para maior dispersão das pontuações). Deste modo, estima-se que o desvio-padrão da pontuação seja, no mínimo, 16,7 unidades, permitindo a assunção de 20 unidades para alojar alguma assimetria.

Sabendo que a missão dos ACES é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma área geográfica determinada, definiram-se critérios de estratificação/aleatorização de dez ACES com o objetivo de ter uma representação nacional da amostra onde se irá testar a TNF para as 12 doenças crónicas mais

prevalentes. Para o efeito, realizou-se uma aleatorização de duas ACES por ARS (Administração Regional de Saúde), uma para a região litoral, outra para a região interior de cada ARS.

2.1. Caracterização da amostra

Participaram no pré-teste 308 sujeitos de todo o país, com idades compreendidas entre os 24 e os 65 anos ($M = 52,66$; $DP = 8,95$) (Tabela 76), sendo a maioria do sexo feminino (62,3%).

Tabela 76. Caracterização sociodemográfica dos participantes

	N	%
Género		
Masculino	116	37,7
Feminino	192	62,3
Escalão etário ($M = 52,66$; $DP = 8,95$)		
Menos de 52 anos	129	41,9
53 anos ou mais	179	58,1
Local da consulta (ARS)		
Algarve	73	23,7
Alentejo	105	34,1
Centro	12	3,9
Área Metropolitana de Lisboa	118	38,3
Certificado de incapacidade		
Não tem certificado de incapacidade	158	51,3
Certificado de incapacidade temporária	8	2,6
Certificado de incapacidade permanente	97	31,5
Certificado de incapacidade prorrogado	45	14,6
Doença crónica		
Diabetes <i>mellitus</i>	38	12,3
Doença pulmonar obstrutiva	4	1,3
Osteoporose	10	3,2
Artrite reumatoide	41	13,3
Espondilite anquilosante	20	6,5
Paralisia cerebral	28	9,1
Outras doenças oncológicas	16	5,2
Osteoartrose	22	7,1
Obesidade	21	6,8
Lombalgia	30	9,7
Depressão	32	10,4
Dor crónica generalizada	9	2,9
Cancro da mama	17	5,5
Acidente vascular cerebral	10	3,2
Doença cardíaca isquémica crónica	10	3,2

Nota: N = número de inquiridos; % = percentagem

Para facilitar a leitura dos dados, as zonas do país foram agrupadas de acordo com a NUTS de nível III (Decreto-Lei n.º 244/2002, de 5 de novembro), tendo-se constatado que a maior parte dos sujeitos pertence à Área Metropolitana de Lisboa (38,3%).

Relativamente ao certificado de incapacidade, verificou-se que 2,6% das pessoas o possuem temporariamente, 31,5% a título permanente e 14,6% dos participantes têm um certificado de incapacidade prorrogado. No que às doenças crónicas diz respeito,

foi possível apurar que a Artrite reumatoide é a que apresenta valores mais elevados (13,3%), seguindo-se a Diabetes *mellitus* (12,3%) e a Depressão (10,4%).

Com base nestes resultados, averiguou-se a distribuição das doenças crónicas em função da idade. Com o objetivo de facilitar o tratamento estatístico e a leitura dos dados, as idades dos inquiridos foram recodificadas em dois grupos: menos de 52 anos e 53 anos ou mais. Para a sua dicotomização foi considerado o valor médio ($M = 52,66$).

Tabela 77. Distribuição das doenças crónicas em função da idade

	Menos de 52 anos	53 anos ou mais	Total
Diabetes <i>mellitus</i>	10	28	38
Doença pulmonar obstrutiva	1	3	4
Osteoporose	2	8	10
Artrite reumatóide	10	31	41
Espondilite anquilosante	9	11	20
Paralisia cerebral	19	9	28
Outras doenças oncológicas	12	4	16
Osteoartrose	2	20	22
Obesidade	8	13	21
Lombalgia	18	12	30
Depressão	23	9	32
Dor crónica generalizada	5	4	9
Cancro da mama	4	13	17
Acidente vascular cerebral	3	7	10
Doença cardíaca isquémica crónica	3	7	10
Total	129	179	308

Observando a Tabela 77 verifica-se que as doenças crónicas mais prevalentes no grupo que inclui os sujeitos mais novos (menos de 52 anos) são a Depressão, a Paralisia cerebral e a Lombalgia. Ao passo que nos indivíduos mais velhos (53 anos ou mais) as doenças crónicas predominantes são a Artrite reumatóide, a Diabetes *mellitus* e a Osteoartrose.

3. Apresentação dos resultados

O objetivo Geral – Construir um instrumento para a caracterização da funcionalidade dos adultos com doenças crónicas – foi operacionalizado através da construção e validação da TNF. O foco foi o componente Atividades e Participação, por ser o que reúne os domínios da funcionalidade, tanto na perspetiva individual como na perspetiva social.

3.1. Construção da TNF

3.1.1. Revisão sistemática da literatura

Para identificar as atividades e áreas de participação mais limitadas na população adulta com doença crónica realizou-se uma revisão da literatura, segundo os critérios metodológicos já referidos, nomeadamente os *Comprehensive ICF Core Set* publicados, internacionalmente: (1) *Comprehensive ICF Core Set for Breast Cancer*; (2) *Comprehensive ICF Core Set for Chronic Ischemic Heart Disease*; (3) *Comprehensive ICF Core Set for Chronic Widespread Pain*; (4) *Comprehensive ICF Core Set for Depression*; (5) *Comprehensive ICF Core Set for Diabetes Mellitus*; (6) *Comprehensive ICF Core Set for Low Back Pain*; (7) *Comprehensive ICF Core Set for Obesity*; (8) *Comprehensive ICF Core Set for Obstructive Pulmonary Diseases*; (9) *Comprehensive ICF Core Set for Osteoarthritis*; (10) *Comprehensive ICF Core Set for Osteoporosis*; (11) *Comprehensive ICF Core Set for Rheumatoid Arthritis*; (12) *Comprehensive ICF Core Set for Stroke*; (13) e *ICF Checklist* (Anexo 9).

3.2. Validação da TNF

3.2.1. Painel *Delphi*

Com o objetivo de validar a consistência interna da TNF recorreu-se a um painel *Delphi*, uma metodologia frequentemente utilizada para a obtenção de consensos. Neste âmbito, foram realizadas duas rondas (Bosma et al., 2010). Na primeira ronda utilizaram-se questões com resposta “fechada” com recurso a uma escala de concordância do tipo *Likert* de cinco pontos. As questões foram: (1) Da lista de atividades e participação que se segue, qual o grau de concordância quanto à sua pertinência, para classificar a funcionalidade das pessoas adultas com doença crónica?; (2) Concorda com as perguntas "tipo", escritas no manual, para cada uma das atividades participação identificadas, para classificar a funcionalidade das pessoas adultas com doença crónica?; (3) Concorda com o exemplo de tradução semântica dos qualificadores apresentados no manual, para cada uma das atividades e participação identificadas para classificar a funcionalidade das pessoas com doença crónica?

Os resultados desta fase indicaram que com uma linha de corte no grau de concordância superior a 50%, não foi excluído nenhum dos itens da primeira para a segunda ronda, que foi realizada 15 dias depois.

Quando interrogados com as mesmas questões, e após um período de reflexão de 15 dias, seguindo o mesmo nível de corte (concordância superior a 50%) verifica-se que a

Atividade e participação “*educação de nível superior*” obteve um grau de concordância inferior a 50%, sendo por isso excluída no procedimento de validação subsequente. Relativamente às restantes Atividades e participação apenas: “*conduzir*”, “*ajudar os outros*”, “*relacionamentos sociais informais*” e “*formação profissional*” obtiveram níveis de concordância inferiores a 70%, contudo optou-se por mantê-las nos restantes processos de validação. Relativamente à percentagem de concordância com a pergunta “tipo” proposta” e “tradução semântica dos qualificadores” por Atividade e participação o valor mais baixo obtido foi 53% na tradução semântica de qualificador para o item “*formação profissional*”, seguido de 60% nas questões desenhadas para o item “*formação profissional*” e “*educação de nível superior*” e tradução semântica do qualificador para o item “*ajudar os outros*”.

3.2.2. Grupo de discussão (*focus group*)

Para otimizar a análise da informação disponível foram analisadas as frequências dos códigos da CIF de segundo e terceiro nível, na dimensão Atividades e Participação, tendo sido identificados 71 itens que serviram de base de trabalho para o grupo focal (Tabela 78).

Tabela 78. Dimensões do modelo teórico descritas na CIF

Dimensões teóricas descritas na CIF	Códigos CIF
d1 - Aprendizagem e aplicação dos conhecimentos	d166 Ler d175 Resolver problemas
d2 - Tarefas e exigências gerais	d220 Realizar múltiplas tarefas d230 Realizar a rotina diária d240 Lidar com o stress e outras exigências psicológicas
d3 - Comunicação	d330 Falar d345 Escrever Mensagens d350 Conversação d360 Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação
d4 - Mobilidade	d410 Mudar a posição básica do corpo d415 Manter a posição do corpo d430 Levantar e transportar objetos d440 Motricidade fina d445 Utilização da mão e do braço d450 Andar d460 Deslocar-se por diferentes locais d465 Deslocar-se utilizando equipamentos d470 Utilizar transportes (carro, autocarro, comboio) d475 Conduzir (<i>e.g.</i> , bicicleta, mota, automóvel, animais)
d5 - Autocuidados	d510 Lavar-se (<i>e.g.</i> , mãos e o corpo, secar-se) d520 Cuidar de partes do corpo (<i>e.g.</i> , lavar os dentes, pentear) d530 Cuidados relacionados com o processo de excreção d540 Vestir-se d550 Comer d560 Beber d570 Cuidar da saúde

Tabela 78. Dimensões do modelo teórico descritas na CIF (continuação)

Dimensões teóricas descritas na CIF	Códigos CIF
-------------------------------------	-------------

d6 - Vida doméstica	d620 Adquirir bens e serviços (e.g., fazer compras) d630 Preparar refeições (e.g., cozinhar) d640 Fazer trabalhos domésticos (e.g., limpar a casa) d660 Ajudar os outros
d7 - Interações e relacionamentos interpessoais	d710 Interações interpessoais básicas d760 Relações familiares d770 Relacionamentos íntimos
d8 - Principais áreas da vida	d825 Formação profissional d845 Obter, manter e sair do emprego d850 Emprego remunerado d860 Transações económicas básicas
d9 - Vida comunitária, social e cívica	d910 Vida em comunidade d920 Recreação e lazer

Como referido anteriormente, o grupo focal foi composto por dez peritos que reuniam os critérios de inclusão previamente definidos. As sessões foram realizadas ao longo do ano de 2011 e 2012 e a partir das quais se obtiveram os seguintes resultados: (1) seleção dos itens, resultantes da revisão da literatura, que melhor caracterizassem a funcionalidade da população portuguesa, adulta em idade laboral com doença crónica; (2) adaptação semântica no sistema métrico de qualificação, tendo por referência os qualificadores da CIF; (3) redação do guião de perguntas para aplicação da TNF (Anexo 15); (4) construção do manual de aplicação da tabela (Anexo 16). Seguidamente, foi realizado um pré-teste nacional e ao analisar os dados recolhidos, considerou-se relevante conhecer as dimensões percecionadas pela população adulta com doenças crónicas, apesar do instrumento em construção assumir as dimensões de análise definidas pela CIF.

3.3. Propriedades psicométricas

3.3.1. Análise da consistência interna

Para testar qual o modelo que apresenta melhor consistência interna, recorreu-se ao coeficiente alfa de *Cronbach* e à metodologia *split-half*, verificando-se que em ambos os casos os valores resultantes da ACP são bastante adequados, pois segundo Kline (2000) consideram-se satisfatórios os valores superiores a 0,70 (Tabela 79).

Tabela 79. Coeficiente alfa de *Cronbach* para o modelo da ACP

Dimensões da ACP	α de <i>Cronbach</i>
Mobilidade e autocuidado	0,95
Competências gerais	0,90
Competências específicas (cognitivo-instrumentais)	0,90
Sociabilidade	0,85
Manipulação e manuseio	0,83

3.3.2. Análise discriminante

A análise discriminante dos níveis de funcionalidade em amostras diferentes, foi verificada pelo teste de *Levene* e pelo teste *t*, para as dimensões teóricas e para as dimensões resultantes da ACP. Os resultados do teste *t* revelaram que os valores médios do grupo de doentes sem CIT e do grupo de doentes com CIT não são iguais, para um nível de significância de 5%, o que sugere que este instrumento é sensível às diferenças existentes entre doentes crónicos com incapacidade e doentes crónicos sem incapacidade.

A análise estatística realizada sugere que os itens, validados para classificar a funcionalidade em doentes crónicos, deverão ser agrupados segundo as dimensões sugeridas pela ACP uma vez que apresentam melhores características psicométricas que as dimensões teóricas descritas na CIF.

Sendo o resultado esperado deste processo, o desenho de uma tabela de funcionalidade para adultos em Portugal, assume-se que os itens que constituem a tabela nacional da funcionalidade serão agrupados e classificados em cinco dimensões: (1) Mobilidade e Autocuidado; (2) Competências gerais; (3) Competências específicas; (4) Sociabilidade; (5) Manipulação e Manuseio.

3.3.3. Validade externa

No sentido de dar continuidade à investigação e à semelhança de estudos realizados noutros países (e.g., Escorpizo et al., 2001; Öztuna et al., 2011), considerou-se pertinente analisar a validade externa da TNF para as doenças crónicas com um instrumento que também permitisse identificar e quantificar a qualidade de vida o SF36. Tendo em conta os objetivos da presente investigação, apenas foram consideradas as dimensões: Capacidades funcionais, Limitações por aspetos físicos e Limitações por aspetos emocionais, por serem as que vão ao encontro das dimensões que resultaram da análise de componentes principais da TNF.

A validade externa (concorrente) tem como objetivo analisar a correlação entre testes que medem o mesmo constructo quando os dados são recolhidos ao mesmo tempo (Marôco, 2014a). Neste âmbito, serão testadas as associações entre as cinco dimensões da TNF para doenças crónicas (Mobilidade e autocuidados, Competências gerais, Competências específicas, Sociabilidade, Manipulação e manuseio) e as três dimensões da SF36 anteriormente referidas.

Através da aplicação do teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi possível verificar que os fatores da TNF e da SF36 não se encontram distribuídos de acordo com os padrões de normalidade (Tabela 80). No sentido de confirmar os valores obtidos, procedeu-se à

elaboração de uma análise pormenorizada da distribuição das variáveis, onde se pôde possível constatar que os coeficientes de *Skewness* e *Kurtosis* não se aproximam de zero, pelo que ao longo do estudo serão utilizados testes não paramétricos.

Tabela 80. Teste de normalidade

	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>	<i>Sig.</i>
TNF		
Mobilidade e autocuidados	0,281	0,000*
Competências gerais	0,297	0,000*
Competências específicas	0,462	0,000*
Sociabilidade	0,389	0,000*
Manipulação e manuseio	0,333	0,000*
SF36		
Capacidades funcionais	0,335	0,000*
Limitações por aspetos físicos	0,216	0,000*
Limitações por aspetos emocionais	0,218	0,000*

Nota: N= 308; *p < 0.05

Através da análise da Tabela 81 podemos constatar que existe uma correlação significativa moderada entre todas as dimensões da TNF e as três dimensões da SF36, sendo a mais elevada a que ocorre entre a Mobilidade e autocuidados e as Capacidades funcionais ($\rho_s = 0,686$, $p < 0,001$).

Sabendo que a escala da TNF é inversamente proporcional à escala das questões do SF 36, constata-se que existe correlações negativas entre as Limitações por aspetos físicos e as Limitações por aspetos emocionais e as dimensões Mobilidade e autocuidados, Competências gerais, Sociabilidade e Manipulação e manuseio, concluindo-se que o grau de funcionalidade e a qualidade de vida dos participantes se encontram associados, pelo que quando um aumenta na escala da TNF, diminui na escala do SF36.

Tabela 81. Correlação entre a TNF para doenças crónicas e o SF36

	<i>M</i>	<i>DP</i>	1	2	3	4	5	6	7
Mobilidade e autocuidados (1)	1,77	0,88	-						
Competências gerais (2)	1,84	1,00	0,691**	-					
Competências específicas (3)	1,35	0,79	0,546**	0,678**	-				
Sociabilidade (4)	1,46	0,69	0,565**	0,690**	0,711**	-			
Manipulação e manuseio (5)	1,70	0,96	0,632**	0,594**	0,479**	0,510**	-		
Capacidades funcionais (6)	1,52	0,58	0,683**	0,566**	0,428**	0,459**	0,488**	-	
Limitações por aspetos físicos (7)	2,06	0,76	-0,270**	-0,191**	0,077	-0,153**	-0,201**	-0,235**	-
Limitações por aspetos emocionais (8)	2,24	0,76	-0,178**	-0,199**	-0,050	-0,281**	-0,195**	-0,168**	0,653**

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio padrão; ** $p < 0,001$

3.4. Caracterização da funcionalidade dos adultos com doenças crónicas

3.4.1. Estatísticas descritivas e diferenciais

Numa segunda fase, procedeu-se à caracterização das dimensões da TNF em função das características sociodemográficas e do tipo de doença crónica. Para o efeito, recorreu-se a testes de diferenças de médias tendo em consideração as várias formas como os constructos se encontram operacionalizados. Estes testes permitem analisar não só os valores médios das variáveis em questão, como também, perceber como é que esses valores se manifestam em função das variáveis independentes consideradas. Através deles podemos caracterizar e compreender melhor os fenómenos estudados.

