



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa



2.º MESTRADO DE GESTÃO EM SAÚDE

PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE DOENTES COM ANTICOAGULAÇÃO ORAL

Maria de Fátima Cristóvão Filipe Farias

**Lisboa
Agosto2009**



PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE DOENTES COM ANTICOAGULAÇÃO ORAL

Maria de Fátima Cristóvão Filipe Farias

Orientadora: Prof.^a Doutora Ana Escoval

Lisboa

Agosto2009

**Trabalho de Projecto para obtenção do
Grau de Mestre em Gestão da Saúde, na
Escola Nacional de Saúde Pública, ao abrigo
do art.º 23º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24
de Março, publicado no D.R. n.º60,
Série I-A de 2006-03-24**

Agradecimentos

Desejo agradecer a todas as pessoas que, directa ou indirectamente, contribuíram para a realização deste trabalho de projecto de Mestrado, especialmente á minha orientadora, Professora Doutora Ana Escoval.

Aos meus amigos pelo estímulo e encorajamento que me dispensaram.

À minha família pelos insubstituíveis apoios e ajuda que me prestou, sem os quais este trabalho nunca teria sido uma realidade.

RESUMO

O aumento da incidência das doenças crónicas representa um desafio enorme para todos os Sistemas de Saúde, pelo que a assistência de Saúde a doentes crónicos se tornou num problema das sociedades ocidentais. Os países mais pobres são os que mais sofrem, embora nos países desenvolvidos também se verifique um aumento notável das doenças crónicas. Estima-se que estas representem mais de 60% do total das doenças mundiais no ano 2020 (WHO, 2001).

A adaptação dos actuais modelos de saúde aos doentes crónicos não atingiu os objectivos, o que conduziu a que, de há alguns anos a esta parte, se procure alternativas mais eficazes e eficientes. Uma das pressões do mercado que se fazem sentir será caracterizada por uma maior aposta na Promoção da Saúde e Prevenção da doença.

O conceito de “Saúde” migrou de “não existência de doença” para “Bem-estar Físico e Psicológico”. Desta forma, o foco dos cuidados de saúde teve que ser adaptado, o que conduziu a uma situação em que o âmbito da prestação de cuidados de saúde é um contínuo de serviços que vai desde a promoção da saúde, medicina preventiva e medicina curativa aos cuidados continuados e cuidados paliativos.

As tecnologias de informação e comunicação desempenharão um importante papel nesta tendência, permitindo estabelecer ligações contínuas entre os consumidores e prestadores de cuidados de saúde.

Por outro lado, as potencialidades da Internet, das comunicações móveis, dispositivos portáteis e do instrumental electrónico, tornam-se evidentes no desenvolvimento de serviços de e-Saúde: para monitorização, seguimento e controlo dos doentes extra hospitalar - serviços estes centrados no doente.

O objectivo geral do presente estudo consiste no desenho de um projecto de investigação para posterior avaliação da percepção do estado de saúde dos doentes seguidos na consulta de hipocoagulação do Hospital de Santa Marta.

Devido à escassez de investigação na temática deste trabalho em Portugal, procedeu-se a um trabalho exploratório, descritivo, de carácter comparativo e enquadrado na abordagem quantitativa. O campo de análise consiste em comparar doentes que fazem anticoagulação oral, seguidos na consulta de cardiologia (consulta convencional), com os doentes seguidos no programa Airmed (através das comunicações móveis).

Para avaliação da percepção do estado de saúde foi utilizado o questionário SF-36.

Palavras-chave: Sistemas e Políticas de Saúde, contexto Tecnológico, Terapêutica Anticoagulante, novo Paradigma para a Saúde, e-Health.

Abstract

The increasing incidence of chronic diseases represents an enormous challenge to the Health Systems and on cause of that, the Health Assistance to chronic patients became a concern of the Occidental society. The Countries with lower economical resources are the ones that suffers the most, but also the Developed countries have a noticeable increase of chronic diseases. It is estimated these will represent over 60% of total diseases world wide in 2020 (WHO,2001).

The adaptation of the actual Health Models to chronic patients did not achieved it's goals, what leaded to look for more effective and efficient alternatives. One of the more sensitive market pressure factor is to look for a better Health Promotion and Disease Prevention.

The concept of "Health" merged from "Disease absence" to "Physic and Psychic Wellness". In this way the Health Care focus had to be adapted, what drove to a status where the scope of the Health care is a continuum of services that goes from the Health Promotion, Preventive and Curative to Continued and Palliative Medical Care.

The Information and Communication Technologies will play a crucial role in this trend, allowing to establish continued connections between patients and Health Care providers.

In parallel the potential of the Internet, mobile communications, portable devices and electronic instruments became evident to deploy e-Health services: to monitor, follow-up and control of patients outside the Hospital.

The overall objective of the present study is an Investigation Project Design to further evaluate the health status perception of the patients followed in the consultation for Hypo-coagulation in the "Hospital de Santa Marta".

Due to lack of investigation in this thematic, in Portugal, this study is developed in an exploratory way, descriptive, comparative, within a scope of a quantified approach. The analysis field consists on comparing patients prescribed with oral anticoagulants and followed-up at the Cardiology consultation (conventional), with patients followed by the "Airmed" program (trough mobile communication systems).

Key-words: Health care Systems and Policies, Technological context, Anticoagulant therapy, Health care Paradigm shift, e-Health.