Os dados evidenciados na Tabela 82, levam-nos a concluir que as dimensões da TNF com valores médios mais elevados são as Competências Gerais e a Mobilidade e autocuidados, o que sugere que a maior dificuldade dos participantes diz respeito a atividades relacionadas com a rotina diária (e.g., andar, vestir, realizar trabalhos domésticos).

Tabela 82. Resultados médios das dimensões da TNF

	M	DP
Mobilidade e autocuidados	1,77	0,88
Competências gerais	1,84	1,00
Competências específicas	1,35	0,79
Sociabilidade	1,46	0,69
Manipulação e manuseio	1,70	0,96

Nota: M = Média; DP = Desvio-padrão

Perante estes resultados, procurámos analisar quais as atividades e participação que compõem as dimensões da TNF se encontram mais comprometidas, tendo-se verificado que são as que dizem respeito à condução (d475) e ao emprego remunerado (d850).

Tabela 83. Nível de dificuldade nas atividades e participação pertencentes às dimensões da TNF

	1	2	3	4	5
Mobilidade e autocuidados					
d410 Mudar a posição	37,7%	29,2%	21,8%	8,4%	2,9%
d415 Manter a posição	35,1%	29,5%	21,8%	9,7%	3,9%
d540 Vestir-se	49,7%	25,0%	15,6%	3,6%	6,2%
d450 Andar	39,6%	26,6%	17,5%	8,1%	9,1%
d430 Levantar e transportar objetos	30,2%	15,9%	27,6%	19,8%	6,5%
d460 Deslocar-se	43,5%	24,0%	19,5%	4,5%	8,4%
d520 Cuidar de partes do corpo	65,9%	18,5%	7,5%	3,6%	4,5%
d640 Fazer trabalhos domésticos	31,8%	16,2%	26,9%	11,7%	13,3%
d470 Utilizar transportes	55,2%	18,8%	11,4%	13,3%	1,3%
d230 Realizar rotina diária	36,7%	29,2%	20,8%	5,5%	7,8%
d660 Ajudar os Outros	33,4%	19,5%	21,1%	14,6%	11,4%
d920 Recreação e lazer	35,4%	29,5%	20,5%	10,7%	3,9%

Nota: 1 = Sem dificuldade; 2 = A maioria das vezes; 3 = Com alguma dificuldade; 4 = Com muita dificuldade; 5 = Dificuldade completa

Tabela 83. Nível de dificuldade nas atividades e participação pertencentes às dimensões da TNF (continuação)

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Competências gerais					
d845 Obter, manter e sair do emprego	40,3%	12,0%	11,7%	12,7%	23,4%
d850 Emprego remunerado	38,0%	9,7%	13,0%	15,3%	24,0%
d825 Formação profissional	40,6%	15,9%	12,0%	13,6%	17,9%
d510 Lavar-se	61,0%	17,2%	10,4%	2,6%	8,8%
d630 Preparar refeições	51,0%	14,3%	17,2%	4,5%	13,0%
d220 Realizar múltiplas tarefas	43,2%	22,1%	20,5%	9,7%	4,5%
d620 Adquirir bens e serviços	54,5%	18,5%	16,6%	4,2%	6,2%
d360 Utilização de dispositivos	48,7%	18,5%	15,9%	10,7%	6,2%
d475 Conduzir	38,6%	11,4%	9,4 %	5,8%	34,7%
Competências específicas					
d330 Falar	76,0%	14,9%	5,2%	2,6%	1,3%
d570 Cuidar da saúde	67,9%	17,9%	3,6%	2,9%	7,8%
d530 Cuidados com os processos de excreção	79,2%	10,4%	3,2%	5,8%	1,3%
d166 Ler	56,8%	18,2%	13,6%	4,5%	6,8%
d550 d560 Alimentar-se	76,9%	10,7%	6,5%	1,9%	3,9%
d345 Escrever mensagens	58,4%	15,6%	11,7%	4,5%	9,7%
d175 Resolver problemas	55,5%	23,7%	11,7%	5,8%	3,2%
d860 Transações económicas	71,1%	13,3%	4,9%	5,2%	5,5%
Sociabilidade					
d760 Relações familiares	75,3%	19,5%	4,2%	0,6%	0,3%
d710 d750 Interações interpessoais	63,0%	23,4%	9,7%	2,9%	1,0%
d910 Vida em comunidade	50,0%	25,0%	13,6%	9,1%	2,3%
d350 Conversação	61,4%	21,8%	13,3%	2,6%	1,0%
d240 Lidar com o stress	30,2%	26,0%	24,7%	13,6%	5,5%
d770 Relacionamentos íntimos	48,4%	22,7%	14,0%	5,5%	9,4%
Manipulação e manuseio					
d445 Utilização da mão e braço	48,4%	18,8%	19,2%	10,7%	2,9%
d440 Movimentos finos	55,5%	13,6%	14,9%	9,4%	6,5%
d465 Deslocar-se utilizando equipamentos	62,0%	15,9%	14,6%	3,6%	3,9%

Nota: 1 = Sem dificuldade; 2 = A maioria das vezes; 3 = Com alguma dificuldade; 4 = Com muita dificuldade; 5 = Dificuldade completa

Importa referir que os resultados foram recolhidos por recurso ao sistema de qualificadores da CIF. Esta escala de cinco pontos oscila entre 1 = Sem dificuldade a 5 = Dificuldade completa. Importa referir que a escala original varia entre 0 = Não há problema e 4 = Problema completo (Tabela 1 do ponto 3.2. Classificação Internacional de Funcionalidade, do Capítulo I – Enquadramento teórico).

Como referido anteriormente as idades dos participantes foram recodificadas em dois grupos: menos de 52 anos e 53 anos ou mais. Os dados revelam que apenas existem diferenças significativas em função da idade no que diz respeito às Competências gerais ($Z = -2,264$, $p = 0,024$). Contudo, os participantes pertencentes ao grupo com 53 anos ou mais são os que apresentam valores médios mais elevados na maioria das dimensões (Tabela 84).

Tabela 84. Dimensões da TNF em função da idade dos participantes

	Menos de 52 anos		53 anos ou mais		Z	Sig.
	M	DP	M	DP		

Mobilidade e autocuidados	1,74	0,98	1,79	0,80	-1,471	0,141
Competências gerais	1,75	1,08	1,91	0,94	-2,264	0,024*
Competências específicas	1,42	0,92	1,30	0,67	-0,492	0,623
Sociabilidade	1,47	0,79	1,45	0,61	-0,765	0,444
Manipulação e manuseio	1,68	1,02	1,72	0,92	-0,763	0,445

Nota: M = Média; DP = Desvio-padrão; *p < 0,05

Relativamente ao sexo, os resultados obtidos revelam que apesar dos resultados médios dos homens serem superiores aos das mulheres na maioria das dimensões, apenas existem diferenças significativas ao nível das Competências específicas (Z = -2,511, p = 0,012) (Tabela 85).

Tabela 85. Dimensões da TNF em função do sexo dos participantes

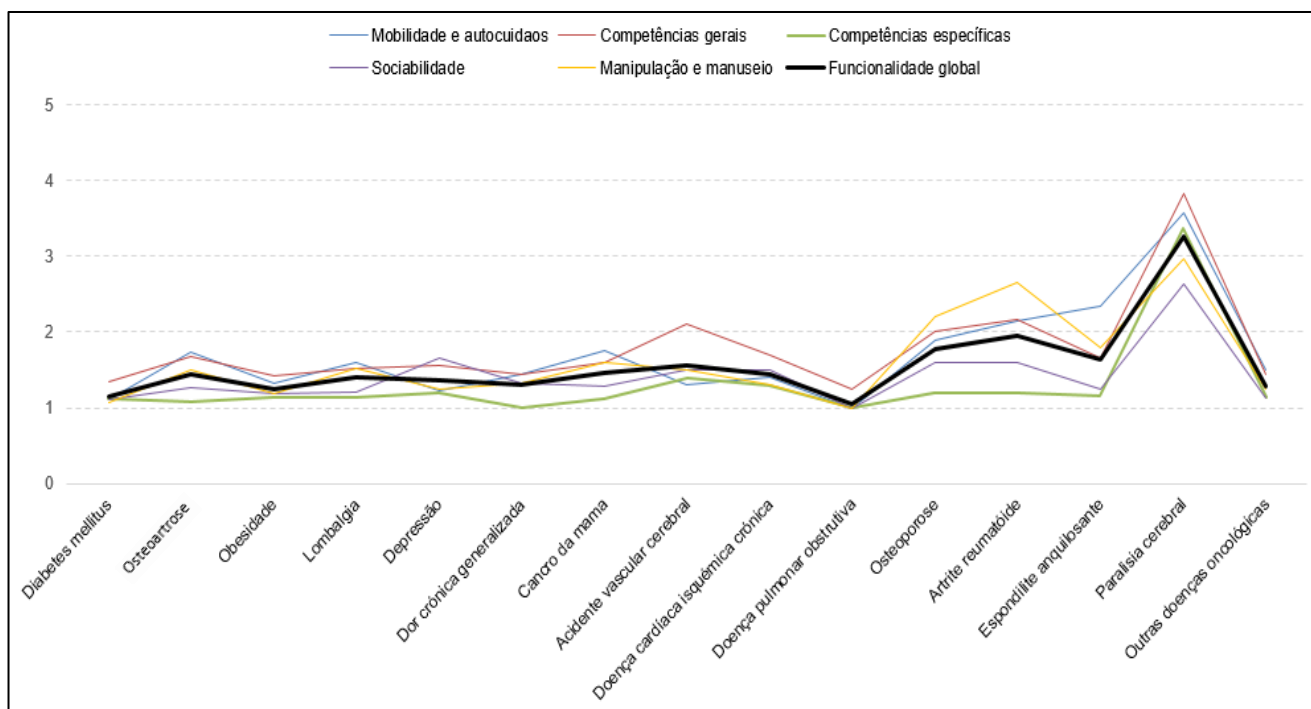
	Masculino		Feminino		Z	Sig.
	M	DP	M	DP		
Mobilidade e autocuidados	1,86	0,96	1,72	0,82	-0,925	0,355
Competências gerais	1,99	1,09	1,76	0,90	-1,662	0,096
Competências específicas	1,50	0,93	1,26	0,67	-2,511	0,012*
Sociabilidade	1,47	0,73	1,45	0,66	-0,098	0,922
Manipulação e manuseio	1,62	0,96	1,75	0,96	-1,552	0,121

Nota: M = Média; DP = Desvio-padrão; *p < .05

No que respeita ao tipo de doença crónica, os resultados revelam que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da TNF: Mobilidade e autocuidados [$\chi^2_{(14)} = 157,28$, p < 0,001], Competências gerais [$\chi^2_{(14)} = 107,21$, p < 0,001], Competências específicas [$\chi^2_{(14)} = 128,29$, p < 0,001], Sociabilidade [$\chi^2_{(14)} = 88,90$, p < 0,001] e Manipulação e manuseio [$\chi^2_{(14)} = 126,60$, p < 0,001].

Através da análise do Gráfico 15, verifica-se que a Paralisia cerebral é a doença crónica que mais compromete todas as dimensões da TNF, sendo a mais afetada a que diz respeito às Competências gerais. Por outro lado, a Doença pulmonar obstrutiva é a que menos compromete a funcionalidade dos participantes.

Gráfico 15. Dimensões da TNF em função do tipo de doença crónica.



Perante o exposto, fomos averiguar a distribuição do tipo de doenças crónicas em função do tipo de certificado de incapacidade que os participantes possuem, tendo-se verificado que a Depressão é a doença com maior número de pessoas com certificado de incapacidade permanente (N = 32), seguindo-se a Paralisia cerebral (N= 28) e as Outras doenças oncológicas (N = 16). Foi, ainda, possível constatar que os participantes com Diabetes *mellitus* (N = 23) são os que menos possuem certificado de incapacidade e os que têm Artrite reumatoide os que mais possuem certificado de incapacidade prorrogado (N = 10) (Tabela 86).

Tabela 86. Distribuição das doenças crónicas em função do certificado de incapacidade

	Não tem CI	CIT	CIP	CIPro	Total
Diabetes <i>mellitus</i>	23	8	0	7	38
Osteoartrose	18	0	0	4	22
Obesidade	20	0	0	1	21
Lombalgia	22	0	0	8	30
Depressão	0	0	32	0	32
Dor crónica generalizada	0	0	9	0	9
Cancro da mama	12	0	0	5	17
Acidente vascular cerebral	9	0	0	1	10
Doença cardíaca isquémica crónica	6	0	0	4	10
Doença pulmonar obstrutiva	4	0	0	0	4
Osteoporose	9	0	0	1	10
Artrite reumatóide	31	0	0	10	41
Espondilite anquilosante	4	0	12	4	20
Paralisia cerebral	0	0	28	0	28
Outras doenças oncológicas	0	0	16	0	16
Total	158	8	97	45	308

Nota: CI = Certificado de incapacidade; CIT = Certificado de incapacidade temporária; CIP = Certificado de incapacidade permanente; CIPro = Certificado de incapacidade prorrogado

A análise dos dados permitiu-nos apurar que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da TNF em função do local da consulta (ARS) em que os participantes foram atendidos, sendo os valores médios mais elevados na Área Metropolitana de Lisboa (AML) (Tabela 87).

Tabela 87. Dimensões da TNF em função do local da consulta (ARS)

	Algarve		Alentejo		Centro		AML		χ^2	Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Mobilidade de autocuidados	1,23	0,45	1,60	0,65	1,33	0,49	2,31	1,00	73,06	0,000**
Competências gerais	1,28	0,63	1,84	0,84	1,25	0,45	2,25	1,17	46,28	0,000**
Competências específicas	1,05	0,28	1,26	0,50	1,00	0,00	1,65	1,09	25,65	0,000**
Sociabilidade	1,09	0,34	1,53	0,62	1,08	0,28	1,66	0,83	38,22	0,000**
Manipulação e manuseio	1,20	0,49	1,56	0,74	1,33	0,65	2,18	1,15	49,72	0,000**

Nota: AML = Área Metropolitana de Lisboa; M = Média; DP = Desvio-padrão; ** $p < 0,001$

3.5. Identificação dos fatores que se correlacionam com a funcionalidade dos adultos com doenças crónicas

3.5.1. Associação entre variáveis

Procurámos, também, verificar a associação entre as dimensões da TNF, as variáveis sociodemográficas e o tipo de doença crónica, tendo-se constatado que existe uma correlação significativa entre a Mobilidade e autocuidados e a existência de doença crónica ($\rho_s = 0,499$, $p < 0,001$) e o local da consulta (ARS) ($\rho_s = 0,470$, $p < 0,001$); as Competências gerais e a idade ($\rho_s = 0,129$, $p = 0,023$), a doença crónica ($\rho_s = 0,365$, $p < 0,001$) e o local da consulta ($\rho_s = 0,340$, $p < 0,001$); as Competências específicas e o sexo ($\rho_s = -0,143$, $p = 0,012$), a doença crónica ($\rho_s = 0,321$, $p < 0,001$) o tipo de certificado de incapacidade ($\rho_s = 0,131$, $p = 0,022$) e o local da consulta ($\rho_s = 0,254$, $p < 0,001$); a Sociabilidade e a doença crónica ($\rho_s = 0,309$, $p < 0,001$), o tipo de certificado de incapacidade ($\rho_s = 0,117$, $p = 0,040$) e o local da consulta ($\rho_s = 0,266$, $p < 0,001$); a Manipulação e manuseio e a doença crónica ($\rho_s = 0,424$, $p < 0,001$) e o local da consulta ($\rho_s = 0,387$, $p < 0,001$).

As correlações negativas entre as variáveis a idade e a existência de doença crónica sugerem que quanto mais novos são os participantes, menor é a presença de doenças crónicas ($\rho_s = -0,154$, $p < 0,001$). Os resultados obtidos apresentam valores negativos, porque quando os dados foram introduzidos no programa estatístico SPSS, foram atribuídos valores inferiores ao grupo de sujeitos mais novos (1 = Menos de 52 anos; 2 = 53 anos ou mais). Foi, ainda, possível constatar que as maiores dificuldades ao nível

das Competências específicas estão associadas ao sexo masculino ($\rho_s = -0,143$, $p < 0,001$).

Tabela 88. Correlação entre as dimensões da TNF e os fatores pessoais e ambientais

	1	2	3	4	5	6	7	8
Idade (1)	-							
Sexo (2)	-0,103	-						
Doença crônica (3)	-0,154**	-0,040	-					
Local da consulta (ARS) (4)	-0,096	-0,022	0,671**	-				
Mobilidade e autocuidados (5)	0,084	-0,053	0,499**	0,470**	-			
Competências gerais (6)	0,129*	-0,095	0,365**	0,340**	0,691**	-		
Competências específicas (7)	-0,028	-0,143*	0,321**	0,254**	0,546**	0,678**	-	
Sociabilidade (8)	0,044	0,006	0,309**	0,266**	0,565**	0,690**	0,711**	-
Manipulação e manuseio (9)	0,044	0,089	0,424**	0,387**	0,632**	0,594**	0,479**	0,510**

Nota: As médias e os desvio-padrão não constam da tabela porque já foram referidos ao longo do trabalho; * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

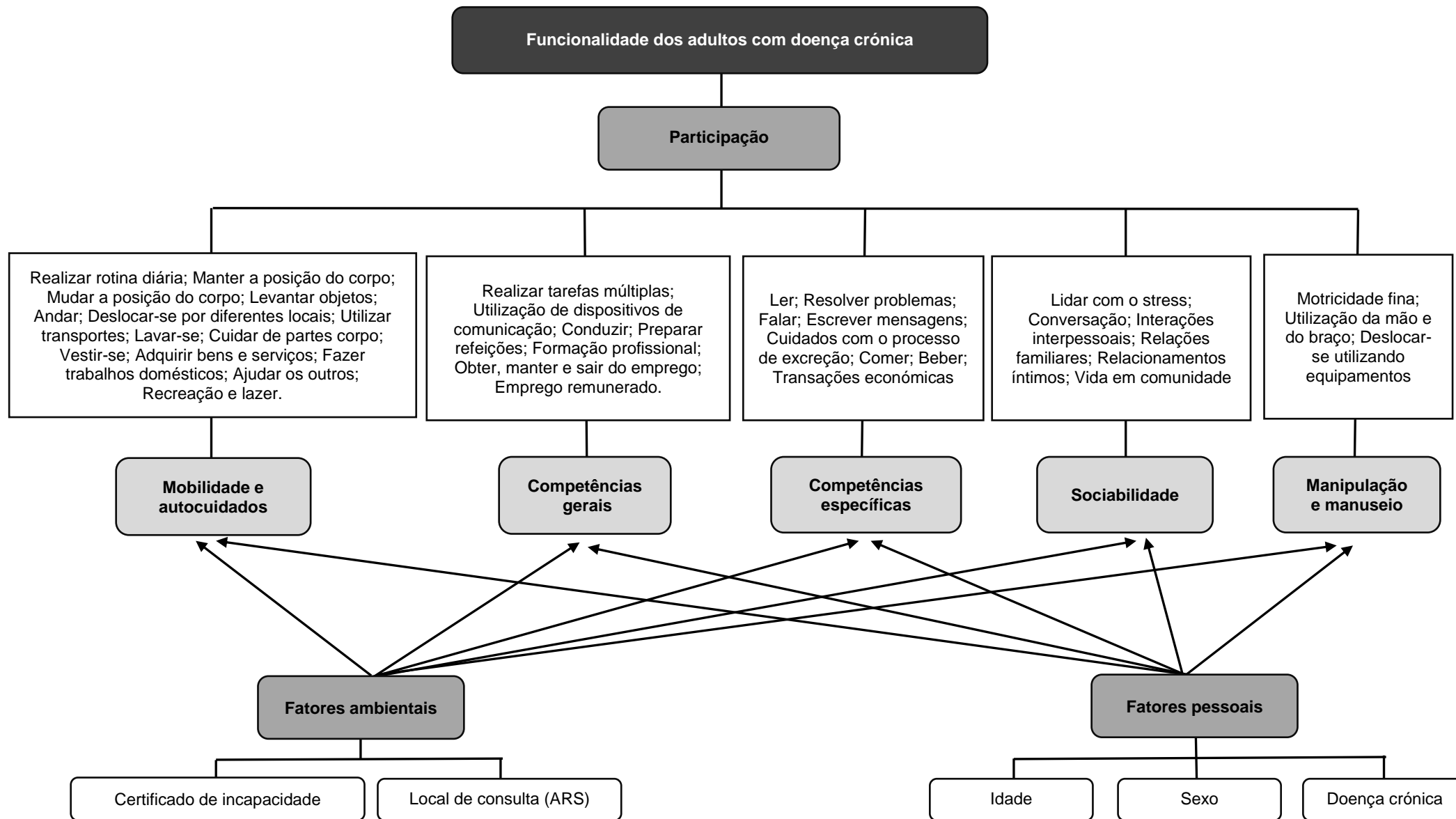
3.6. Identificação das variáveis que mais influenciam a funcionalidade dos adultos com doenças crônicas

3.6.1. Regressão ordinal

Após estes resultados procurou-se testar quais as variáveis que influenciam a funcionalidade dos participantes, nas cinco dimensões da TNF. Neste contexto, foi delineado o modelo conceitual que se apresenta na Figura 9.

Para avaliar se os fatores ambientais [certificado de incapacidade e local da consulta (ARS)] e os fatores pessoais (idade, sexo e doenças) apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre a probabilidade de resposta a cada uma das classes da TNF (Mobilidade e autocuidados, Competências gerais, Competências específicas, Sociabilidade, e Manipulação e manuseio) recorreu-se à regressão ordinal com a função *Link Log-log negativa*. Considerou-se também a função *Link Logit*, mas a *Log-log negativa* foi a que apresentou melhor significância estatística. O pressuposto da homogeneidade de declives foi validado para todas as dimensões da TNF e os modelos são estatisticamente significativos [Mobilidade e autocuidados: $\chi^2_{(22)} = 253,287$, $p = 0,000$, $R^2_{cs} = 0,561$, $R^2_N = 0,623$, $R^2_{MF} = 0,357$; Competências gerais: $\chi^2_{(22)} = 191,270$, $R^2_{cs} = 0,463$, $R^2_N = 0,506$, $R^2_{MF} = 0,253$; Competências específicas: $\chi^2_{(22)} = 438,225$, $p = 0,000$, $R^2_{cs} = 0,759$, $R^2_N = 0,986$, $R^2_{MF} = 0,969$; Sociabilidade: $\chi^2_{(22)} = 139,375$, $p = 0,000$, $R^2_{cs} = 0,364$, $R^2_N = 0,438$, $R^2_{MF} = 0,254$; Manipulação e manuseio: $\chi^2_{(22)} = 159,747$, $p = 0,000$, $R^2_{cs} = 0,405$, $R^2_N = 0,451$, $R^2_{MF} = 0,228$]

Figura 9. Modelo concetual da fucionalidade dos adultos com doença crónica



De acordo com o modelo, verifica-se que à medida que a idade aumenta, a probabilidade de se observar maior dificuldade ao nível da Mobilidade e autocuidados aumenta também. No que às doenças crónicas diz respeito foi possível apurar que a Artrite reumatóide, a Espondilite aquilósantee a Paralisia cerebral são as que mais contribuem para diminuir a funcionalidade nesta dimensão. Resultados semelhantes foram encontrados para as Competências gerais no que se refere à idade, à Artrite reumatóide e à Paralisia cerebral.

No que diz respeito às Competências específicas constatou-se que são os sujeitos do sexo masculino, pertencentes à ARS do Alentejo e que sofrem de Osteoartrose, Obesidade, Lombalgia, Cancro da mama, Doença pulmonar obstrutiva e Osteoporose que têm maior probabilidade de ter mais dificuldades nesta dimensão. Tal como referido anteriormente, os valores negativos devem-se ao facto de terem sido atribuídos valores inferiores a estas variáveis aquando da introdução dos dados no programa estatístico.

Relativamente à Sociabilidade observa-se que são os participantes mais velhos, que sofrem de Paralisia cerebral, com Certificado de incapacidade prorrogado e que residem nas regiões do Algarve e Alentejo que têm maior probabilidade de ter esta dimensão mais comprometida.

Verificou-se, ainda, que os sujeitos que vivem na região algarvia e que sofrem de Diabetes *mellitus* e Paralisia cerebral têm maior possibilidade de ter mais dificuldades no que se refere à dimensão Manipulação e manuseio.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÕES

1. Discussão de resultados

1.1. Estudo A: Construção e validação do instrumento para a caracterização da funcionalidade da população com mais de 65 anos

A discussão dos resultados será apresentada de acordo com a sequência dos objetivos específicos inicialmente delineados. Contudo, existem poucos estudos que avaliam a funcionalidade dos idosos e menos ainda que se baseiem na CIF, o que dificultou a comparação dos resultados obtidos neste estudo com os de outras investigações.

Pretendia-se com este estudo construir e validar um instrumento para caracterizar a funcionalidade da população com mais de 65 anos, pois só assim é possível produzir informação que suporte as decisões de políticas de saúde para o envelhecimento e que garantam o princípio da equidade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde.

1.1.1. Identificar as dimensões da funcionalidade a incluir no instrumento

Para identificar as dimensões a incluir no instrumento, foi realizada uma exaustiva revisão de literatura sobre o processo do envelhecimento à luz do conceito de funcionalidade. Neste âmbito, foram realizadas duas RSL.

A primeira foi realizada durante o mês de fevereiro de 2011 e abrangeu os artigos publicados entre 1 de janeiro de 2000 e 31 de dezembro de 2010, que se encontravam disponíveis em texto integral nas bases de dados CINAHL e MEDLINE. Importa referir que foram criados alguns critérios específicos para a inclusão dos artigos, nomeadamente: terem uma metodologia clara, não serem repetidos e terem data anterior ao ano 2000.

A segunda RSL, seguiu os mesmos procedimentos da anterior e pretendeu identificar os códigos da CIF, internacionalmente mais referenciados, nos *core sets* das doenças crónicas em pessoas com 65 e mais anos de idade. Para o efeito foram utilizados os seguintes descritores: *International Classification of Functioning, Disability, and Health, ICF, ICF core set, aged 65 + years, aged 80 and over, aged, frail elderly, chronic diseases*.

Nesta pesquisa foram encontrados 438 artigos, mas apenas 34 foram ao encontro dos critérios de inclusão estipulados. Assim, foram selecionados os artigos que descrevem

os códigos de segundo nível da CIF, referenciados em instrumentos validados internacionalmente, com recurso à metodologia quantitativa e/ou qualitativa.

Dos códigos CIF resultantes do cruzamento das duas RSL, verificou-se que a dimensão que engloba maior número de códigos diz respeito às Atividades e participação, seguindo-se as Funções e as Estruturas do corpo e os Fatores ambientais.

1.1.2. Desenhar e validar o instrumento para a população portuguesa

Com o objetivo de validar e adequar os itens a incluir no instrumento de recolha de dados, foi realizado um painel *Delphi* e um grupo nominal que permitiu identificar os códigos CIF mais relevantes para a caracterização dos idosos. Assim, foram selecionados 20 itens relativos às Funções do corpo; 4 itens relativos às Estruturas do corpo; 21 itens para as Atividades e participação; e 6 itens para os Fatores ambientais. Ao comparar a informação recolhida pelo INS 2014 (INE, 2016) e mapeada com os códigos CIF, verifica-se que a dimensão sobre a qual se recolheu mais informação foi a dimensão das Atividades e participação (16 itens), seguida da dimensão Funções do corpo (5 itens) e Fatores ambientais (4 itens).

Apesar da dimensão Atividades e participação ser a mais demonstrativa do nível de funcionalidade, partimos para o desenho deste instrumento com um número de itens semelhante ao atribuído às Funções do corpo. Esta evidência sugere que apesar dos peritos do painel *Delphi* e do grupo nominal, serem um grupo heterogéneo relativamente à sua formação profissional e considerados peritos na área da funcionalidade, ainda atribuem mais peso relativo às Funções e Estruturas do corpo do que às Atividades e participação e aos Fatores ambientais.

Para a composição do questionário foi necessário recolher vários instrumentos de medida testados e validados para a população portuguesa, uma vez que até à data não existia nenhum instrumento que permitisse classificar todas as dimensões da funcionalidade (Funções do corpo, Estruturas do corpo, Atividades e participação e Fatores ambientais) e com uma métrica de qualificação semelhante à sugerida pela CIF (DGS, 2004a).

Em Portugal, um dos instrumentos mais aplicado nos registos eletrónicos do SNS na avaliação multidimensional dos idosos é o Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB). Segundo Fontes (2014), os conceitos significativos contidos nas questões deste instrumento possuem uma boa relação concetual com a CIF e a maioria dessas questões tem ligação com os diferentes componentes da CIF, principalmente com as

Funções e atividades de participação. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Vriendt, Lambert e Mets (2009) e Berg e colaboradores (2009) que referem que estes componentes são os que possuem uma ligação mais direta com o perfil da funcionalidade. Porém, o desenvolvimento do MAB foi contextualizado na *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicap* (ICIDH-2), classificação antecedente da CIF, e não teve em consideração de forma explícita os Fatores contextuais, que constituem um dos aspetos mais determinantes da nova concetualização da funcionalidade/incapacidade. Este constitui um grande desafio para o registo de todas as dimensões da funcionalidade, como demonstrado por Pereira (2008) que evidenciou que os profissionais de saúde, especialmente médicos em contexto de consulta não recolhem informação sobre esta dimensão, negligenciando assim a ação dos fatores ambientais no estado de saúde.

1.1.3. Analisar as propriedades psicométricas do instrumento

Para testar as propriedades psicométricas do instrumento procedeu-se à sua aplicação na região do Alentejo (exceto Lezíria). A população alvo foram as pessoas com 65 anos ou mais, não institucionalizadas e com capacidade de deslocação ao ACES da sua área de residência. Os dados foram recolhidos pelos profissionais de saúde dos respetivos Centros, através de entrevistas estruturadas com base no referido instrumento.

Após a recolha dos dados foi realizada uma ACP, a partir da qual foram extraídas cinco dimensões [Funções neuro músculo-esqueléticas e relacionadas com o movimento ($\alpha = 0,82$), Aprendizagem e aplicação de conhecimentos ($\alpha = 0,83$), Comunicação ($\alpha = 0,92$), Autocuidados ($\alpha = 0,94$) e Estruturas relacionadas com o movimento ($\alpha = 0,81$)], todas com elevados índices de alfa de *Cronbach*, o que revela uma adequada consistência interna. O valor obtido no teste KMO (0,92), reflete uma adequada variância dos fatores (Marôco, 2014a) e a ACF demonstra a inexistência de multicolinearidades e a ausência de itens redundantes, o que revela um bom ajustamento do modelo (MacCallum; Austin, 2000).

Deste modo, verifica-se que dos 45 itens selecionados para a construção do instrumento para caracterizar a funcionalidade da população idosa (não incluindo os itens incorporados na dimensão dos fatores ambientais), foram apurados apenas 22 e a partir dos quais foi criada uma variável compósita, denominada Funcionalidade global dos idosos, constituída pelas cinco dimensões anteriormente referidas.

Ao compararmos estas dimensões com os domínios considerados cruciais pelo *World Report on Ageing and Health* (WHO, 2015b) para permitir que as pessoas idosas

alcancem objetivos funcionais verifica-se uma forte associação de conceitos, nomeadamente entre: (1) Mover-se e as Funções neuro músculo-esqueléticas e Estruturas relacionadas com o movimento; (2) Construir e manter relacionamentos com a Comunicação; (3) Atender às necessidades básicas com os Autocuidados; (4) e Aprender, crescer e tomar decisões com a Aprendizagem e aplicação de conhecimentos.

1.1.4. Descrever o perfil funcional da população em estudo

Participaram no estudo 876 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, sendo a maioria do sexo feminino (56,6%). No que respeita ao estado civil, verificou-se que 61,6% são casados ou vivem em união de facto, 31,4% são viúvos, 5,7% são solteiros e 1,3% referiram ser divorciados. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos nos últimos Censos (INE, 2011a) que revelam um desequilíbrio entre o número de homens e mulheres, com predomínio destas, em qualquer faixa etária e que se vai acentuado à medida que a idade avança. Esta evidência é confirmada neste estudo quando se verifica que a percentagem de mulheres que vivem sozinhas (69,7%) é mais do dobro da dos homens (30,3%).

No que se refere à existência de filhos, 85,4% respondeu afirmativamente, sendo ainda possível verificar que 71,1% dos idosos vive acompanhado (e.g., cônjuge, filhos, netos). Todavia, é de assinalar o facto de 22,9% dos idosos, principalmente dos grupos etários com mais de 75 anos, viverem sozinhos.

Relativamente ao nível de escolaridade, constatou-se que 56% dos idosos não concluiu o 1º CEB e que apenas 7% tem um grau de escolaridade superior ao 1º CEB. Estes dados são semelhantes aos encontrados no *World Report on Ageing and Health* (WHO, 2015b) que refere que os níveis de alfabetização, incluindo os de saúde, são baixos entre os grupos etários mais avançados.

Shaw e colaboradores (2007), acrescentam que os idosos com baixas habilitações académicas experienciam desvantagens, ao longo do tempo, em relação ao contacto social com os amigos e apoio recebido, em comparação com aqueles que possuem habilitações académicas mais elevadas. Este é um facto relevante que deve ser conjugado com os dados relativos à capacidade de ler e escrever, avaliados na dimensão Aprendizagem e aplicação de conhecimentos. Importa referir que a incapacidade de ler e escrever é consideravelmente superior ao analfabetismo declarado e que esta incapacidade, para além das limitações que impõe ao nível da

participação social, tem repercussões a todos os níveis da saúde que de algum modo dependam da literacia.