Índice

0. Introdução	10
1. O CONTEXTO DA SAÚDE	14
1.1. Saúde e Determinantes da Saúde	14
1.1.1. Sistemas e Políticas de Saúde	20
1.1.2. Evolução do Sistema de Saúde Português	24
2. O CONTEXTO TECNOLÓGICO	33
2.1. Sistemas de Informação	33
2.1.1. Informação em Saúde e o Empowerment do Cidadão	36
2.1.2. A Telemática na Saúde	38
2.1.3. Telemedicina no Contexto da e-saúde	41
2.2. Necessidade de um Novo Paradigma para a Saúde	43
2.2.1. A Mudança de Paradigma na Saúde: A Visão do Cidadão como “OWNER” da Informação	44
2.2.2. Da Telemedicina ao Novo Conceito “Smart Healthcare”	48
2.3. Barreiras aos Serviços de e-Saúde para o Cidadão	50
2.4. No Contexto Social	51
2.4.1. Doenças Cardiovasculares	52
2.4.1.1. Fisiologia da Coagulação Sanguínea	53
2.4.1.2. Farmacologia dos Anticoagulantes Orais	54
2.4.1.3. A Terapêutica Anticoagulante Oral	55
2.4.1.4. A Monitorização Convencional TAO	56
2.4.1.4.1. Projecto “Descentralização da TAO”, da ARS Alentejo	57
2.4.1.4.2. Auto-monitorização / auto-controlo pelo doente	58
2.4.4.3. Monitorização da Consulta através das Comunicações Móveis/ Programa AIRMED	60
3. MÉTODO	63
3.1. Tipo de Estudo	63
3.2. Objectivos da Investigação	64
3.2.1. Objectivo Geral	64
3.2.2. Objectivos Específicos	64
3.3. Hipóteses de Investigação	65
3.4 - Variáveis em Estudo	66
3.5. População Alvo e Amostra	67

3.5.1. Local de Estudo: Hospital de Santa Marta	67
3.5.2. Consulta de Anticoagulação Oral	68
3.5.3. Consulta através do Programa Airmed	69
3.5.4. Selecção da Amostra em Estudo	70
3.5.4.1. Critérios de Inclusão na Amostra	70
3.5.4.2. Critérios de Exclusão da Amostra	71
3.6. Instrumento de Recolha de Dados	71
3.6.1. Caracterização do Questionário sobre o Estado de Saúde SF-36	71
3.6.2. Instrumento de colheita de dados a aplicar	73
3.7. Análise e Tratamento de dados	73
3.8. Considerações Éticas e Legais	73
4. PERSPECTIVAR OS RESULTADOS	75
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
BILIOGRAFIA	80
ANEXO	89

Índice de Figuras

Figura 1: Percurso do trabalho.

Figura 2: Um enquadramento analítico para determinantes da saúde. Fonte: Lanonte, 1993:33-5.

Figura 3: Componentes dos Sistemas de Saúde (Sakellarides, 2005).

Figura 4: Eras e marcos importantes do Sistema de Saúde e sua evolução. Adaptado de Sakellarides (2005).

Figura 5: A mudança do foco dos sistemas de informação (adaptado de Eysenbach, 2000).

Figura 6: Intersecção de serviços e ferramentas de suporte no contexto da e-saúde.

Figura 7: Adaptado de Smith R. The future of health care systems. BMJ 1997.

Figura 8: Visão da saúde: O cidadão como responsável pela sua saúde.

Figura 9: Via única da coagulação.

Figura 10: Esquema do sistema fibrinolítico.

Figura 11: Risco de trombose ou hemorragia está dependente do valor que por sua vez é dependente da dose administrada.

Figura 12: Método convencional – (Roche, a anticoagulação oral).

Figura 13: Utilização de coagulómetros portáteis, ARS Alentejo.

Figura 14: Participação dos sistemas de auto-monitorização na Europa (Roche).

Figura 15: Abordagem Airmed, do hospital de Santa Marta.

Figura 16: Modelo Factorial SF-36, as duas componentes Física e mental (adaptado por Melo, 1998).

Índice de Quadros

Quadro 1: Domínios/Subescalas do questionário SF-36 e seu conteúdo (adaptado por Santos, 1999, de Ferreira, 1997).

Lista de abreviaturas utilizadas

ADSE: Assistência na Doença aos Servidores do Estado

CEE: Comunidade Económica Europeia

CE: Comunidade Europeia

OMS: Organização Mundial de Saúde

DGS: Direcção-Geral da Saúde

EPE: Empresa Pública do Estado

NHS: *National Health Service*

OGE: Orçamento Geral do Estado

OPSS: Observatório Português dos Sistemas de Saúde

WHO: *World Health Organization* (= OMS)

TAO: *Terapêutica anticoagulante oral*

FA: *Fibrilhação Auricular*

AO: *Anti-coagulação Oral*

AVC: *Acidente Vascular Cerebral*

INR: (Rácio Internacional Normalizado)

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SSMJ: Serviços Sociais do Ministério da Justiça

OCDE : Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

0. Introdução

O desenvolvimento tecnológico marcou e traçou o rumo da sociedade actual. As tecnologias de informação e comunicação (TIC) fazem hoje parte integrante do nosso quotidiano e são uma oportunidade com resultados comprovados em algumas experiências no sector da saúde, prevendo-se que venham a ter um impacto cada vez maior. Neste sentido, surge a noção de e-Health: *“refers to the use of modern Information and Communication Technologies to meet needs of citizens, patients, healthcare providers, as well as policy makers”* (George, Plantier, 2007). Deste modo, todo o uso de tecnologias de informação na área da saúde é considerado e-health.

Com o desenvolvimento das TIC, surge a crença que este instrumento poderá ser utilizado na Educação para a Saúde e na sua promoção. Contudo, são poucos os estudos científicos, que revelam, de algum modo, a efectividade das TIC nestas áreas específicas.

Apesar de em Portugal a utilização destas tecnologias nos serviços de saúde ainda ser muito limitada, em algumas instituições já se faz uso delas mesmo em pequenos projectos/programas.

Na nossa realidade, Serviço de cardiologia no Hospital de Santa Marta, local onde desempenhamos funções, fazemos parte de um projecto que utiliza as TIC para controlar à distância a gestão terapêutica de um anticoagulante oral utilizado por doentes com patologia cardíaca, em regime ambatório.

Este estudo enquadra-se na área das doenças crónicas e pretende descrever o estado de saúde dos indivíduos seguidos na consulta de hipocoagulação, seguidos através do programa Airmed e definir níveis de comparação entre este grupo e o grupo de indivíduos seguidos na consulta convencional, e perceber se existem iniquidades em relação a condições de saúde.