Quando questionados acerca da sensação de dor, 26,3% idosos referiu que a mesma é moderada a intensa, sendo os valores mais elevados nas idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos. No mesmo sentido vão os resultados obtidos pelo INS 2014 (INE, 2016) segundo o qual 40,5% declarou ter dor moderada ou intensa.

Segundo Pereira (2012), a dor não resulta apenas de uma alteração sensorial e, em muitas circunstâncias, é interpretada como o resultado de diversos condicionalismos, como os fatores ambientais e pessoais.

Relativamente às doenças, verificou-se que os participantes referiram a hipertensão arterial (25,2%) como a mais frequente, seguida das doenças músculo-esqueléticas (16,1%), depressão (11%) e diabetes (10,5%). Estes dados são similares aos encontrados pelo INS 2014 (INE, 2016) que registou as doenças associadas ao progresso degenerativo osteoarticular, como as artroses, as dores lombares ou outros problemas crónicos na coluna vertebral e a hipertensão arterial, como sendo as mais referidas pelos idosos. Este perfil de doenças é coincidente com outros estudos, realizados no final do século passado, que mencionam a resistência à insulina, a intolerância à glucose, a dislipidémia, a hipertensão arterial, a doença arteriosclerótica cardiovascular e cerebrovascular, a osteoartrose e a osteoporose, como as patologias mais associadas ao processo de envelhecimento (Heuser; Hazzard, 1994; WHO, 1984).

Uma vez que o envelhecimento também está associado a um maior risco de ter mais que uma doença crónica ao mesmo tempo (multimorbilidade), é simplista considerar a carga de cada uma dessas condições de forma independente. Segundo Stewart, Cutler e Rosen (2013), na Alemanha, estima-se que 24% das pessoas com idades entre os 70 e os 85 anos, tem cinco ou mais doenças em simultâneo. Embora a multimorbilidade se refira à presença de duas ou mais condições crónicas, não há definição padrão ou consenso sobre quais as condições que devem ser consideradas, o que dificulta a possibilidade de fazer comparações de prevalência entre os estudos que se debruçaram sobre esta temática (Caughey et al., 2008). As estimativas de prevalência também variam consoante os métodos de identificação usados (autorrelato *versus* registros) e o ambiente de estudo (população em geral *versus* ambiente de cuidados primários) (WHO, 2015b). Porém, um estudo desenvolvido na Escócia, por Barnett e colaboradores (2012), revelou que o aparecimento de multimorbilidade, nas pessoas que vivem nas áreas mais carentes, ocorreu 10 a 15 anos antes do que nas pessoas que vivem em áreas mais ricas.

Relativamente ao concelho de residência, verificou-se que a maioria dos participantes vive na NUT Alentejo Central (36,9%). A análise dos dados revelou, ainda, que apenas 3,5% dos inquiridos desenvolve algum trabalho remunerado. No entanto, a este respeito o *World Report on Ageing and Health* (WHO, 2015b) refere que estar empregado e participar em atividades cívicas, de lazer e entretenimento, pode motivar os idosos a permanecerem móveis e socialmente conectados.

Relativamente ao complemento solidário, verificou-se que apenas 9,4% dos idosos beneficia do mesmo, apesar de 29,7% ter referido que a sua situação financeira não satisfaz as necessidades básicas, nomeadamente as que dizem respeito à alimentação, habitação e saúde. Esta constatação é preocupante quando existe evidência da associação entre o baixo nível socioeconómico e o aumento da prevalência de multimorbidade (Marengoni et al., 2011; Uijen; van de Lisdonk, 2008; Wang et al., 2014). Estes resultados sugerem que o estado de saúde se encontra diretamente relacionado com a situação financeira (WHO, 2015b).

No que se refere aos cuidados de saúde verifica-se que os prestados pelos médicos são os mais recebidos (74%) e os mais requeridos por (79%) pelos participantes, seguidos dos cuidados de enfermagem recebidos por 53% dos idosos e requeridos por 57%. A discrepância entre os cuidados recebidos e a necessidade dos mesmos, na maioria das tipologias analisadas, é inferior cinco pontos percentuais, exceto nos cuidados de fisioterapia, em que a diferença entre os cuidados recebidos e os cuidados prestados é de 15 pontos percentuais.

As evidências sugerem que a melhor forma de projetar sistemas que atendam às necessidades dos idosos é colocando-os no centro da prestação de serviços, pois só assim é possível superar a desarticulação e as ineficiências de muitos sistemas de saúde e garantir que o cuidado é impulsionado pelas necessidades do idoso e não pela estrutura dos serviços (WHO, 2015b).

1.1.5. Comparar as dimensões da funcionalidade em função das variáveis sociodemográficas

A comparação das dimensões da funcionalidade em função das variáveis sociodemográficas foi realizada através de testes não paramétricos, pois os dados não se encontram distribuídos de acordo com os padrões de normalidade. Para o efeito as variáveis foram agrupadas em fatores pessoais (idade, sexo, estado civil, escolaridade, doença crónica) e fatores ambientais (concelho de residência, prestação de cuidados

peçoais, prestação de cuidados de saúde, agregado familiar/pessoas com vive, situação financeira, atividade física).

Apesar da importância de avaliar a funcionalidade global dos idosos, considerou-se pertinente analisar os resultados obtidos em cada uma das dimensões estudadas. Relativamente às Funções neuro músculo-esqueléticas são os participantes que pertencem a um destes grupos os que apresentam maiores dificuldades: mulheres, idosos velhos, idosos com baixo nível de escolaridade, os homens que têm doenças da próstata, idosos com doenças músculo-esqueléticas, doenças respiratórias, HTA e perturbações depressivas que apresentam os valores mais elevados, o que sugere que os participantes pertencentes a estes grupos são os que revelam mais dificuldades nesta dimensão.

Verificou-se, ainda, que existem vários fatores ambientais que influenciam significativa e positivamente a funcionalidade dos idosos no que diz respeito às Funções neuro músculo-esqueléticas, nomeadamente: o facto de receberem cuidados peçoais, terem uma situação financeira satisfatória, praticarem atividade física e também o local onde residem.

Relativamente à Aprendizagem e aplicação de conhecimentos, constatou-se que os participantes que têm esta dimensão mais comprometida são: as mulheres, os idosos pertencentes à faixa etária com idade superior a 85 anos, os que já não têm ou nunca tiveram cônjuge (e.g., solteiros, divorciados, viúvos), os que têm um nível de escolaridade mais elevado e os que têm doenças cerebrovasculares, doenças do olho, HTA, perturbações depressivas e outras doenças.

Segundo Park (2000), esta dimensão pode estar associada às Funções cognitivas e como tal está intimamente relacionada com os anos de educação. O autor refere que, de uma forma geral, estas funções começam a diminuir numa idade relativamente jovem, o que torna a funcionalidade dos idosos bastante heterogénea, pois os mais recentes desenvolvimentos das neurociências não são lineares no que se refere à associação entre a idade e a diminuição das capacidades de aprendizagem e aplicação de conhecimentos.

Verificou-se, ainda, que à exceção do facto de receber ou não cuidados de saúde, todos os outros fatores ambientais diferem significativamente nesta dimensão (local de residência, receber cuidados peçoais, ter uma situação financeira satisfatória, as pessoas com quem vive e praticar atividade física).

No que concerne aos Autocuidados, foram avaliadas as seguintes atividades: lavar-se, cuidar de partes do corpo, cuidados relacionados com os processos de excreção, vestir-

se, comer e beber. Os resultados obtidos revelaram, que nesta dimensão, os participantes que apresentam maiores dificuldades pertencem ao sexo masculino, os que têm idade igual ou superior a 85 anos, os que já não têm ou nunca tiveram cônjuge, os que sofrem de doença neurológica, doença cerebrovascular e/ou doença respiratória. Contudo, os dados do INS 2014 (INE, 2016), revelam que as mulheres referem dificuldades superiores em comparação com os homens, sendo essa proporção de 70%.

A análise dos dados revelou, ainda, que as variáveis: receber cuidados de saúde, ter uma situação financeira que lhe permita satisfazer as necessidades básicas de alimentação, habitação e saúde, as pessoas com quem vive e a prática de atividade física, também diferem significativamente nesta dimensão.

Segundo o *World Report on Ageing and Health* (WHO, 2015b), a percentagem de pessoas que necessitam de assistência em pelo menos uma das atividades básicas da vida diária, são expressivamente diferentes de país para país, sendo essa necessidade notória à medida que a idade aumenta. Na abordagem que este relatório propõe, para cuidados de longo prazo, as pessoas mais velhas seriam potenciais beneficiárias de intervenções para melhorar a sua capacidade e evitar a dependência dos autocuidados.

No que às atividades de Comunicação diz respeito, foi possível apurar que as capacidades de comunicar, receber mensagens escritas, falar e conversar, se encontram mais comprometidas nos homens, nos participantes com 85 anos ou mais, nos que já não têm ou nunca tiveram cônjuge e nos que têm doenças neurológicas e doenças cerebrovasculares. As diferenças nesta dimensão também dependem do facto de receber cuidados pessoais e de saúde, da situação financeira, das pessoas com quem o idoso vive e de praticar atividade física.

Segundo Fonseca e Bittar (2014), a comunicação com os idosos constitui uma das maiores adversidades que os profissionais de saúde enfrentam no dia-a-dia, sobretudo pelas particularidades cognitivas que, muitas vezes, dificultam a compreensão ao nível da intervenção (*e.g.*, adesão ao uso de medicamentos, execução das orientações dadas pelos profissionais de saúde).

Por último, foram avaliadas as Estruturas relacionadas com o movimento, nomeadamente: as estruturas dos membros superiores e as estruturas dos membros inferiores e, tal como nas dimensões anteriores, verificou-se que as pessoas mais velhas são as que revelam maior dificuldade ao nível da funcionalidade das mesmas. Constatou-se, ainda, que a presença de diabetes, doenças isquémicas do coração, doenças cerebrovasculares, doenças gastrointestinais, doenças músculo-esqueléticas,

HTA e o facto de receber ou ter recebido cuidados de saúde nos últimos seis meses, também associa-s significativamente esta dimensão.

Ao analisar os valores médios de cada dimensão, foi possível apurar que os mais elevados dizem respeito às Estruturas relacionadas com o movimento, o que sugere que esta é de facto a dimensão que se encontra mais comprometida na amostra em estudo. Estes resultados são corroborados pelo INS 2014 (INE, 2016), que revela que 64% dos idosos referem dificuldade moderada em deitar-se e levantar-se da cama ou em sentar-se e levantar-se de uma cadeira sem ajuda.

Quando as pessoas mais velhas não são capazes de se movimentar, as suas redes sociais são afetadas e a comunidade além de perder contribuições valiosas, necessita de recursos adicionais para lhes dar apoio nas atividades da vida diária. Facilitar a capacidade de deslocação das pessoas idosas é um custo acessível e são disposições que a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência enfatiza largamente (UN, 2006).

Segundo Yeom, Keller e Fleury (2009) e Nordbakke e Schwanen (2014), a saúde pública tem um papel importante na maximização da mobilidade dos idosos, pois a diminuição do movimento e, conseqüentemente, da mobilidade podem ter conseqüências negativas para a autonomia, a participação social e cívica e o bem-estar desta população, afetando assim todos os outros domínios da funcionalidade.

No que diz respeito à Funcionalidade global verificou-se que são os participantes do sexo feminino, os que têm idade igual ou superior a 85 anos, os que já não têm ou nunca tiveram cônjuge, os que possuem um nível de escolaridade inferior ao 1º CEB e que sofrem de doenças cerebrovasculares, doenças respiratórias, HTA e outras doenças que apresentam maiores dificuldades. Também se constatou que as diferenças ao nível da Funcionalidade global, estão associadas ao receber cuidados pessoais, à situação financeira satisfazer as necessidades básicas de saúde, alimentação e habitação, às pessoas com quem o idoso vive e à pratica de alguma atividade física.

Perante o exposto, podemos concluir que são os participantes mais velhos que apresentam valores médios mais elevados em todas as dimensões de funcionalidade, o que sugere que são os que necessitam de mais medidas intervencionistas para manter o seu nível de funcionalidade, nomeadamente na área da saúde, social e educação.

1.1.6. Correlacionar os fatores ambientais e pessoais com as dimensões da funcionalidade

Ao correlacionar os fatores ambientais e pessoais com a funcionalidade verificou-se, uma vez mais, que quanto mais velhos são os participantes, mais graves são as dificuldades em todas as dimensões de funcionalidade, sendo a correlação mais forte a que ocorre com a Aprendizagem e aplicação de conhecimentos. Constatou-se, ainda, que a prestação de cuidados pessoais se relaciona significativamente com as Funções neuro músculo-esqueléticas, a Aprendizagem e aplicação de conhecimentos, a Comunicação, os Autocuidados e a Funcionalidade global e que as doenças gastrointestinais são as que revelam maior associação com as Estruturas do movimento.

No que concerne aos apoios e relacionamentos, em particular, no que se refere aos prestadores de cuidados e assistentes pessoais, verificou-se que 19,4% dos idosos mencionou necessitar de auxílio nos cuidados pessoais diários, principalmente a partir dos 75 anos. Importa salientar que esta percentagem é superior à necessidade de ajuda nos autocuidados, pois 92,1% dos participantes referiu não ter qualquer dificuldade a esse nível.

De acordo com o *World Report on Ageing and Health* (WHO, 2015b), 76,1% dos cuidados pessoais diários provém de alguma instituição ou da Segurança Social. Os cuidados continuados e o apoio social podem garantir que as pessoas tenham uma vida digna e possam ter um crescimento pessoal contínuo, mesmo aqueles que sofrem de grandes declínios nas suas capacidades, pois os ambientes de apoio possibilitam aos idosos conseguir fazer o que necessitam e chegar onde pretendem.

1.1.7. Identificar as variáveis com maior impacto nas dimensões da funcionalidade

A análise dos dados revelou que não são as doenças que têm maior impacto e mais contribuem para a diminuição da Funcionalidade global do idoso, mas sim a idade. Estes resultados confirmam que o envelhecimento pode ser encarado como um processo normal e não como um “modelo de doença” (Schulz; Heckhausen, 1996). Alves, Leite e Machado (2008b), acrescentam que o diagnóstico das doenças nos idosos pode não ter tanto impacto na qualidade de vida, como as consequências da doença na capacidade funcional e na manutenção da independência nas atividades da vida diária. Deste modo, um indivíduo idoso que possui doenças crónicas pode ser considerado saudável, se não possuir incapacidades; enquanto outro idoso com o mesmo tipo de patologias pode

apresentar incapacidades que afetem a sua qualidade de vida (Pedrazzi; Rodrigues; Schiaveto, 2007).

Verificou-se que receber cuidados pessoais é a variável com maior impacto na funcionalidade dos idosos em todas as dimensões em estudo – Funções neuro músculo-esqueléticas, Aprendizagem e aplicação de conhecimentos, Comunicação e Autocuidados – e ao nível da Funcionalidade global. Segundo o INS 2014 (INE, 2016) cerca de 30% dos idosos referem ter necessidade de receber cuidados pessoais e cerca de 40% dizem já receber esses cuidados para realizar as atividades da vida diária. Importa referir que, em virtude de não existirem casos sem dificuldade, nas estruturas relacionadas com o movimento não foi possível realizar este tipo de análise.

Clarkson e colaboradores (2006), referem que a variável receber cuidados pessoais, tem vindo a ser descrita em vários estudos como o fator mais relevante para o desenho de uma intervenção comunitária que permita responder às solicitações dos idosos, pois pressupõe uma avaliação integrada dos aspetos de saúde mental e física, mas também da rede de apoio social. Entre os fatores que promovem a independência dos idosos encontram-se os serviços de apoio, nomeadamente ao nível da participação ativa na comunidade, na promoção da sua independência e na redução do risco de isolamento. Importa salientar que a segurança financeira, os cuidados de saúde acessíveis na zona de residência, os contactos sociais, a manutenção das capacidades para as tarefas domésticas, a acessibilidade de transporte e a segurança, também contribuem largamente para aumentar a funcionalidade dos idosos (Feldman; Oberlink, 2003).

Perante o exposto, é possível concluir que a dependência dos cuidados aumenta com a idade e considerando que o envelhecimento da população e a proporção do número de pessoas que necessitam de assistência social, em países de todos os níveis de desenvolvimento, está a aumentar drasticamente é fundamental tomar medidas céleres.

1.2. Estudo B: Construção e validação do instrumento para a caracterização da funcionalidade dos adultos com doenças crónicas não transmissíveis

À semelhança do Estudo A, a discussão dos resultados é apresentada seguindo a sequência dos objetivos específicos. E uma vez mais, o carácter inovador deste estudo dificultou a comparação dos resultados obtidos com os de outras investigações, pois os trabalhos que caracterizam a funcionalidade da população adulta com doenças crónicas não transmissíveis, ainda são escassos.