O “AIRMED” é um projecto que resulta da parceria entre o Hospital de Santa Marta e a fundação Vodafone Portugal, envolvendo a criação de uma ferramenta que permita a comunicação à distância entre o doente e o profissional de saúde recorrendo ao uso das tecnologias móveis (telemóvel) integradas com um sistema de informação hospitalar.

Como área do Serviço de Cardiologia usada para a implementação deste sistema, foi seleccionada a Consulta de Cardiologia, na vertente da Consulta de Anticoagulação Oral.

Actualmente, a esperança de vida da população aumentou devido a melhores condições de vida, que vão desde um melhor regime alimentar, quer em qualidade quer em quantidade, a melhores condições de higiene pessoal e ambiental, mas também devido a melhores cuidados de saúde, a nível curativo e preventivo.

Em Portugal, a principal causa de morte são as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Acredita-se que através da prevenção, onde se enquadra a prevenção de ocorrência dos fenómenos tromboembólicos, se poderá reverter esta situação. A evidência científica é unânime em afirmar que a anticoagulação oral pode desempenhar um papel decisivo na redução do impacto das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (DGS, 2004).

Os anticoagulantes orais são fármacos prescritos frequentemente em todo o mundo devido à sua acção efectiva na profilaxia de fenómenos tromboembólicos.

As indicações abrangem um leque muito variado de situações e patologias, que incluem entre outras a fibrilhação auricular; a prótese valvular mecânica cardíaca; os antecedentes de trombose venosa profunda; o tromboembolismo pulmonar ou o acidente vascular cerebral. A maior parte dos doentes anticoagulados têm patologia de origem cardíaca e necessitam de anticoagulação ao longo de toda a vida (Fernández, 1992).

Segundo Roca (2006), a população alvo desta terapêutica assenta sobretudo nos grupos etários mais elevados: três quartos dos doentes têm mais de sessenta anos e metade tem mais de setenta.

Em Portugal estima-se que existam cerca de 100.000 doentes anticoagulados, estando este número a aumentar a um ritmo próximo de 14% ao ano, segundo dados do IMS (Intercontinental Marketing Services) de 2005 (Roca, 2006).

A terapêutica anticoagulante oral apresenta uma especificidade própria, pois está sujeita a variações intra e inter-individuais consideráveis. Este aspecto condiciona a respectiva monitorização e controlo laboratoriais, (INR - International Normalized Ratio) no sentido de conseguir o nível de hipocoagulação desejável para evitar o desenvolvimento de acidentes tromboembólicos sem risco hemorrágico significativo (Calisto et al, 2005).

Em Portugal, esta monitorização (com utilização ou não de programas informáticos especificamente desenvolvidos para o efeito) é realizada em centros especializados, geralmente inseridos em contexto hospitalar – consultas de anticoagulação, habitualmente

em Serviço de Patologia Clínica, de Imunohemorapia ou de Cardiologia, ou pelo respectivo médico assistente do doente (Barreira et al, 2004).

Esta terapêutica apresenta assim características especiais, pela necessidade de controlo da dose diária (variável em cada doente), pela curta separação entre a dose insuficiente e excessiva, pela interferência com outros medicamentos, possíveis complicações hemorrágicas e tromboembólicas, e pela necessidade de controlo analítico frequente.

A importância do estudo advém do interesse pela telemedicina e pelo desenvolvimento de modernas tecnologias de informação e comunicação, e do impacto espectável da sua contribuição para a reestruturação e reorganização da consulta, para a melhoria da qualidade.

O objectivo do trabalho visa descrever e comparar a percepção do estado de saúde dos doentes que fazem anticoagulante oral e são seguidos na Consulta de Hipocoagulação do Hospital de Santa Marta.

Surgem como objectivos específicos deste trabalho os seguintes:

- Conhecer a percepção de qualidade de vida dos indivíduos anticoagulados que são seguidos através do programa Airmed (grupoA);
- Conhecer a percepção de qualidade de vida dos indivíduos anticoagulados que são seguidos na consulta de cardiologia (grupo B);
- Comparar a percepção de qualidade de vida dos indivíduos anticoagulados que são seguidos no programa Airmed (grupo A), com a percepção de qualidade de vida dos indivíduos que não são seguidos neste programa;
- Identificar diferenças na percepção de saúde dos indivíduos anticoagulados, tendo em conta as características sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, tipo de emprego, coabitação e doença que levou à toma do anticoagulante.

O trabalho desenvolveu-se em três partes:

Uma parte onde se faz uma breve introdução e a contextualização do tema das doenças crónicas, dando especial atenção aquelas cujo portador necessita fazer anticoagulação oral.

Numa segunda parte faz-se um enquadramento teórico, onde procedemos a uma revisão da literatura relativa à saúde, aos determinantes e às políticas de saúde no contexto nacional e internacional, evolução do sistema de saúde português, o contexto tecnológico, perspectivas sobre telemedicina e e-saúde, doenças cardiovasculares, terapêutica anticoagulante e como as tecnologias móveis podem contribuir de auxílio a estes doentes.

Na terceira parte apresenta-se o método, o tipo do estudo, objectivo do estudo, hipóteses de investigação, população e amostra e método de recolha utilizado.

Na quarta parte, apresentam-se as considerações finais e sugestões com possíveis linhas para investigações futuras e principais dificuldades sentidas ao longo do trabalho.

Na figura 1 apresentamos o percurso seguido no trabalho.

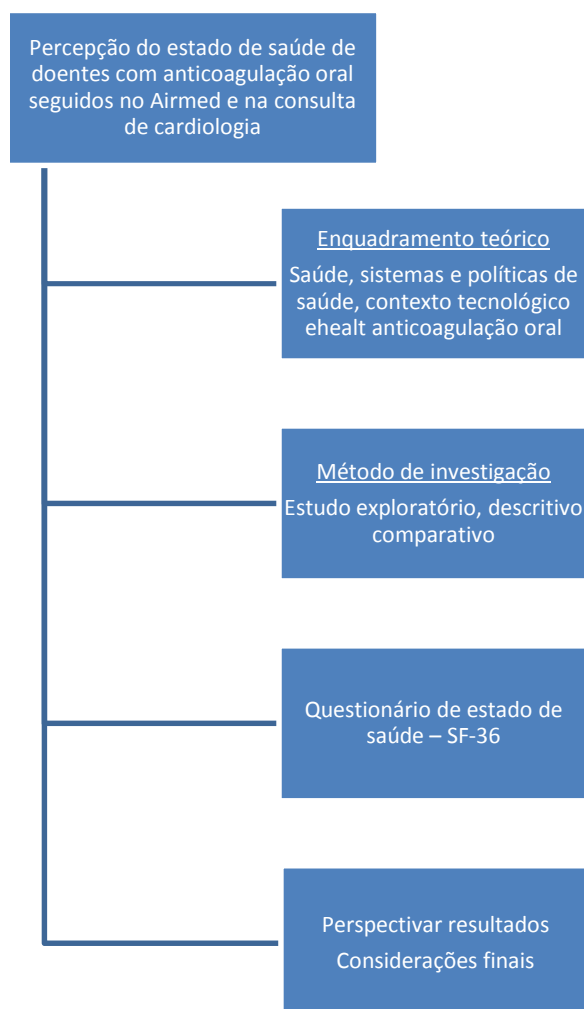


Figura 1: Percurso do trabalho.

1. O CONTEXTO DA SAÚDE

1.1. Saúde e Determinantes da Saúde

O modelo biomédico entende a saúde como ausência de doença ou perturbação. A sua visão assenta no conceito de homeopatia fisiológica, em que todo o funcionamento do nosso organismo se processa dentro de certos parâmetros considerados normais, mantendo-se num estado fisiológico de equilíbrio considerado desejável. (Ribeiro, 1995)

Desde meados do século XX que a saúde se constitui, definitivamente, como um conceito específico, como objecto de investigação e intervenção independente das doenças. O conceito de Saúde varia consoante o contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico.

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social, total e não apenas a ausência de doença ou de incapacidade” (WHO;1948).

Estas definições têm sido criticadas, pois conferem um carácter estático à saúde, opondo-se à natureza do desenvolvimento humano.

A saúde é uma condição indispensável para abertura da pessoa ao mundo, através das suas manifestações, no domínio da arte, da ciência, da cultura, etc.

Para uma concepção mais etiológica da saúde, Hipócrates definiu-a como sendo o equilíbrio do organismo com o seu meio ambiente, permitindo e propiciando o desenvolvimento da medicina empírica e logo a experimentação em acções preventivas sobre factores que afectam a saúde de uma forma inter-relacionada (factores genéticos, sociais, etc.).

O estado de saúde e bem-estar das pessoas é em grande parte função do meio e do modo de vida neste meio. Dá-se por nome a esta definição: O Postulado de Hipócrates.

As questões relacionadas com a saúde são, regra geral, de grau de complexidade elevado devido à sua multiplicidade de factores em jogo.

A saúde pode ser vista quer como um objectivo por si, quer como um meio, na medida em que é responsável pelo sistema de cuidados de Saúde e despende de largas verbas na sua sustentação. O poder político tende a encarar a Saúde (entendida, principalmente, como ausência de doenças) do ponto de vista económico: quanto melhor for

a saúde dos indivíduos, menos gastará com as inúmeras instituições que estão a seu cargo. No entanto, para o indivíduo a saúde é um meio para atingir o bem-estar, permite viver a vida durante mais tempo, com melhor qualidade e felicidade.

Os conceitos de saúde e doença evoluíram com a história do Homem, onde podemos considerar cinco grandes períodos:

- 1 – O período pré – cartesiano, até ao século XVII;
- 2 – Um período científico ou de início de desenvolvimento do modelo biomédico, que se começou a instalar com a implementação do pensamento científico e com a revolução industrial. Este modelo biomédico tradicional baseia-se em grande parte numa visão cartesiana do mundo, considerando que a doença consiste numa avaria temporal ou permanente do funcionamento de um componente ou da relação dos componentes. Curar a doença equivalia, nesta perspectiva, à reparação da máquina (Engels, 1977; Noack, 1987). Apesar de hoje este modelo parecer um retrocesso, trouxe inovações notáveis, permitindo o desenvolvimento civilizacional actual.
- 3 – A primeira Revolução da Saúde dá-se com o desenvolvimento da Saúde pública que ocorreu no século XIX. Esta caracteriza-se pela aplicação do modelo biomédico à prevenção das doenças, tendo conduzido ao desenvolvimento das modernas medidas de Saúde Pública. Desenvolveu-se devido ao reconhecimento de que:
 - as doenças infecciosas eram difíceis de controlar, senão impossíveis de curar, e uma vez instaladas no adulto, o seu tratamento e a sua cura eram dispendiosos;
 - os indivíduos contraíam as doenças infecciosas em contacto com o meio ambiente físico e social que continha o agente patogénico;
 - as doenças infecciosas não se contraíam a não ser que o organismo hospedeiro fornecesse um meio favorável ao desenvolvimento do agente infeccioso.

Para prevenir as doenças era necessário controlar os agentes patogénicos;

- 4 – A segunda Revolução da Saúde, iniciada na década de 70 com a constatação da multicausalidade associada às principais causas de morbilidade e mortalidade, e à importância que o comportamento desempenhava nessas causas;

Esta revolução caracteriza-se pela deslocação do foco da atenção e da intervenção na doença para a promoção da saúde. Esta segunda Revolução da Saúde deveria centrar-se na saúde. Os aspectos fundamentais, desta segunda revolução são:

- Centrar-se na saúde, ao invés de na doença;

- Preconizar o retorno a uma perspectiva ecológica.

As doenças que se evidenciam por meados do século XX são as doenças cardiovasculares e o cancro, estas com forte etiologia comportamental, pelo que houve necessidade de se centrar em novas concepções e definir novos princípios.