Este estudo teve como objetivo a construção e validação de um instrumento para a caracterização da funcionalidade dos adultos com doenças crónicas não transmissíveis,

que foi apelidado de TNF. O desenvolvimento da TNF seguiu os procedimentos sugeridos pela literatura, entre os quais: a identificação da estrutura conceitual, a definição dos objetivos do instrumento e da população alvo, a construção dos itens e escala de resposta, a aplicação e respetivo pré-teste e a análise das propriedades psicométricas. Importa referir que os procedimentos referidos são em tudo semelhantes aos utilizados no Estudo A.

1.2.1. Identificar as dimensões da funcionalidade a incluir no instrumento

O desenho da TNF teve início com a RSL, cujo principal objetivo foi identificar as atividades e áreas de participação mais limitadas na população adulta com doença crónica, tendo por base o modelo conceitual da CIF (DGS, 2004) e os diversos *Comprehensive ICF Core Set*.

No entanto, após a análise dos diversos instrumentos de avaliação e medida relacionados com o conceito de incapacidade e funcionalidade, disponibilizados no RIMAS (Anexo 1) constatou-se que a maioria dos itens tinham correspondência direta com a dimensão Atividade e participação da CIF, pelo que é na mesma que se estrutura a TNF. Deste modo foram consideradas as sub-dimensões: aprendizagem e aplicação dos conhecimentos, tarefas e exigências gerais, comunicação, mobilidade, autocuidados, vida doméstica, interações e relacionamentos interpessoais, principais áreas da vida e vida comunitária, social e cívica.

Para otimizar a análise da informação recolhida foram analisadas as frequências dos códigos da CIF de segundo e terceiro nível, tendo sido identificados 71 itens distribuídos pelos diferentes domínios da dimensão Atividades e participação.

Sabendo que na CIF todos os domínios das Atividades e participação podem ser classificados com qualificadores de capacidade e desempenho, optou-se por utilizar o qualificador de desempenho, pois representa o que o indivíduo faz no seu ambiente de vida habitual. Para o efeito foi assumida a escala de resposta sugerida na CIF, apesar da mesma não seguir a métrica de uma escala de *Likert* normal, o poderá constituir uma limitação ao comparar os resultados obtidos com os de outros instrumentos.

1.2.2. Desenhar e validar o instrumento para a população portuguesa

Para a seleção e organização dos itens resultantes da revisão da literatura foi constituído um grupo de discussão que teve como resultados (1) seleção dos itens, resultantes da revisão da literatura, que melhor caracterizassem a funcionalidade da população portuguesa, adulta em idade laboral com doença crónica; (2) adaptação da semântica no sistema métrico de qualificação, tendo por referência os qualificadores da CIF; (3) edição do guião de perguntas para aplicação da TNF; (4) e construção do manual de aplicação da TNF. Os resultados obtidos emergiram da reflexão conjunta de um grupo de dez peritos em diferentes áreas, como doenças crónicas, e classificação da funcionalidade, corroborando o que vários autores defendem ao afirmarem que a grande vantagem dos grupos de discussão (*focus group*) é a de permitir a interação do grupo (Carson et al., 2001; McDaniel; Gates, 2004), pois sem esta dinâmica não teria sido possível produzir os resultados alcançados.

Posteriormente com o objetivo de validar a consistência interna da TNF recorreu-se a um painel *Delphi*, a partir do qual foram selecionados os itens a incluir no instrumento (Anexo 12). Neste âmbito, foram realizadas duas rondas: na primeira recorreu-se a questões fechadas, cuja resposta foi dada através de uma escala de concordância do tipo *Likert* de cinco pontos. Nesta fase não foi excluído nenhum item, sendo o grau de concordância superior a 50%.

A segunda ronda foi realizada 15 dias depois e após terem sido colocadas as mesmas questões, chegou-se à conclusão que o item “educação de nível superior” deveria ser excluído do procedimento de avaliação subsequente por ter obtido um grau de concordância inferior a 50%.

1.2.3. Analisar as propriedades psicométricas do instrumento

Após o processo de validação de conteúdo, a partir do qual foram selecionados 38 itens, foi realizado um pré-teste a nível nacional, com doentes com e sem certificado de incapacidade atribuído, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos. Os dados foram recolhidos, entre de julho de 2012 e maio de 2013, em sete ACES de Portugal Continental, três associações de doentes, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil e Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto.

Para verificar as propriedades psicométricas da TNF recorreu-se a uma análise fatorial exploratória, através da técnica de ACP, que permitiu explorar as variáveis de *input* e agrupá-las de acordo com parâmetros de afinidade e sintetizar a informação inicialmente recolhida (Tabachnick; Fidell, 2007).

Os resultados obtidos demonstram que as dimensões sugeridas pela ACP apresentam melhores características psicométricas que as dimensões teóricas descritas na CIF. Assim, foram definidas cinco dimensões principais: Mobilidade e Autocuidado, Competências gerais, Competências específicas, Sociabilidade e Manipulação e Manuseio.

Para analisar a consistência interna, recorreu-se ao coeficiente alfa de *Cronbach* e à metodologia *split-half*, verificando-se que em ambos os casos os valores são superiores a 0,70, (a oscilar entre 0,79 e 0,95 na metodologia *split-half* e entre 0,83 e 0,95 no alfa de *Cronbach*). De acordo com Kline (2000) estes valores são bastante satisfatórios.

Foi, ainda, analisada a validade discriminante do instrumento que revelou que os valores médios dos doentes com e sem CIT não são iguais, o que sugere que este instrumento é sensível às diferenças existentes entre doentes crónicos com e sem incapacidade. Para analisar a validade externa da TNF para as doenças crónicas, recorreu-se ao SF36, um instrumento que também permite identificar e quantificar a qualidade de vida, através de três dimensões: Capacidades funcionais, Limitações por aspetos físicos e Limitações por aspetos emocionais. Os resultados obtidos revelaram a existência de uma correlação significativa moderada entre as cinco dimensões da TNF e as três dimensões da SF36, sendo a mais elevada a que ocorre entre a Mobilidade e autocuidados e as Capacidades funcionais.

A sensibilidade dos dados foi avaliada através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* que revelou que a distribuição não segue os padrões de normalidade, pelo que ao longo do estudo serão utilizados testes não paramétricos.

Perante o exposto, verifica-se que a TNF apresenta boas características psicométricas e como tal revela-se adequada para avaliar a funcionalidade dos adultos com doenças crónicas, pois segundo Mendes (2008) a funcionalidade deve ser avaliada através de um instrumento apropriado, fiável e válido que permita identificar os problemas específicos do utente e fornecer dados (pontuações finais) que facilitem a comunicação entre os profissionais de saúde.

1.2.4. Descrever o perfil funcional da população adulta com doença crónica

Participaram no estudo 308 sujeitos de todo o país, com idades compreendidas entre os 24 e os 65 anos ($M = 52,66$; $DP = 8,95$) sendo a maioria do sexo feminino (62,3%), o que confirma os dados do INS 2014 (INE, 2016), segundo os quais a proporção de mulheres portadoras de doenças crónicas é significativamente superior à dos homens. Constatou-se, ainda, que a maior parte dos sujeitos pertence à AML Lisboa (38,3%).

No que às doenças crónicas diz respeito, foram incluídas as mais comuns, as menos incapacitantes e as muito incapacitantes. Os resultados obtidos revelam que a Artrite reumatoide foi a doença crónica incapacitante, mais referida pelos inquiridos (13,3%); e nas mais comuns, os valores mais elevados pertencem à Diabetes mellitus (12,3%) e à Depressão (10,4%). Estes resultados são ligeiramente diferentes dos encontrados no INS 2014 (INE, 2016), segundo os quais a proporção da população com 15 ou mais anos com diabetes é de 9,3% e com depressão é de 11,9%. Verificou-se, ainda, que 2,6% das pessoas possuem CIT; 31,5% a título permanente e 14,6% dos participantes têm um certificado de incapacidade prorrogado.

É importante salientar que a Depressão é a doença com maior número de pessoas com certificado de incapacidade permanente; a Artrite reumatoide com mais certificados de incapacidade prorrogado; e a Diabetes *mellitus* a que menos possui certificados de incapacidade. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de existirem poucos instrumentos que avaliam a incapacidade, funcionalidade e qualidade de vida das pessoas com diabetes, o que sugere que existe pouca sensibilização para a necessidade de avaliar a funcionalidade desta população.

Ao analisar as Atividades e participação isoladamente, foi possível verificar que mais de 50% dos participantes mencionou sentir dificuldade em: realizar trabalho remunerado (d850), realizar trabalhos domésticos (d640), conduzir (d475) e levantar e transportar objetos (d430). Resultados semelhantes foram encontrados por Ewert e colaboradores (2004) e Weigl e colaboradores (2004) que demonstram que os participantes dos seus estudos, têm as mesmas Atividades e participação limitadas em mais de 70%.

O facto de a Atividade e participação, realizar trabalho remunerado (d850), ser referida como a mais limitada neste estudo e em estudo similares (e.g., INE, 2016), alerta para a necessidade de adaptar as condições de trabalho às limitações funcionais dos trabalhadores com doença crónica. Segundo a *Public Health Agency of Canada* (PHAC, 2013) as boas condições de trabalho contribuem para o bom estado de saúde e quando as pessoas se encontram empregadas tendem a demonstrar melhores níveis de saúde.

A análise dos dados por dimensão da TNF, revela que os valores médios mais elevados pertencem à Mobilidade e autocuidados, o que sugere que as maiores dificuldades se relacionam com as atividades do dia-a-dia, nomeadamente: realizar a rotina diária (d230), mudar a posição básica do corpo (d410), manter a posição do corpo (d415), andar (d450), deslocar-se por diferentes locais (d460), utilizar transportes públicos (d470), cuidar de partes do corpo (d520), vestir (d540), adquirir bens e serviços (d620), ajudar os outros (d660) e participar em atividades de recreação e lazer (d920). Importa

referir que os dados disponibilizados pelo INS 2014 (INE, 216) acrescentam a esta dimensão, a atividade: deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465).

1.2.5. Comparar as dimensões da funcionalidade em função das variáveis sociodemográficas

Para facilitar a leitura dos dados, as idades dos participantes foram recodificadas em dois grupos, de acordo com o valor da média: menos de 52 anos e 53 anos ou mais. Os resultados demonstram que apesar dos participantes pertencentes ao grupo mais velho apresentarem valores médios mais elevados na maioria das dimensões, apenas existem diferenças significativas em função da idade no que diz respeito às Competências gerais.

Também foi possível verificar que as diferenças significativas em função do sexo apenas ocorrem ao nível das Competências específicas, apesar dos homens, em valores médios, referirem mais dificuldades que as mulheres na maioria das dimensões.

Relativamente ao tipo de doença crónica, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da TNF, sendo que a Paralisia cerebral é a doença crónica que mais compromete a Mobilidade e autocuidados, as Competências específicas, a Sociabilidade, a Manipulação e manuseio e particularmente, as Competências gerais. Por outro lado, a Doença pulmonar obstrutiva é a doença que menos compromete a funcionalidade dos participantes. Este resultado é expectável, uma vez que a Paralisia cerebral, é a doença mais incapacitante incluída no estudo.

Os resultados obtidos revelam, ainda, que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da TNF em função do local da consulta em que os participantes foram atendidos, verificando-se que os valores médios mais elevados pertencem aos participantes da Área Metropolitana de Lisboa. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de as instituições onde foram recolhidos os dados sobre as doenças mais incapacitantes estarem localizadas em Lisboa.

Os dados apresentados permitiram concluir que são os participantes do sexo masculino, os que têm mais que 53 anos e os que vivem na Área Metropolitana de Lisboa, que apresentam maior dificuldade na maioria das dimensões.

1.2.6. Correlacionar os fatores ambientais e pessoais com as dimensões da funcionalidade

A análise da associação das dimensões da funcionalidade com os fatores ambientais demonstrou que as dimensões da TNF se correlacionam significativamente com o local da consulta, o tipo de certificado de incapacidade e o sexo dos participantes, sendo a associação mais elevada a que ocorre entre os pacientes do sexo masculino e as Competências específicas.

Os resultados revelam, ainda, que quanto mais novos são os participantes, menor é a presença de doenças crónicas e que as maiores dificuldades ocorrem ao nível das Competências específicas, nomeadamente: ler (d166), resolver problemas (d175), falar (d330), escrever mensagens (d345), cuidados relacionados com o processo de excreção (d530), alimentar-se (d550, d560), cuidar da saúde (d570) e transações económicas básicas (d860).

Estes resultados podem ser corroborados pelo *World Report on Ageing and Health* (OMS, 2015b), segundo o qual à medida que as pessoas envelhecem ficam mais propensas para ter múltiplas doenças crónicas em simultâneo (multimorbidade). De acordo com este estudo, o impacto da multimorbidade sobre a funcionalidade, a qualidade de vida e o risco de mortalidade podem ser significativamente maiores do que a soma dos efeitos individuais que poderiam advir dessas doenças crónicas isoladamente.

1.2.7. Identificar as variáveis com maior impacto nas dimensões da funcionalidade

Considerou-se, ainda, pertinente identificar as variáveis pertencentes aos fatores ambientais (certificado de incapacidade e local da consulta) e fatores pessoais (idade, sexo e doenças) que têm maior impacto nas dimensões da funcionalidade. Devido à natureza das variáveis recorreu-se a uma regressão ordinal, tendo-se verificado que a idade tem um impacto significativo na Mobilidade e autocuidados, nas Competências gerais e na Sociabilidade, pois à medida que a idade aumenta as dificuldades nestas dimensões aumentam também.

A dimensão Mobilidade e auto-cuidados é também a dimensão com mais expressão na população como mais de 65 (Estudo A), o que sugere que estas dimensões devem ser alvo de propostas de ação que facilitem o aumento da funcionalidade da população com doenças crónicas e nos idosos em geral.

Relativamente às doenças foi possível apurar que a Artrite reumatóide e a Paralisia cerebral são as que mais comprometem as dimensões de Mobilidade e autocuidados, Competências gerais e Sociabilidade, o que pode ser explicado pelo facto de serem as doenças mais incapacitantes em estudo. Verificou-se, ainda, que são os participantes do sexo masculino, os que pertencem à ARS do Alentejo e que sofrem de Osteoartrose, Obesidade, Lombalgia, Cancro da mama, Doença pulmonar obstrutiva e/ou Osteoporose que têm maior probabilidade de ter as Competências específicas comprometidas.

Em relação à Sociabilidade foi possível observar que são os participantes mais velhos, que sofrem de Paralisia cerebral, com Certificado de incapacidade prorrogado e que pertencem às regiões do Algarve e Alentejo que têm maior probabilidade de ter mais dificuldade nesta dimensão.

Verificou-se, ainda, que os participantes que vivem na região do Algarve e que sofrem de Diabetes *mellitus* e Paralisia cerebral, têm maior possibilidade de ter mais dificuldades no que se refere à dimensão Manipulação e manuseio.

Devido à reduzida dimensão da amostra, os resultados obtidos não podem ser extrapolados para a população adulta com doenças crónicas, mas a análise dos dados permite confirmar o postulado por Buchalla (2003) segundo o qual as dimensões da funcionalidade estão inter-relacionadas e sofrem influências umas das outras.

No entanto, a validação da TNF, para a população portuguesa, permite classificar a funcionalidade, no contexto específico das doenças crónicas não transmissíveis, e reavaliar os fatores que determinam a saúde e as respostas mais adequadas e efetivas que devem ser dadas pelos serviços de saúde (Loureiro, 2010).

A construção da TNF seguiu a sequência de procedimentos metodológicos definidos pelo *ICF Research Bank* e apesar do esforço para englobar o menor número possível de domínios, foram integrados os necessários para abranger o espectro padrão das limitações da funcionalidade e saúde que se encontram numa condição ou âmbito de intervenção específico (Steiner et al., 2002).

Segundo Tempest e McIntyre (2006), este tipo de instrumento é de reconhecida importância para a prática clínica e para a transmissão de informação entre os diferentes prestadores de cuidados e o utente.

2. Limitações dos estudos

Não obstante o permanente empenho em conferir rigor científico ao trabalho desenvolvido, a metodologia adotada para a elaboração destes estudos será sempre passível de discussão.

A maior limitação identificada prende-se com a representatividade da amostra, pois apesar de todo o cuidado de proceder à estratificação em função dos parâmetros considerados relevantes, a recolha de dados nem sempre correspondeu às expectativas, em particular o estudo dirigido às doenças crónicas que ficou muito aquém do esperado. Por outro lado, a amostra do estudo dos idosos apenas é representativa para a região do Alentejo, o que não permite extrapolar os dados para o contexto nacional.

A realização destes estudos dependeu muito do envolvimento dos colaboradores que recolheram os dados e da participação dos sujeitos que constituem a amostra. Além de que a implicação de um número tão elevado de pessoas originou alguns constrangimentos que impediram a finalização deste projeto no prazo inicialmente previsto. Entre os principais constrangimentos encontra-se:

- a resistência ao preenchimento dos questionários que pode ser justificada pelo princípio de resistência à mudança;
- a falta de formação dos profissionais de saúde sobre o sistema de classificação da saúde, nomeadamente, da CIF; e apesar deste constrangimento ter sido ultrapassado com a realização de uma formação a todos os entrevistadores, antes do início da recolha de dados, o que se constituiu como um ganho, atrasou a concretização dos objetivos;
- a pouca sensibilização para a necessidade de recolha de informação sobre o estado funcional;
- a reduzida divulgação e conhecimento da CIF junto dos profissionais de saúde;
- a falta de estudos nas temáticas: avaliação da funcionalidade e incapacidade nas doenças crónicas e nos idosos segundo as dimensões da funcionalidade referidas na CIF.

Segundo Price e Murnan (2004), existem limitações metodológicas que podem interferir na credibilidade científica do estudo, entre as quais: (1) uma amostragem desadequada; (2) a eventual seleção de pontos de partida inadequados para a formulação das questões; (3) e uma interpretação menos rigorosa e formulação de questões tendenciosas.

Todavia, as limitações que nos parecem mais salientes neste estudo são:

- Ausência de estudos que caracterizem a funcionalidade com o modelo métrico adotado, pois a confrontação com resultados obtidos por outros autores teria enriquecido largamente o estudo;
- Ambiguidade na redação dos itens incluídos nos questionários, em particular no estudo dos idosos, como se pôde observar na primeira ACP no *core set* dos idosos, que revelou que uma parte considerável das questões tinham contributos muito reduzidos para a explicação dos resultados, outras encontravam-se associadas a vários fatores em simultâneo e existiam fatores que eram compostos apenas por um item o que impossibilitou a sua inclusão na análise. De salientar, ainda, que em algumas das dimensões extraídas a consistência interna era extremamente baixa o que também não permitiu que as mesmas fossem incluídas no estudo;
- Grande subjetividade no registo de determinados dados (e.g., capacidade de descrever o que observou e de resolver problemas);
- Critérios eventualmente desadequados para caracterizar a amostra do grupo de discussão (*focus group*) e painel de peritos, que foi notório no estudo dos idosos, quando o número de itens validados no painel Delphi e no grupo nominal estavam associados, em igual número, às Funções do corpo e às Atividades e participação. De salientar que estas dimensões foram classificadas com o qualificador capacidade, que avalia o que a pessoa é capaz de fazer em ambiente controlado, e o constructo mais representativo da funcionalidade é a Atividade e participação que deve ser classificado com o qualificador desempenho que avalia o que a pessoa faz em contexto de vida normal.

Apesar de constituírem limitações, estes aspetos foram importantes para o desenho do estudo das doenças crónicas, pois as lacunas encontradas tentaram, sempre que possível, ser ultrapassadas, o que pode ser corroborado através dos excelentes resultados obtidos a partir da construção e validação da TNF.

3. Facilitadores dos estudos

Apesar do conjunto de constrangimentos identificados, também, existiram fatores facilitadores que contribuíram para a implementação do projeto, entre os quais:

- Aprovação da CIF em termos nacionais na 240ª Deliberação do Conselho Superior de Estatística, em 2002 (CSE, 2002);

- Publicação da CIF em português europeu no site da DGS, em 2004;
- Aplicação da CIF como instrumento de recolha de informação enquanto diretiva da OMS;
- Concetualização classificativa suportada por um modelo biopsicossocial, com o qual os profissionais de saúde se puderam identificar;
- A informação recolhida foi ao encontro das necessidades dos profissionais das unidades de cuidados de saúde primários, profissionais dos sistemas de verificação de incapacidade e das associações de utentes;
- Elaboração e distribuição de um manual de aplicação a todos os entrevistadores, antes do início da recolha de dados.

4. Perspetivas futuras

Com o objetivo de minorar as limitações encontradas, no estudo, seria pertinente testar as propriedades psicométricas dos instrumentos desenhados em amostras mais representativas. No contexto dos idosos, a amostra deveria abranger todas as regiões do país de forma a representar a realidade nacional; e no contexto das pessoas com doenças crónicas, além de aumentar a dimensão da amostra, seria interessante incorporar outras doenças crónicas.

Uma vez que a construção da TNF tentou suprimir algumas das limitações metodológicas encontradas na construção do *Core set* dos idosos e permite classificar a funcionalidade reportando-se ao contexto de vida normal, considera-se pertinente validar este instrumento também para pessoas com mais de 65 anos. A classificação da funcionalidade no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), permitirá integrar a funcionalidade como uma variável epidemiológica e alinhar as necessidades de saúde com as respostas prestadas pelos serviços de saúde.

Por outro lado, sendo o instrumento *Core set* dos idosos um instrumento que se reporta à capacidade de realizar uma determinada tarefa, num determinado momento, poderia ser testado como ferramenta para classificar a funcionalidade em contextos de internamento, uma vez que é reconhecida a dificuldade dos profissionais de saúde que trabalham em contexto hospitalar em projetar o utente no seu contexto de vida normal (Pereira, 2008). A validação do *Core set* dos idosos em ambiente hospitalar facilitará a identificação de ganhos de saúde, em menor espaço de tempo, uma vez que não é apenas classificada a capacidade de realizar determinada tarefa em contexto normal de vida, mas também com fatores ambientais controlados.

Sabendo que a TNF já foi referenciada como um instrumento que permite classificar a funcionalidade em diferentes contextos (Despacho n.º 10.218/2014), nomeadamente hospitalar, CSP, Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e regime especial de proteção na invalidez (Decreto-Lei n.º 246/2015), a análise de dados recolhidos neste estudo permite verificar a adequabilidade desta tabela ao fim que se propôs.

Outra das áreas que também recorre ao uso da CIF como instrumento de referência diz respeito à atribuição de financiamento público de produtos de apoio, cuja principal função é aumentar a atividade e participação dos indivíduos que deles beneficiam. Constatando-se que até à data ainda não foi publicado nenhum estudo sobre a caracterização da funcionalidade da população que beneficiou deste financiamento, o que impossibilita a identificação de ganhos funcionais e, conseqüentemente, de saúde associados a este financiamento público.

Para além da validação dos instrumentos desenvolvidos neste estudo e assumindo os pressupostos que o justificam, é relevante desenhar instrumentos que caracterizem a funcionalidade nas primeiras fases do ciclo de vida, tendo em consideração que a evolução de competências funcionais se realiza em velocidades diferentes segundo o padrão de desenvolvimento da criança e jovens. Neste sentido, seria desafiador desenvolver uma classificação da funcionalidade para as diferentes fases do neuro desenvolvimento em crianças saudáveis, pois só conhecendo o padrão da normalidade em todas as dimensões da funcionalidade seria possível identificar as alterações a esse desvio. Para o efeito, sugerem-se processos metodológicos que assentem em estudos longitudinais.

5. Considerações finais

Após um longo percurso de trabalho que envolveu 1.214 pessoas em estudo e várias dezenas de profissionais de saúde, que aqui assumiram o papel de co-investigadores, uns como participantes nos diversos procedimentos metodológicos (painel *Delphi*, grupo nominal e grupos de discussão), outros como entrevistadores, importa enunciar quais as mais valias que este estudo pode trazer para o desenvolvimento de melhores resultados em saúde.

O desenvolvimento desta tese assentou na evidência recolhida que demonstra que o conhecimento da funcionalidade de uma pessoa ou de uma população pode ser um contributo importante para conhecer o respetivo estado de saúde, sendo para o efeito necessário desenvolver instrumentos de registo que permitam recolher informação que

caracterize a funcionalidade.

Um dos aspetos inovadores deste projeto está associado ao facto de se tentar desenvolver um mecanismo de registo em saúde, tendo por base a CIF, que seja centrado na pessoa e nas suas dimensões de funcionalidade e que permita complementar os registos de doença.

Ao serem identificados alguns dos desafios da saúde, nomeadamente: a necessidade de recolher informação que caracterize a funcionalidade; o aumento da prevalência das pessoas com mais de 65 anos; o aumento da incidência de pessoas com doenças crónicas; a necessidade de internalização de cuidados de saúde centrada na pessoa; e a necessidade de demonstrar ganhos em saúde, foi possível reconhecer a utilidade dos resultados produzidos por esta tese. Acredita-se, assim, que a informação sobre a funcionalidade poderá ser relevante como variável epidemiológica e contribuir para o alinhamento das necessidades de saúde com as respostas dos serviços de saúde.

Apesar do instrumento desenhado para caracterizar a funcionalidade dos idosos, inicialmente ser composto por 45 itens e após a análise das propriedades psicométricas, apenas terem sido selecionados 22, é interessante verificar a forte associação com os domínios considerados cruciais pela OMS, para que as pessoas idosas alcancem objetivos funcionais. De salientar que esta investigação foi concluída antes da publicação do *World Report on Ageing and Health* (WHO, 2015b). As inúmeras semelhanças encontradas credibilizam a escolha dos procedimentos metodológicos realizados, uma vez que os resultados vão no sentido da evidência publicada. A adequação da metodologia e a pertinência do estudo foram, ainda, reforçadas pela publicação de uma das RSL (Anexo 17) e dos resultados recolhidos (Anexo 18) que serviram de base de trabalho para o desenho do sistema de classificação da funcionalidade dos idosos, adotado pela Rede Nacional de Cuidados Continuados. Dessa adaptação resultou uma publicação (Anexo 19) que, por sua vez, suportou o desenho de um instrumento de caracterização da funcionalidade dos idosos para a RNCCI, como instrumento de referência, monitorização e avaliação de resultados (Diário da República n.º 24/2017, Série I, de 02/02/2017), no âmbito da reforma da RNCCI.

A iniciativa de construção e validação de uma TNF para as doenças crónicas, a longo prazo, permite: (1) delinear políticas de saúde, sociais e de emprego de acordo com a funcionalidade da pessoa com doença crónica; (2) dotar os profissionais de saúde e sociais de um instrumento de recolha de informação que complemente os registos de doença e incapacidade de acordo com a CID e a TNF; (3) medir os ganhos de

funcionalidade obtidos, após a intervenção terapêutica ou de reabilitação relacionados com a qualidade de vida, integração social e vida ativa; (4) e planear as intervenções comunitárias de acordo com o nível de funcionalidade dos grupos populacionais, com uma efetiva previsão de custos e de avaliação do desempenho dos serviços.

O instrumento desenhado para caracterizar a funcionalidade das pessoas com doenças crónicas dos 18 aos 64 anos apresenta boas características psicométricas e, apesar do reduzido número da amostra, este instrumento é sensível às diferenças existentes entre doentes crónicos com incapacidade e sem incapacidade, o que ficou demonstrado no artigo publicado na Revista Acta Médica Portuguesa (Anexo 20). Foi, ainda, encontrada uma correlação significativa moderada entre as cinco dimensões da TNF e as três dimensões da SF36, sendo a mais elevada a que ocorre entre a Mobilidade e autocuidados e as Capacidades funcionais.

O reconhecimento da abrangência desta classificação, nomeadamente a relevância da identificação de componentes de saúde, da pessoa e das populações para o processo de tomada de decisão política, especialmente no contexto das doenças crónicas, justifica a sua publicação no Despacho n.º 10218/2014, Diário da República n.º 152, II Série, de 8 de agosto de 2014, que visou a adoção de políticas de saúde e sociais de acordo com a funcionalidade da pessoa com doença crónica e não apenas de acordo com a sua incapacidade.

A partir da construção e validação do instrumento para a caracterização da funcionalidade dos adultos com doenças crónicas não transmissíveis (Estudo B) foi desenvolvida a Norma Clínica n.º 014/2014, de 01/09/2014 (Anexo 21), a qual acompanha o manual das questões (Anexo 15), o manual de utilização da TNF (Anexo 16), e a apresentação da formação para os profissionais (Anexo 22).

Na sequência das indicações de uso da TNF, em contextos específicos do SNS, foi criado o modelo de registo digital da TNF, disponibilizado no sistema de informação SClinico, em julho de 2015, para Hospitais e CSP e no sistema de informação *GestCare*, em dezembro do mesmo ano, que suporta a RNCCI.

No âmbito da aprovação do regime especial de proteção na invalidez, o Decreto-Lei n.º 246/2015, de 20 de outubro (Diário da República n.º 205/2015, I Série), posteriormente atualizado pela Lei n.º 6/2016, de 17 de março (Diário da República n.º 54/2016, I Série) também recomenda o uso desta tabela a título experimental como meio de avaliação complementar e sem prejuízo de os seus efeitos se encontrarem suspensos para certificação médica nas situações de incapacidade permanente para o trabalho,

dependência ou deficiência e no âmbito do sistema de verificação de incapacidades da junta médica da Caixa Geral de Aposentações.

A adoção da TNF resulta do facto de ser um instrumento de fácil aplicação que pode ser utilizado por profissionais de saúde e de ação social para traduzir o desempenho da pessoa no seu contexto de vida normal. Neste âmbito, permite classificar a pessoa, tendo em consideração a influência dos seus fatores ambientais, e identificar um *score* global de funcionalidade e um *score* unidimensional, para cada uma das suas dimensões constituintes (Mobilidade e autocuidados, Competências gerais, Competências específicas, Sociabilidade e Manipulação e manuseio) (Pereira et al., 2016).

Além dos motivos que justificaram o desenvolvimento da TNF, importa referir o seu reconhecido valor e utilidade para as áreas clínica, social e fiscal, na abordagem à população com doença crónica e/ou incapacidade temporária ou permanente. Perante o exposto, sugere-se que a sua aplicação possa ser alargada para outras áreas, como o emprego e formação profissional e como medida de caracterização da funcionalidade em diferentes dimensões, desde que a população de referência seja constituída por adultos entre os 18 e os 64 anos.

Tendo sido alcançado o objetivo geral deste trabalho – a construção e validação de instrumentos para a caracterização da funcionalidade da população em diferentes fases do ciclo de vida: população com mais de 65 anos e adultos (entre os 18 e os 64 anos) com doenças crónicas não transmissíveis – acredita-se ter contribuído para o desenvolvimento de mecanismos de informação, que de forma integrada, permitam recolher, tratar e disponibilizar dados de natureza clínica e epidemiológica que produzam informação que suportem as decisões de políticas de saúde e que garantam o princípio da equidade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde.

Tendo por base os resultados obtidos através da aplicação de ambos os instrumentos, na área dos idosos, especificamente na região do Alentejo, observou-se que a dimensão da funcionalidade mais comprometida diz respeito às Estruturas relacionadas com o movimento, sendo os cuidados de fisioterapia os que têm maior procura em relação à oferta. Para minimizar os défices de funcionalidade associados a esta dimensão, seria pertinente envolver as redes de apoio autárquico, as IPSS e outras estruturas de apoio aos idosos, no sentido de implementar dinâmicas dirigidas à promoção da atividade física de forma a prevenir a instalação de défices de movimento. Por outro lado, seria pertinente aumentar o acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente, na área da fisioterapia para potenciar a mobilidade ativa desta população. Porém, a promoção da

atividade física deve ser potenciada ao longo de todo o ciclo de vida, pois além de ser uma medida imediata de promover a saúde, os seus efeitos prolongam-se para os anos subsequentes. No entanto, é importante que os planos de atividade física sejam adaptados às populações específicas, nomeadamente pessoas com deficiências e pessoas com doenças crónicas e ao longo de todo o ciclo de vida.

A análise conjunta dos estudos permite afirmar que quanto mais novos são os participantes, menor é a presença de doenças crónicas, apesar de não serem as doenças que mais contribuem para a diminuição da Funcionalidade global, mas sim a idade. Os resultados obtidos revelaram que com o avançar da idade as dificuldades no que diz respeito à Mobilidade e autocuidados, Competências gerais e Sociabilidade, aumentam significativamente.

Foi, ainda, possível verificar que os valores médios mais elevados pertencem à Mobilidade e autocuidados, o que sugere que as maiores dificuldades se relacionam com as atividades do dia-a-dia. Na sequência desta evidência observou-se que receber cuidados pessoais é a variável com maior impacto na funcionalidade dos idosos. Face a esta situação, é importante que as respostas que integram cuidados continuados e apoio social possam garantir que as pessoas idosas tenham uma vida digna, mesmo quando existem declínios de funcionalidade. Esta situação reflete o facto de Portugal ser um dos países que apresenta menor despesa em cuidados de saúde de longa duração: 0,2% do PIB (OECD, 2013), mesmo sendo uma resposta com financiamento de dois mistérios (Saúde e Segurança Social).

Outra medida que poderá ter impacto na funcionalidade do idoso é o reconhecimento do estatuto do cuidador (e.g. familiares, amigos, pessoas próximas) enquanto prestador de cuidados pessoais, pois além de contribuir diretamente para aumentar os ganhos funcionais dos idosos, contribui indiretamente para os ganhos em saúde da população em geral.

Os cuidados informais, geralmente, prestados por familiares, são um importante suporte dos sistemas de cuidados de longa duração em todos os países da OCDE, no sentido em que descentralizam o investimento e desenvolvem ações de promoção da saúde que permitem a caracterização da funcionalidade. Todavia, na população muito idosa, mais especificamente com mais de 85 anos, os familiares que se disponibilizam para prestar cuidados pessoais, também já são idosos, pelo que o reconhecimento do estatuto do cuidador deverá ser alargado para além do agregado familiar.

Em síntese, e sem intenção de generalizar esta conclusão, podemos afirmar que as pessoas com mais de 18 anos com doença crónica e os idosos em geral, têm mais

dificuldades nas dimensões Estruturas relacionadas com o movimento e Mobilidade e autocuidados.