O livro branco sobre a saúde dos canadianos, publicado pelo então Ministro da Saúde e dos Assuntos Sociais Marc Lalonde, defendia o estabelecimento de uma política nacional de saúde baseada em quatro pilares: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos cuidados de saúde, que constituíam o que denominou de Health Field Concept. Com base neste modelo, o autor defendia que se devia fazer uma distribuição equilibrada das verbas disponíveis para a saúde pelos quatro pilares;

- 5 – A terceira Revolução da Saúde está associada à necessidade da redução dos custos face ao aumento de um novo padrão de doenças, as doenças crónicas no idoso.

Além das mudanças na etiologia da morbilidade e mortalidade, outros factores contribuíram para a emergência de uma nova concepção de saúde que tem sido designada por terceira Revolução da Saúde. Ramos (1988) refere que esta revolução se caracteriza por:

- Alterações demográficas, tais como o envelhecimento da população, diversificação da família, a que se podem acrescentar a mobilidade social dos indivíduos e as migrações;
- Revolução tecnológica que tem permitido o aumento das possibilidades de intervenção na doença, exigem mais e melhores especialistas, aumentando os custos da assistência médica;
- Aproximação dos Serviços de Saúde à comunidade.

Pode-se ainda acrescentar o aumento do poder do consumidor que, tornando-se mais exigente e com maior capacidade crítica, força os políticos a serem mais sensíveis à opinião pública.

Determinantes da saúde

As questões relacionadas com a saúde são, regra geral, de grande complexidade, devido à multiplicidade de factores que nela interferem. São várias as condicionantes que

determinam o estado de saúde de um indivíduo ou população e que permitem caracterizá-lo. Estes determinantes são:

- **O indivíduo:** cada indivíduo é um ser único e diferente dos demais, podendo a sua carga genética predispô-lo a determinadas doenças. Por outro lado, a interação com o meio ambiente, o chamado “estilo de vida”, reveste-se de primordial importância na saúde ou doença. As condições físicas, económicas e sociais de cada indivíduo interferem também como condicionantes da saúde.
- **O ambiente:** a sociedade em que o indivíduo está inserido, o seu núcleo familiar ditam os riscos a que está sujeito e os apoios que dispõe, contribuindo para a promoção da saúde ou, pelo contrário, é propenso à doença;
- **O sistema de saúde:** as características do sistema de saúde em que o indivíduo se insere determinam o seu acesso a cuidados de saúde e a eficácia e qualidade desses mesmos cuidados. Os modelos de sistemas de saúde dos vários países são bastantes distintos. Os países desenvolvidos proporcionam apoio perante a doença e invalidez, através de subsídios e da disponibilização de cuidados de saúde fazendo uso a uma rede prestadora de cuidados de saúde. Por outro lado, os países mais desfavorecidos contam muitas vezes apenas com o apoio de organizações humanitárias internacionais para a saúde.

Actualmente, existem vários enquadramentos e modelos das determinantes da saúde, o que é proposto na figura 2. Foi inicialmente desenvolvido para a iniciativa Canadiana para a Doença Cardíaca (Labonete, 1992) e para o departamento de saúde de Toronto (Departamento de Saúde Pública de Toronto, 1991^a) e posteriormente adaptado pela OMS.

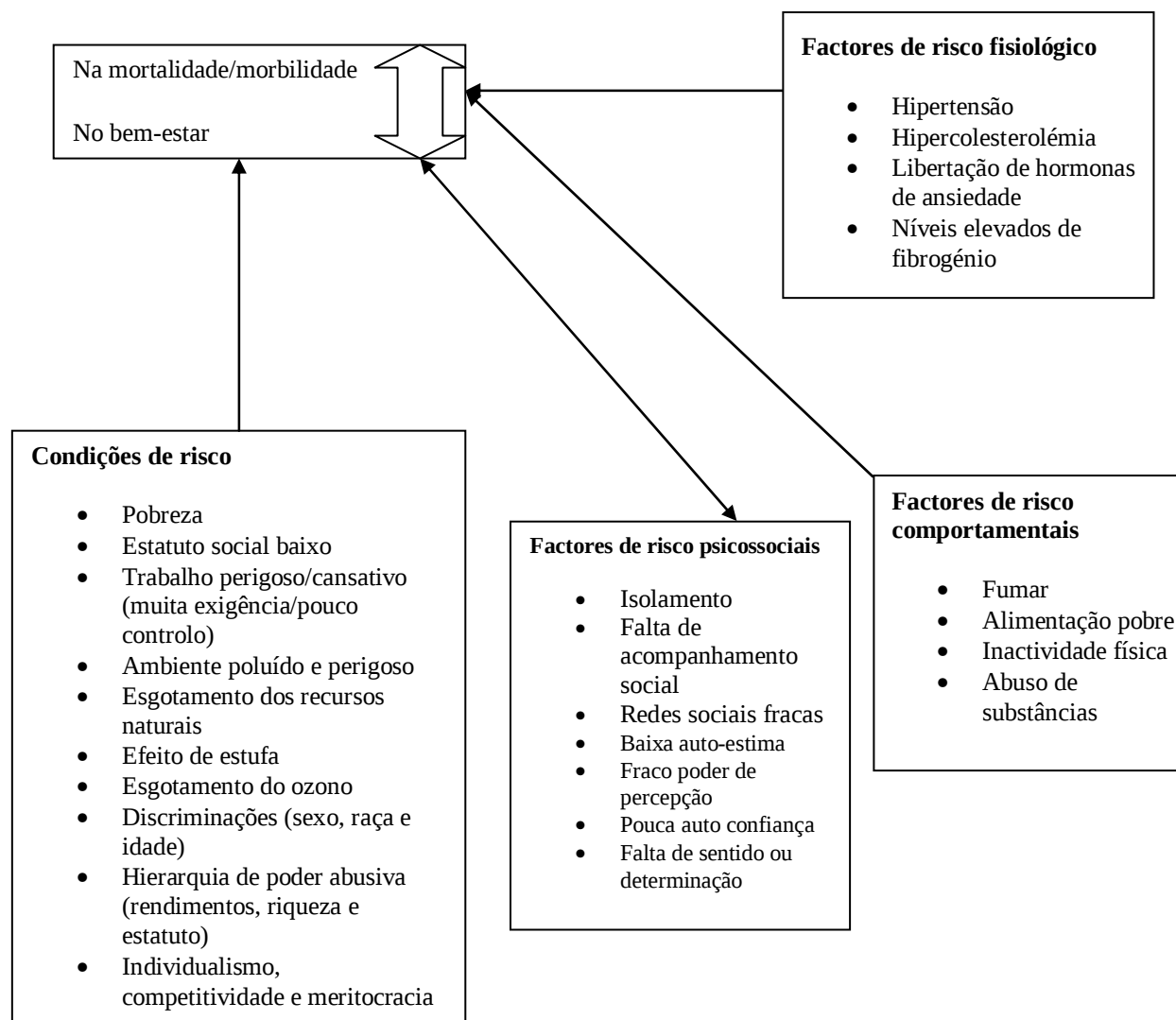


Figura 2: Um enquadramento analítico para determinantes da saúde.