Neste âmbito, estas dimensões devem ser alvo de desenhos de políticas transversais a todos os setores, porque só assim é possível potenciar os ganhos em saúde nestas áreas, que se constituem indicadoras do estado saúde para esta população. A classificação periódica dos componentes de saúde da população que recorre ao SNS poderá, assim, ajudar a perceber se as decisões clínicas modificam o estado de saúde do indivíduo ou população, nomeadamente, no que diz respeito aos portadores de doenças crónicas e aos idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABODERIN, I. A.; BEARD, J. R. - CIHI Older people's health in sub-Saharan Africa. **Lancet**. 385(2015) e9-11.
- AFONSO, P. - Contratualização em ambiente de Cuidados de Saúde de Saúde Primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 9 (2010) 59-64.
- ALEXI, L. [et al.] - **Individuals living in the community with chronic conditions and functional limitations: a closer look**. Baltimore: U.S. Department of Health and Human Services, 2010.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. - Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método *grade of membership*. **Cadernos Saúde Pública**. 24:3 (2008a) 535-546.
- ALVES, L.; LEITE, I., MACHADO, C. - Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. 13:4 (2008b) 1199-1207.
- ALWAN, A. - Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases progress and capacity in high-burden countries. **Lancet**. 376 (2010), 1861-1868.
- ANDERSON, S.; LOESER, R. F. - Why is osteoarthritis an age-related disease? **Best Practice & Research: Clinical Rheumatology**. 24:1 (2010) 15-26.
- ANTONOVSKY, A. - A call for a new question - salutogenesis - and a proposed answer: the sense of coherence. **Journal of Preventive Psychiatry**, 2 (1984) 1-13.
- ARBUCKLE, J. L. - **AMOS 20.0 User's Guide**. Chicago, IL: SPSS Inc., 2011.
- ARNESEN, T.; NORD, E. - The value of DALY life: problems with ethics and validity of disability adjusted life years. **Education and Debate**. 319 (1999)1423-1425.
- ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA - **Constituição da República Portuguesa**. Lisboa: Assembleia da República, 2005.
- BANKS, P. - **Policy framework for integrated care for older people: developed by the CARMEN network**. London: EHMA, 2004.
- BARNETT, K. [et al.] - Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. **Lancet**. 380:9836 (2012) 37-43.

BARTHOLOMEYCZIK, S. [et al.] - Development and use of the ICF from the nursing point of view: a position statement of the German speaking working group "ICF and Nursing. **Pflege Zeitschrift**. 59:9 (2006) 2-7.

BASSUK, S. S.; GLASS; T. A.; BERKMAN, L. F. - Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. **Annals of Internal Medicine**. 131 (1999)165-173.

BERG, K. [et al.] - Relationship between inter RAI HC and the ICF: opportunity for operationalizing the ICF. **BMC Health Services Research**. 17 (2009) 9-47.

BICKENBACH, J. E. - Disability and equality. **Journal of Law and Equality**. 2:1 (2003a) 7-15.

BICKENBACH, J. E. - Functional status and health information in Canada: proposals and prospects. **Health Care Financing Review**. 24:3 (2003b) 89-102.

BICKENBACH, J. E. [et al.] - Ageing, disability and the WHO's international classification of functioning, disability and health (ICF). **The Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice**. 28:2 (2003c) 294-303.

BLOOM, D. E. [et al.] - Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. **Lancet**. 385 (2015), 649-657.

BODDY, D. - **Management: an introduction**. New York: Pearson, 2012.

BOLDT, C. [et al.] - ICF Core Set for patients with cardiopulmonary conditions in the acute hospital. **Disability & Rehabilitation**. 27:7/8 (2005a) 375-380.

BOLDT, C. [et al.] - The ICF categories identified in nursing interventions administered to neurological patients with post-acute rehabilitation needs. **Disability & Rehabilitation**. 27:7/8 (2005b) 431-436.

BOSMA, H. [et al.] - The Delphi technique is an iterative process that typically comprises two to three rounds of anonymous questionnaires. **Palliative Medicine**. 24:1 (2010) 79-87.

BOTELHO, M. - Idade avançada: características biológicas e multimorbilidade. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 23 (2007) 191-195.

BOTELHO, M. A. - **Autonomia funcional em idosos: caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano**. Porto: Laboratórios Bial, 2000.

BOWLING, A. - Successful ageing from older people's perspectives: results from a British survey of ageing. **European Journal of Ageing**. 3 (2006)123-136.

- BRACH, M. [et al.] - ICF Core Sets for breast cancer. **Journal of Rehabilitation Medicine: Official Journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine**. 44 (2004), 121-127.
- BRANCO, N. - **Cuidados continuados integrados: estudo de um caso**. Lisboa: ISCSP, 2010. Dissertação de Mestrado.
- BRUIN, S. R. [et al.] - Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: a systematic literature review. **Health Policy**. 107:2-3 (2012) 108-145.
- BRYANT, L. L.; CORBETT, K. K.; KUTNER, J. S. - In their own words: a model of healthy aging. **Social Science & Medicine**. 53:7 (2001) 927-941.
- BUCHALLA, M. C. - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Acta Fisiátrica**. 10:1 (2003) 29-31.
- BUSSE, R. - **Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges**. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
- CALDAS, C. - Envelhecimento com dependência: Responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, 19:3 (2003) 773-781.
- CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI) - **The health indicators project: the next 5 years**: Report from the Second Consensus Conference on Population Health Indicators. Ontario: CIHI, 2005.
- CARAPINHEIRO, G. - A saúde no contexto da sociologia. **Sociologia: Problemas e Práticas**. 1 (1986) 9-22.
- CARE CONTINUUM ALLIANCE (CCA) - **Implementation and evaluation**: a population health guide for primary care models. Washington: CCA, 2012.
- CARSON, D. [et al.] - **Qualitative Marketing Research**. London: Sage, 2001.
- CAUGHEY, G. E. [et al.] - Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia. **BMC Public Health**. 8 (2008) 221.
- CIEZA, A. [et al.] - Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. **Journal of Rehabilitation Medicine: Official Journal of the UEMS European Board of Physical And Rehabilitation Medicine**. 44 (2004) 9-11.
- CLARKSON, P. [et al.] - Integrated specialist assessment of older people and predictors of care home admission. **Psychological Medicine**. 36 (2006) 1011-1021.
- CLAUSER, S.; BIERMAN, A. - Significance of functional status data for payment and quality. **Health Care Financing Review**. 24:3 (2003) 1-12.

COLOMBO, F. [et al.] - **Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care.** Paris: OECD Publishing, 2015.

COMISSÃO PARA A CIDADANIA E A IGUALDADE DE GÉNERO (CIG) - **O que é o envelhecimento ativo?** Lisboa: CIG, 2012.

CONSELHO SUPERIOR DE ESTATÍSTICA (CSE) - **240ª Deliberação do Conselho Superior de Estatística.** Lisboa: CSE, 2002.

CRESWELL, J. W. - **Social sciences, Research, Methodology, Statistical methods, Research design: Qualitative & quantitative approaches.** Thousand Oaks, CA: SAGE, 1994.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. - **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health.** Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.

DALE, C. [et al.] - Modelling the association of disability according to the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) with mortality in the British Women's Heart and Health Study. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 66:2 (2012) 170-175.

DAVIS, E. - Challenges Posed by Ageing to Financial and Monetary Stability. **Geneva Papers on Risk & Insurance - Issues & Practice**. 30:4 (2005) 542-564.

DECRETO-LEI n.º 101/2006. D.R. I Série A. 109 (06/06/2006) 3856-3865. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

DECRETO-LEI n.º 141/1989. D.R. I Série A. 98 (28/04/1989) 1782-1785. Define as condições de exercício e o regime de protecção social da actividade que é desenvolvida por ajudantes familiares.

DECRETO-LEI n.º 187/2007. D.R. I Série. 90 (10/05/2007) 3100-3116. Aprova o regime de protecção nas eventualidades invalidez e velhice dos beneficiários do regime geral de segurança social.

DECRETO-LEI n.º 208/2001. D.R. I Série. 173 (27/07/2001) 4579-4580. Define as regras a observar na atribuição do complemento extraordinário de solidariedade.

DECRETO-LEI n.º 232/2005. D.R. I Série. 249 (29/12/2005) 7319-7323. Cria o complemento solidário para idosos.

DECRETO-LEI n.º 244/2002. D.R. I Série. 255 (05/11/2002) 7101-7103. Estabelece três níveis de Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

DECRETO-LEI N.º 246/2015. D.R. I Série. 205 (20/10/2015) 9147-9151. Primeira alteração à Lei n.º 90/2009, de 31 de agosto, que institui o regime especial de protecção

na invalidez, e terceira alteração do Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de julho, que cria o complemento por dependência.

DECRETO-LEI n.º 246/2015. D.R. I Série. 205 (20/10/2015) 9147-9151. Primeira alteração à Lei n.º 90/2009, de 31 de agosto, que institui o regime especial de proteção na invalidez, e terceira alteração do Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de julho, que cria o complemento por dependência.

DECRETO-LEI n.º 265/1999. D.R. I Série. 162 (14/07/1999) 4397-4401. Procede à criação de uma nova prestação destinada a complementar a proteção concedida aos pensionistas de invalidez, velhice e sobrevivência dos regimes de segurança social em situação de dependência.

DECRETO-LEI n.º 281/2003. D.R. I Série. 259 (08/11/2003) 7492-7499. Cria a rede de cuidados continuados de saúde.

DECRETO-LEI n.º 281/2009. D.R. I Série. 193 (06/10/2009) 7298-7301. Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.

DECRETO-LEI n.º 3/2008. D.R. I Série. 4 (07/01/2008) 154-164. Define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo.

DESPACHO n.º 6716-A/2007. D.R. II Série. 68 (05/04/2007) 8960-8962. Cria o Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas.

DIAS, C. M.; FREITAS, M.; BRIZ, T. - Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. **Revista Portuguesa de Clínica Geral.** (2007) 439-450

DIONÍSIO, B. M. - Os velhos ao espelho e o reflexo dos outros: imagens, percepções e atitudes em torno da velhice. **Fórum Sociológico.** 5-6 (2001) 241-255.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Lisboa. DGS, 2004a.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - **Norma clínica n.º 014/2014: implementação experimental da Tabela Nacional de Funcionalidade.** Lisboa: DGS.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - **Saúde em todas as políticas: perspetiva relações internacionais.** Lisboa. DGS, 2013.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos.** Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2004b.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2012.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - **Programa nacional para a saúde das pessoas idosas**. Lisboa. DGS, 2004c.

DOMEIJ, D.; FLODÉN, M. - Population aging and international capital flows. **International Economic Review**. 47:3 (2006) 1013-1032.

DONABEDIAN, A. - Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**. 84:4 (2005) 691-729.

DONABEDIAN, A. - The quality of care: How can it be assessed? **JAMA**. 121:11 (1988) 1145-1150.

ESCORPIZO, R. [et al.] - A systematic review of functioning in vocational rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Journal of Occupational Rehabilitation**. 21 (2001) 134-146.

ESCOVAL, A. [et al.] - Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, 9 (2010) 105-116.

EUROPEAN COMMISSION (EC) - **Directorate-General for Economic and Financial Affairs: the 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060), 2013**. [Em linha]. [Consult. em 7 março 2016]. Disponível em http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf

EUROPEAN COMMISSION (EC) - **The 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), 2010**. [Em linha]. [Consult. em 17 fevereiro 2016]. Disponível em http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf.

EUROPEAN COMMISSION (EC) - **Demographic balance and crude rates**. Brussels: Publications Office of the European Union; 2011b.

EUROPEAN COMMISSION (EC) - **Key figures on Europe 2011**. Brussels: Publications Office of the European Union; 2011a.

EUROPEAN COMMISSION (EC) - **Population, Europe in figures: Eurostat yearbook 2010**. Brussels: Publications Office of the European Union; 2010.

EUROPEAN UNION (EU) - **Active ageing and solidarity between generations: a statistical portrait of the European Union 2012**. Brussels: Publications Office of the European Union, 2012.

EUROPEAN UNION (EU) - **How to promote active ageing in Europe: EU support to local and regional actors**. Brussels: Committee of the Regions and the European Commission, 2011.

EWERT, T. [et al.] - Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. **Journal of Rehabilitation Medicine**. 36 : 44 (2004) 22-29.

FAYED, N.; CIEZA, A.; BICKENBACH, J. E. - Linking health and health-related information to the ICF: a systematic review of the literature from 2001 to 2008. **Disability and Rehabilitation**. 33 (2011) 21-22, 1941-1951.

FELDMAN, P. H.; OBERLINK, M. R. - Developing community indicators to promote the health and well-being of older people. **Family & Community Health**. 26:4 (2003) 268-274.

FITZPATRICK, R. [et al.] - Quality of life measures in health care: applications and issues in assessment. **British Medical Journal**. 305 (1992) 1074-1077.

FONSECA, L.; BITTAR C. - Dificuldades no atendimento ao idoso: percepções de profissionais de enfermagem de unidades de saúde da família. **RBCEH**. 11:2 (2014) 178-192.

FONTES, A. P. - **A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: um modelo multidimensional e multideterminado da funcionalidade em idosos assistidos na rede nacional de cuidados continuados integrados da região do Algarve**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, 2014. Tese de doutoramento em Ciências da Vida na Especialidade em Saúde Pública na Faculdade de Ciências Médicas.

FONTES, A.; FERNANDES, A.; BOTELHO, M. - Funcionalidade e incapacidade: Aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 28:2 (2010) 171-178.

FORTIN, M. F. - **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência: 2009.

GELO, O.; BRAAKMANN, D.; BENETKA, G. - Quantitative and Qualitative Research: Beyond the Debate. **Integrative Psychological and Behavioral Science**. 42 (2008) 266-290.

GREENFIELD, S.; NELSON, E. - Recent developments and future issues in the use of health status assessment measures in clinical settings. **Medical Care**. 30 (2005) MS23-41.

GREENHALGH, T. - Papers that summarise other papers (systematic review and meta-analyses). **BMJ**. 13:315 (1997) 672-675.

HAIR, J. F. [et al.] - **Multivariate Data Analysis**. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2009.

HANCOCK, G. R.; FREEMAN, M. J. - Power and sample size for the root mean square error of approximation test of not close fit in structural equation modeling. **Educational and Psychological Measurement**. 61:5 (2001) 741-758.

HANSEN-LYLE, L. - A Concept Analysis of Healthy Aging. **Nursing Forum**. 40:2 (2005) 45-57.

HARRIS, K. [et al.] - Role of scaffolds in MAP kinase pathway specificity revealed by custom design of pathway-dedicated signaling proteins. **Current Biology**. 11:23 (2001):1815-1824.

HARVEY, N.; HOLMES, C. A. - Nominal group technique: an effective method for obtaining group consensus. **International Journal of Nursing Practice**. 18:2 (2012) 188-194

HENRIQUES, M. C. - **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma dimensão do neurodesenvolvimento**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, 2014. Tese de doutoramento em Medicina na Especialidade de Pediatria.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. [et al.] - **Metodología de la investigación**. México: McGraw-Hill Education, 2014.

HEUSER, M. D.; HAZZARD, W. R. - Geriatric medicine. **JAMA**. 271:21 (1994) 1675-1677.

HOYLE, R. H.; PANTER, A. T. - Writing about structural equation models. In R. H. Hoyle (Ed.), **Structural equation modeling: concepts, issues, and applications** (pp. 158-176). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995.

HU, L. T.; BENTLER, P. M. - Evaluating model fit. In R. H. Hoyle (Ed.), **Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications** (pp. 76-99). Thousand Oaks: Sage, 1995.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) - **4º inquérito nacional de saúde: 2005/2006**. Lisboa: INE, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) - **Anuário estatístico de Portugal**. Lisboa: INE, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) - **Censos 2011 Resultados Definitivos-Portugal**. [Em linha]. Lisboa: INE, 2011a. [Consultado em 17 fevereiro 2017]. Disponível em <http://metaweb.ine.pt/sim/variaveis/pesquisasimples.aspx?ID=PT>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) - **Estimativas Anuais da População Residente**. [Em linha]. Lisboa: INE, 2011b. [Consultado em 17 fevereiro 2016]. Disponível em <http://metaweb.ine.pt/sim/variaveis/pesquisasimples.aspx?ID=PT>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) - **Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006**. Lisboa: INE, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) - **Inquérito Nacional de Saúde 2014**. Lisboa: INE, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) - **Projeções de população residente em Portugal 2008-2060**. [Em linha]. Lisboa: INE, 2008. [Consultado em 17 fevereiro 2016]. Disponível em www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=66023625&att_display=n&att_download=y

KIRKWOOD, T. B. - A systematic look at an old problem. **Nature**. 451 (2008) 644–647.

KLINE, P. - **A psychometrics primer**. London: Free Association Books, 2000.

KRONICK, R. G. [et al.] - **The Faces of Medicaid II: Recognizing the Care Needs of People with Multiple Chronic Conditions**. New Jersey: Center for Health Care Strategies, 2007.

KUNZMANN, U.; LITTLE, T. D.; SMITH, J. - Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. **Psychology and Aging**. 15:3 (2000) 511-526.

LAFORTUNE, G.; BALESTAT, G. - Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. **OECD papers**, 7:3 (2007) 1-79.

LEE, R.; MASON, A. - **Population aging and the generational economy: a global perspective**. Cheltenham: Edward Elgar, 2011.

LEE, T. A. [et al.] - Mortality rate in veterans with multiple chronic conditions. **The Journal of General Internal Medicine**. 22:3 (2007) 403-407.

LEI n.º 21/2008. D.R. I Série. 91 (12/05/2008) 2519-2521. Primeira alteração, por apreciação parlamentar, ao Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro, que define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo.

LEI N.º 46/86. D.R. I Série. 237 (14/10/1986) 20453-20454. Lei de Bases do Sistema Educativo. Cria a Tabela Nacional de Incapacidade e Funcionalidade da Saúde.

LEI n.º 48/90. D.R. I Série. 195 (24/08/90) 3452-3459. Lei de Bases da Saúde.

LEI n.º 6/2016. D.R. I Série. 54 (17/03/2016) 853-854. Primeira alteração, por apreciação parlamentar, ao Decreto-Lei n.º 246/2015, de 20 de outubro (primeira alteração à Lei n.º 90/2009, de 31 de agosto, que aprova o regime especial de proteção na invalidez, e terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de julho, que cria o complemento por dependência).

LEICHSENRING, F.; RABUNG, S.; LEIBING, E. - The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. **Archives of General Psychiatry.** 61:12 (2004) 1208-1216.

LOPES, M. [et al.]. - **Violência, abuso, negligência e condição de saúde dos idosos: Relatório Final.** Direção Geral da Saúde, Universidade de Évora, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 2012.

LOPES, M. J. [et al.] - Evaluation of elderly persons functionality and care needs. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** 21(2013) 52-60.

LOPES, V. P.; GOUVEIA, J.; RODRIGUES, L. P. - Associação dos níveis de actividade física habitual com a coordenação motora, as habilidades motoras e a aptidão física em crianças. In O. VASCONCELOS [et al.] (Eds) - Estudos em **Desenvolvimento Motor da Criança III** (pp. 209-215). Porto: FADEUP, 2010.

LORENZO-SEVA, U.; TIMMERMAN, M. E.; KIERS, H. A. - The hull method for selecting the number of common factors. **Multivariate Behavioral Researc.** 46:2 (2011) 340-364.

LOUREIRO, I., MIRANDA, N. - **Promover a saúde: dos fundamentos à acção.** Coimbra: Almedina, 2010.

LOUREIRO, I.; MIRANDA, N.; MIGUEL, J. M. - Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.** 31:1 (2013) 23-31.

MACCALLUM, R. C.; AUSTIN, J. T. - Applications of structural equation modeling in psychological research. **Annual Review of Psychology.** 51:1 (2000) 201-226.

- MACMANN, G. M.; BARNETT, D. W. - Structural analysis of correlated factors: lessons from the verbal-performance dichotomy of the Wechsler Scales. **School Psychology Quarterly**. 9:3 (1994) 161-197.
- MAGGI, S. - Proceedings of the 1991 International Symposium on Data on Aging. **Comparative International Vital and Health Statistics Reports**. 7 (1993) 43-50.
- MAGGINI, M. – **Joint Action on Addressing Chronic Diseases and Healthy Ageing Across the Life-Cycle: an overview**. Brussels: National Institute of Health, 2016.
- MAINZ, J. - Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. **International Journal for Quality in Health Care**. 15:6 (2003) 523-530.
- MALHOTRA, N. K. - **Marketing Research: an Applied Orientation**. Nova Jersey: Pearson Education, 2007.
- MARENGONI A. [et al.] - Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. **Ageing Research Reviews**. 10:4 (2011) 430-439.
- MARÔCO, J. - **Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações**. Pero Pinheiro: Report Number, 2014a.
- MARÔCO, J. - **Análise estatística com o SPSS Statistics**. Pero Pinheiro: Report Number, 2014b.
- MARTINEZ, L.; FERREIRA, A. - **Análise de dados com SPSS**. Lisboa: Escolar Editora, 2007.
- MARUYAMA, G. M. - **Basics of Structural Equation Modeling**. Thousand Oaks: Sage, 1998.
- MAYER-FOULKES, D. - A survey of macro damages from non-communicable chronic diseases: another challenge for global governance. **Global Economy Journal**. 11:1 (2011) 1-25.
- MCDANIEL, C.; GATES, R. - **Marketing research essentials**. New York: John Wiley & Sons, 2004.
- MCDONALD, K. M.; SUNDARAM, V.; BRAVATA, D. M. - **Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2007.
- MCDOWELL, I. - **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. Oxford: Oxford University Press, 2006.

- MEESTERS, J. L. [et al.] - Validity and responsiveness of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II to assess disability in rheumatoid arthritis patients. **Rheumatology**. 49:2 (2010) 326-333.
- MELNYK, B. M. [et al.] - Outcomes and implementation strategies from the first U.S. Evidence-Based Leadership Summit. **Worldviews Evid Based Nurs**. 2:3 (2005) 113-121.
- MENDES, E. V. - As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**. 18 (2008) 3-11.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Missão para os cuidados de saúde primário: indicadores de desempenho da unidade de cuidados na comunidade, 2010**. [Em Linha]. [Consultado em 3 março 2011]. Disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=95>
- MOMBERG, J. M. - Políticas de salud: ética en la asignación de recursos. In M. M. Calvente (Org.). **Ética y salud** (pp. 77-87). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.
- MÜLLER-RIEMENSCHNEIDER, F. [et al.] - (2008). Health-economic burden of obesity in Europe. **European Journal of Epidemiology**. 23:8 (2008) 499-509.
- NAPEL, H. T. - **The Dutch ICF electronic tool for following the ICF in applications (statistics, surveys, records)**. Cologne: WHO, 2003.
- NIES, H. - **A European Research Agenda on Integrated Care for Older People**. Dublin: EHMA, 2004.
- NOLTE, E.; KNAI, C.; MCKEE, M. - **Managing chronic conditions: experience in eight countries**. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
- NORDBAKKE, S.; SCHWANEN, T. - Well-being and mobility: a theoretical framework and literature review focusing on older people. **Mobilities**. 9:1 (2014) 104-129.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) - **Desafios em tempos de crise**. Portugal: OPSS, 2010.
- O'DONOVAN, M.; DOYLE, A.; GALLAGHER, P. - Barriers, activities and participation: Incorporating ICF into service planning datasets. **Disability & Rehabilitation**. 31:25 (2009) 2073-2080.

OLTMAN, R. [et al.] - ICF components of corresponding outcome measures in flexor tendon rehabilitation - a systematic review. **BMC Musculoskeletal Disorders**, 9 (2008) 139-150.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) - **Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) - **Relatório sobre a Situação da População Mundial 2011**. Nova York: UNFPA, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - **Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. Lisboa: DGS, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Classificação Detalhada com definições, 2003 [Em linha]. [Consult. 10 agosto 2016]. Disponível em <http://www.ine.pt/prodserv/nomenclaturas/Pdf/a.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS) - **A Transformação da Gestão de Hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS, 2004.

ORGANIZATION FOR THE ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD) - **Health Data 2006**. Paris: OECD; 2006.

ORGANIZATION FOR THE ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD) - **Health at a Glance 2013: OECD Indicators**. Paris: OECD, 2013.

ÖZTUNA, D. [et al.] - Psychometric Properties of the ICF Core Set for Low Back Pain and Its Clinical Use. **Turkish Journal of Rheumatology**. 26:1 (2011) 44-52.

PARK, D. C. - The basic mechanism accounting for age-related decline in cognitive function. In D. C. PARK; N. SCHWARZ (Eds), **Cognitive aging: a primer**. New York: Psychology Press, 2000. 3-21.

PARRISH, R. G. - Measuring population health outcomes. **Preventing Chronic Disease**. 7:4 (2010) 1-11.

PASQUALI, L. - **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: IBAPP, 1999.

PECINA, P. - Observation of the sporadic background in Nov. 1974. **Bulletin of the Astronomical Institutes of Czechoslovakia**. 29:6 (1978) 340-344.

PEDRAZZI, E. C.; RODRIGUES, R. A.; SCHIAVETO, F. V. - Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. **Ciência, Cuidado e Saúde**. 6:4 (2008) 407-413.

PELEGRINO, S. - **Perspectiva biopsicológica do envelhecimento**. São Paulo: Fundação Padre Anchieta, 2009.

PEREIRA, C. S. - A dor na Classificação Internacional da Funcionalidade. In J. BRANCO; T. BAPTISTA (Orgs), **A dor e as suas circunstâncias**. Lisboa: Lidel, 2012. 73-86.

PEREIRA, C. S. - **Contributo para a implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, para a identificação de ganhos em saúde nas doenças crónicas**. Lisboa: ISCTE-IUL, 2008. Dissertação de mestrado.

PEREIRA, C. S. [et al.] - Construção e Validação da Tabela Nacional de Funcionalidade para as Doenças Crónicas. **Acta Médica Portuguesa**. 29:2 (2016) 114-122.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. - **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. Lisboa: Sílabo, 2008.

PILICHOWSKI, E.; ARNOULD, E.; THRKISCH, E. - Ageing and the Public Sector: Challenges for Financial and Human Resources. **OECD Journal on Budgeting**. 7:4 (2007) 123-162.

PORTARIA N.º 1637/2007. D.R. I Série. 251 (31-12-2007) 9173-9177. Atualiza as taxas moderadoras constantes da tabela anexa à Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de março.

PORTARIA n.º 212/2014. D.R. I Série. 186 (26/09/2014) 5093-5097. Regula a criação e manutenção da base de dados de registo do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio.

PORTER, M. E. - **Competição**. São Paulo: Campus, 2009.

PORTER, M.; TEISBERG, E. - **Redefining health care: creating value-based competition on results**. Boston: Harvard Business School Publishing, 2006.

PRAVIKOFF, D. S.; PIERCE, S. T.; TANNER, A. - Evidence-based practice readiness study supported by academy nursing informatics expert panel. **Nursing Outlook**. 53:1(2005) 49-50.

PRICE, J. H.; MURNAN, J. - Research limitations and the necessity of reporting them. **American Journal of Health Education** 35 (2004) 66-67.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA (PHAC) - **Public Health Agency of Canada 2013-14: Report on Plans and Priorities**. Ottawa, PHAC, 2013.

RATNAPRADIPA, D. [et al.] - Measuring Environmental Health Perception among College Students. **Health Educator**. 43:2 (2011) 13-20.

RAUCH, A. [et al.] - Using a case report of a patient with spinal cord injury to illustrate the application of the International Classification of Functioning, Disability and Health during multidisciplinary patient management. **Physical Therapy**. 90:7 (2010) 1039-1052.

RAUCH, A.; CIEZA, A.; STUCKI, G. - How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**. 44:3 (2008) 329-342.

RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA N.º 90/2010. D.R. I Série. 154 (10/08/2010) 3306. Recomenda ao Governo que elabore, a partir da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), uma tabela de incapacidades decorrentes de doenças crónicas e uma tabela de funcionalidade.

REUBEN, D. B.; TINETTI, M. E. - Goal-oriented patient care: an alternative health outcomes paradigm. **The New England Journal of Medicine**. 366:9 (2002) 777-779.

ROSENBAUM, P.; STEWART, D. - The World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health: a model to guide clinical thinking, practice and research in the field of cerebral palsy. **Seminars in Pediatric Neurology**. 11:1 (2004) 5-10.

SABINO, G. S.; COELHO, C. M.; SAMPAIO, R. F. - Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação fisioterapêutica de indivíduos com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar. **Acta Fisiátrica**. 15:1 (2008) 24-30.

SAKELLARIDES, C. [et al.] - **O futuro do Sistema de Saúde Português: Saúde 2015**. Lisboa: ENSP/UNL, 2015.

SAKELLARIDES, C.; PEDRO, A. R.; MENDES, M. S. - Knowledge-centered health innovation: the case for citizens health information systems. In I. KICKBUSCH (Ed.). **Policy Innovation for Health** (pp. 165-201). New York: Springer Science, 2009.

SAMPALIO, R. F.; LUZ, M. T. - Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 25:3 (2009) 475-483.

- SCHNEIDER, E. L.; BRODY, J. A. - Aging, natural death, and the compression of morbidity: another view. **The New England Journal of Medicine**. 309:14 (1983): 854-856.
- SCHULZ, R.; HECKHAUSEN, J. - A life-span model of successful aging. **American Psychologist**. 51 (1996) 702-714.
- SHAW, B. [et al.] - Tracking changes in social relations throughout late life. **Journal of Gerontology: Social Sciences**. 62B (2007) S90–S99.
- SILVA, P. F.; WAISSMANN, W. - Normatização, o Estado e a saúde: questões sobre a formalização do direito sanitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10:1 (2005) 237-244.
- STEINER, W. A. [et al.] - Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. **Physical Therapy**. 82:11(2002) 1098-1107.
- STEWART, S. T.; CUTLER, D. M.; ROSEN, A. B. - US trends in quality-adjusted life expectancy from 1987 to 2008: combining national surveys to more broadly track the health of the nation. **The American Journal of Public Health**. 103:11 (2013) e78–87.
- STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. M. - **Shaping a new health care system: The explosion of chronic illness as a catalyst for change**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1988.
- STUCKI, G.; GRIMBY, G. - Foreword: applying the ICF in medicine. **Journal of Rehabilitation Medicine**. 44 (2004) 5-6.
- SUWARATCHAI, P. [et al.] - Utilize the modified Delphi technique to develop trauma care indicators. **Journal of the Medical Association of Thailand**. 91:1 (2008) 99-103.
- TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. - **Using multivariate statistics**. Boston: Allyn & Bacon, 2007.
- TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. - **The Sage Handbook of Mixed Methods Research in Social & Behavioral Research**. London: Sage, 2003.
- TAYLOR, M. G.; LYNCH, S. M. - Trajectories of impairment, social support, and depressive symptoms in later life. **Journal of Gerontology: Social Sciences**. 59B (2004) S238-S246.
- TEMPEST, S.; MCINTYRE, A. - Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. **Disability and Rehabilitation**. 28:10 (2006) 663-667.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (US-DHHS) - **Multiple chronic conditions: a strategic framework: Optimum Health and Quality of Life for Individuals with Multiple Chronic Conditions**. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 2010.

UIJEN, A. A.; VAN DE LISDONK, E. H. - Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. **European Journal of General Practice**. 14:1 (2008) 28-32.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (UMCCI) - **Manual do prestador: recomendações para a melhoria contínua**. Lisboa: UMCCI, 2011.

UNITED NATIONS (UN) - **Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol**. [Em linha]. New York: United Nations; 2006 [Consultado em 7 janeiro 2017]. Disponível em <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

UNITED NATIONS (UN) - **World Population Prospects: the 2010 revision**. New York: UN, 2011.

VOGELI, C. [et al.] - Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. **Journal of General Internal Medicine**. 22:3 (2007) 391-395.

VRIENDT, P.; LAMBERT, M.; METS, T. - Integrating the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in the Geriatric Minimum Data Set-25 (GMDS-25) for Interventions Studies in Older People. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**. 13 (2009) 128-134.

WALKER, N. - Europe's Constitutional Engagement. **Ratio Juris**. 18:3 (2005) 387-399.

WALLENGREN, J. - Identification of core competencies for primary care of allergy patients using a modified Delphi technique. **BMC Medical Education**. 11 (2011) 12-20.

WANG, H. H. [et al.] - Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the healthcare system: cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China. **BMC Medicine**. 12:1 (2014) 188-200.

WARNER, T.; GLUCK, J. - What do we really know about conflict of interests in biomedical research? **Psychopharmacology**. 171 (2003) 36-46.

WARSHAW, G. - Introduction: advances and challenges in care of older people with chronic illness. **Generation**. 30:3 (2006) 5-10.

- WEIGL, M. [et al.] - Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a Delphi exercise. **Journal of Rehabilitation Medicine**. 36:44 (2004) 12-21.
- WORLD ECONOMIC FORUM (WEF) - **Global population ageing: peril or promise?** Geneva: WEF, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **Active ageing: a policy framework**. Geneva: WHO, 2002a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **Assessing national capacity for the prevention and control of non-communicable diseases: report of the 2010 Global Survey**. Geneva: WHO, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Genève: WHO, 2002b.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **Global Health and aging publication**. Baltimore: National Institute on Aging, National Institutes of Health, 2011a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **Global status report on non-communicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011b.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **Relatório mundial da saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: DGS, 2002c.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **The uses of epidemiology in the study of the elderly: report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging**. Geneva: WHO, 1984.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **World report on ageing and health**. Geneva: WHO, 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **Health for all database**. Geneva: WHO; 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **Noncommunicable diseases progress monitor, 2015**. Geneva: WHO, 2015a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **World report on ageing and health**. Geneva: WHO; 2015b.
- YEOM, H. A.; KELLER, C.; FLEURY, J. - Interventions for promoting mobility in community-dwelling older adults. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**. 21:2 (2009) 95-100.

YÜMIN, E. [et al.] - The effect of functional mobility and balance on health-related quality of life (HRQoL) among elderly people living at home and those living in nursing home. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. 52:3 (2011) 180-184.