Fonte: Lanonte, 1993:33-5.

Este enquadramento sugere que as pessoas que vivem em condições de risco têm, mais doenças e mortes prematuras e menos bem-estar.

As condições de risco descrevem condições de vida e de trabalho “profundamente estruturadas” por práticas económicas e políticas e por ideologias e discursos dominantes. As pessoas costumam interiorizar a injustiça das circunstâncias sociais como aspectos da sua própria “maldade” e, conseqüentemente, aumentam os factores de risco psicológico que também contribuem para resultados prejudiciais para a saúde. Tudo isso aumenta os factores de risco fisiológicos que ameaçam a saúde. O enquadramento descreve o bem-estar ou a saúde plena e a mortalidade/morbilidade como resultados.

As determinantes da saúde podem ser alteradas através de intervenções da Promoção da Saúde. As principais estratégias utilizadas na Promoção da Saúde segundo o

relatório da Racv (2006) são cinco e sobrepõem-se às cinco áreas principais de actuação exposta na carta de Otava:

- **Sensibilização** – aumentar o conhecimento individual e das comunidades sobre um assunto, geralmente através de campanhas;
- **Políticas de legislação** – aprovação de leis e políticas de modo a prevenir problemas e promover a saúde;
- **Educação** – fornecer conhecimento e capacidades aos indivíduos para gerirem a sua saúde;
- **Advocacia** – capacitar indivíduos e grupos de modo a exigirem/pedirem mudanças que previnam a doença e oportunidades para a promoção da saúde;
- **Mediação** – facilitar o compromisso entre grupos com diferentes interesses;
- **Recursos e serviços** – desenvolvimento de recursos e serviços apropriados que aumentem a saúde e que permitam o acesso à informação e serviços por parte da população.

Caso a intervenção consiga alterar os determinantes da saúde estamos perante uma estratégia efectiva. Trabalhos de investigação efectuados no mundo inteiro comprovam a eficácia da promoção da saúde, as estratégias utilizadas podem desenvolver e mudar estilos de vida, condições sociais, económicas e o ambiente que determina a saúde. Existe evidência que as abordagens que englobam as cinco estratégias referidas na carta de Otava são as mais efectivas, isto é, estratégias globais de desenvolvimento de saúde. Ambientes específicos como a escola e o local de trabalho oferecem possibilidades concretas para a implementação das últimas estratégias. Por sua vez, as intervenções individuais ou em grupo podem reduzir significativamente os níveis individuais de doença (Benett, 1999). As pessoas têm que ser o centro do processo para que exista eficácia. Para que se possa conseguir uma participação efectiva dos indivíduos é necessário o reforço das capacidades pessoais e comunitárias de modo que tenham acesso à educação e informação.

As TIC oferecem novas oportunidades de aprendizagem, com maior impacto visual e interactivas do que outras formas de Educação para a Saúde, como os folhetos informativos e podem ser usadas individualmente ou em grupo (Kickbusch, 2001). Segundo Gustafson (1999); a comunicação interactiva em saúde tem um grande potencial para melhorar a qualidade de vida e reduzir o peso da doença.

As determinantes da saúde são de abrangência colectiva, são dependentes de políticas públicas e das condições políticas, económicas, sociais, culturais e ambientais existentes. Assim, descreve-se de forma sucinta o sector da saúde na Europa e em Portugal.

1.1.1. Sistemas e Políticas de Saúde

A forma dos sistemas de saúde bem como a sua evolução é influenciada por políticas de saúde e por muitos outros factores que operam no interior do sistema de saúde ou lhe estão exteriores.

As políticas de saúde podem ser definidas como “o conjunto de decisões ou compromissos que permitem concretizar uma linha de acção que estabeleça e realize objectivos concretos para a melhoria da saúde” (Sakellarides, 2005). Consideram-se um instrumento de acção para alcançar um resultado ou mudança.

As noções de “Sistema de Saúde” e de “Políticas de Saúde” são complementares. Os sistemas de saúde definem o âmbito de actuação das políticas de saúde e estas, por sua vez, têm como finalidade melhorar o desempenho dos sistemas de saúde.

Os sistemas de saúde são o somatório de todas as organizações, instituições, recursos, cujo objectivo primário é proteger ou melhorar a saúde das populações (WHO, 2007). Para Murray e Frenk, citados por Sakellarides (2005), são o conjunto de recursos, actores e instituições relacionados com a regulação, financiamento e realização de acções de saúde.

Para Sakellarides (2005), uma configuração do sistema de saúde faz ressaltar quatro componentes principais: cidadão, governação, administração ou mediação e prestação.

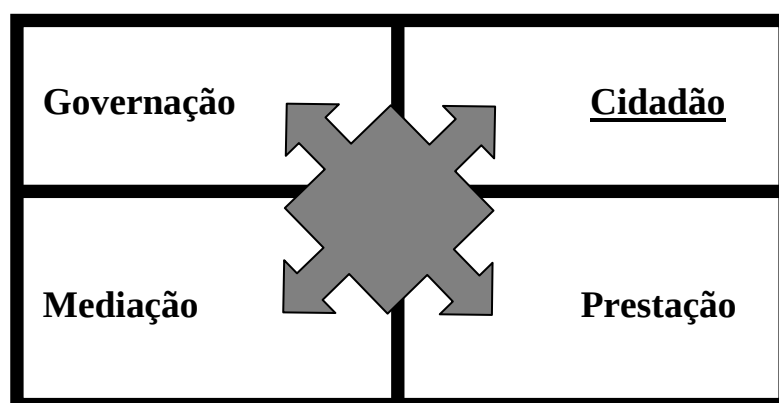


Figura 3: Componentes dos Sistemas de Saúde (Sakellarides, 2005).

O Sistema de Saúde Português não se comporta isolado, está interligado com as diferentes Políticas e Sistemas de Saúde Europeus, tendo a sua evolução sido influenciada por vários factores sociais, culturais, económicos, políticos, científicos e tecnológicos.

A **era da protecção social** (fig.4) surge em 1762 com o “contrato social”, onde a estrutura de poder, neste caso o rei, negociava os contratos sociais entre poderes. Em princípios do século XIII, em Inglaterra, surgiu a “Magna Carta”, que foi um marco importante, nesta época, para a génese de uma lei, The Supreme Rule of Law, a qual regulava a acção de todos.

A Revolução Francesa foi outro dos grandes acontecimentos desta época ao estabelecer os Direitos do Homem e da Cidadania. As relações de poder eram, agora, orientadas por constituições. Com a segunda Revolução Industrial, já no século XIX, surge uma melhoria da situação económica e aumento da produção. Surgiu uma nova classe de trabalhadores, os artesãos e pequenos empresários, que desenvolveram as suas “caixas mútuas” de previdência particulares para resolver os seus problemas de saúde, sobretudo os acidentes de trabalho, Os poucos que podem pagar vão directamente ao médico, os pobres socorrem-se da “misericórdia”.

Em 1883, Bismarck institui na Alemanha a lei de protecção social, com base na ideia de que “a paz social necessária ao progresso dependia da capacidade de associar a cada patamar de crescimento económico um patamar de protecção social, sendo novamente a base de um novo patamar de crescimento económico, é o modelo social europeu” (Sakellarides, 2005:4). Surgiu na Alemanha (1883), chegou ao Reino Unido em 1911 e aos países do sul da Europa, como Portugal, Espanha, Itália e Grécia, nos anos 30 e 40.

Neste modelo, o financiamento do acesso aos cuidados de saúde fazia-se exclusivamente a partir de impostos cobrados aos rendimentos do trabalho levando à criação de um sistema de seguros obrigatórios que cobria os riscos de doença temporária, invalidez permanente, velhice e morte prematura.

Porém, no início da década de 40, Beveridge insurge-se contra este tipo de modelo, por ter limitações: o financiamento da protecção social fazia-se exclusivamente a partir de contribuições que saíam dos rendimentos do trabalho, este imposto sobre o trabalho encarecia o produto industrial e tornava-o menos competitivo. Então, Beveridge propôs que o financiamento da saúde se fizesse a partir da totalidade da riqueza do país e não só a partir das contribuições do trabalho. Assim nasceu o financiamento da saúde a partir do “**orçamento geral do Estado**” e o Serviço Nacional de Saúde surgiu em Inglaterra, em

1948. O principal factor que determinou o surgimento do NHS (National Health Service) foi o ambiente de guerra, que originou um sentimento de solidariedade entre os ingleses defendendo políticas igualitárias e aceitava a intervenção determinante do Estado (Simões, 2004).

Deste modo, podemos afirmar que Otto Von Bismarck (1815-1898) e William Beveridge (1879-1953) foram os fundadores do moderno Estado – Previdência que, apesar de contextos e épocas diferentes, influenciaram a tipologia dos Sistemas de Saúde vigentes até hoje.

O Estado, com “orçamentos sociais” evoluíram para a ideia de políticas públicas, além de assegurar o acesso a serviços existentes, começou também a interferir na administração dos Serviços do Sistema de Saúde, exercendo um papel de “provedor” de bens e serviços e adquirindo poder. Reflexo desse poder foi a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 no âmbito das Nações Unidas. O seu papel foi preponderante na discussão/reflexão sobre políticas de saúde na definição do que era saúde, evoluindo para a ideia de políticas públicas. Estávamos, então, na **era das Políticas de Saúde** (fig.4). Neste processo de evolução de políticas públicas de saúde há que considerar algumas referências fundamentais, onde destacamos: Declaração de Alma Ata, em 1978, com a noção de Cuidados de Saúde Primários e envolvimento dos cidadãos na construção da sua saúde; posteriormente, em 1983, Saúde para todos na Europa, o movimento das “metas para a saúde”; em 1986, a Carta de Otava referia-se à necessidade de capacitar os cidadãos para a ideia de promoção de saúde, escolhas saudáveis; na conferência de Adelaide, em 1988, emergiu a necessidade de reforma dos Sistemas de Saúde; a conferência do México trouxe uma necessidade de aplicar às Políticas a reforma dos Sistemas de Saúde, surgindo assim a noção de “Think Global, Act Local”.

Porém, a questão que surge em debate deixou de ser a da organização do sistema em si, mas antes a de saber quais as formas de organização e gestão que melhor realizam os objectivos da política de saúde, como concretizar as Políticas de saúde consoante o contexto? Chegamos assim à **Era da Governação** (fig.4), a qual exige desafios de todos os actores e sistemas. Deste modo, não basta formular políticas de saúde, “sendo necessário implementá-las num contexto socioeconómico determinado e num horizonte temporal definido. É necessário governar (...), gerir o equilíbrio difícil entre processos colectivos e escolhas individuais (...) entre empoderamento do cidadão e escolhas informadas” (Sakellarides, 2005).

<u>PROTECÇÃO SOCIAL</u>	<u>POLÍTICAS DE SAÚDE</u>	<u>GOVERNAÇÃO</u>
<i>Contrato social</i> <i>Magna Carta</i> <i>Revolução Francesa</i> <i>Revolução Industrial</i> <i>Bismarck (Alemanha, 1883)</i> <i>Beveridge (Inglaterra, 1940)</i> ESTADO- -PREVIDÊNCIA	Organização dos Serviços de Saúde: <i>Sistemas de Saúde (cuidados de saúde primários – Alma-ata, 1978)</i> Resultados: <i>Metas para a Saúde, saúde para todos na Europa, 1983</i> <i>Qualidade</i> Pessoas: <i>Cidadania</i> <i>Promoção da Saúde (Carta de Otava)</i> <i>«Think Global, Act Local»</i> <i>Relação (afectividade, empatia)</i> ESTRATÉGIAS DE SAÚDE	<i>Processos Formais, regras do jogo:</i> <i>Transparência</i> <i>Responsabilidade</i> <i>Inclusão</i> <u>EMPODERAMENTO</u> <i>Aprendizagem</i> <i>Conhecimento e Comunicação</i>

Figura 4: Eras e marcos importantes do Sistema de Saúde e sua evolução. Adaptado de Sakellarides (2005).

A Era da Governação trouxe consigo o conceito de *governance*¹, isto é, a capacidade de partilhar o poder e responsabilidades por todos os actores envolvidos, tendo o cidadão, neste caso, na saúde, um papel chave.

A grande complexidade e rápida sucessão de acontecimentos que caracterizam o mundo de hoje exigem da governação actual atitude e práticas prospectivas. É necessário governar não só em função dos problemas de hoje, mas também em função dos futuros prováveis (cenários).

¹ **Governance:** «O conjunto de regras, processos e práticas que dizem respeito à qualidade do exercício do poder a nível europeu, essencialmente no que se refere a responsabilidade, transparência, coerência, eficiência e eficácia.» Referido por Simões (2004:94), citado por Comissão das Comunidades Europeias (2001).

1.1.2. Evolução do Sistema de Saúde Português

O Sistema de Saúde Português foi objecto de sucessivas mudanças. As reformas realizadas caracterizam-se por: raramente serem levadas até ao fim como fora concebido; permanecem sempre traços dos modelos anteriores; terem uma componente normativa mais elevada do que a componente executiva, ficando muitos aspectos circunscritos ao papel, é difícil identificar os momentos de viragem, uma vez que a concretização das medidas raramente corresponde ao seu anúncio.

Por isso, o nosso sistema de saúde é relativamente atípico, complexo, cheio de acontecimentos, não sendo fácil percebê-lo sem uma referência à sua evolução e compreender melhor os factores que contribuíram para o seu desenvolvimento.

A organização dos serviços de saúde em Portugal tem uma longa tradição histórica de influências religiosas e caritativas, assistenciais, comunitárias, individuais e do Estado, actuando este, até anos recentes, principalmente como agente supletivo, participante pouco activo, garantindo alguns recursos financeiros complementares e prestações de cuidados médicos e assistenciais gratuitos aos pobres e indigentes. (Ferreira, 1988).

A existência de um esquema de serviços de saúde é relativamente recente, só em 1946 com a publicação da Lei 2011 de 2 de Abril, surgiu legislação tendente a criar um padrão de organização de serviços, dando ênfase aos serviços designados de “assistência social” para crianças e serviços específicos de assistência em doenças como a tuberculose, a lepra e saúde mental.

Em 1965, através do decreto-lei nº 46 301, de 27 de Abril, foi definida uma nova modalidade de financiamento hospitalar, que estabeleceu como responsáveis pelos assistidos: (i) os próprios e as suas famílias (a quem era feito um inquérito assistencial para determinação da sua capacidade de pagamento) e (ii) os terceiros responsáveis, que poderiam ser: empresas seguradoras, no caso de acidentes de viação ou de trabalho; o próprio Estado, através da Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), estendendo a mesma responsabilidade às instituições de previdência social ou de auxílio mútuo e obras sociais, para os respectivos associados ou beneficiários.

É ao longo da década de sessenta que surgem outras organizações do mesmo tipo da ADSE, como por exemplo os Serviços Sociais do Ministério da Justiça (SSMJ), mais tarde denominados subsistemas de saúde que são formas de seguro, com base profissional e muitas vezes de inscrição obrigatória. Esta complementaridade e sobreposição mantiveram-se e permanecem ainda hoje e já no contexto de um SNS universal,

tendencialmente gratuito, o que provoca algumas ineficiências, iniquidades e por vezes sobre-utilização dos cuidados de saúde.

Outro marco importante decorre da publicação, em 1968, do Estatuto Hospitalar, através do Decreto-lei nº 48 357, de 27 de Abril e o Regulamento Geral dos Hospitais, pelo Decreto-lei nº 48 358, da mesma data, que vieram definir, entre outras matérias, a rede hospitalar, sua organização e gestão e algumas das principais carreiras específicas de pessoal da saúde (Campos, 1983), estes diplomas ainda hoje continuam actuais e em vigor.

Antes de 1974, o sistema de saúde português seguia um modelo segmentado no qual a população aparecia dividida em três grupos:

- O primeiro era formado pelos que tinham um emprego e descontavam para disporem de cuidados de saúde quando deles precisassem, não fazendo qualquer pagamento nessa altura ou pagando pequenas taxas ou franquias. As empresas contribuía também para os custos dos cuidados de saúde dos seus trabalhadores porque a saúde de cada um era um bem económico da empresa. Os cuidados de saúde disponibilizados eram quase exclusivamente de ambulatório;

- O segundo era dos pobres, rurais e urbanos que estavam excluídos da Segurança Social porque não tinham emprego, a responsabilidade de cuidados de saúde para este grupo era entregue ao Estado, em hospitais próprios como era o caso dos Hospitais Cíveis de Lisboa. As misericórdias tinham um papel importante no atendimento deste sector desprotegido da população, mantendo grandes hospitais em capitais distritais e em sedes de concelhos. O Estado desenvolvia também algumas actividades de saúde pública para benefício de toda a população;

- O terceiro era o dos profissionais liberais, dos membros da classe média alta do sector produtivo e dos detentores de elevados rendimentos como os grandes proprietários rurais e urbanos. A maior parte não tinha protecção social para os cuidados de saúde e quem a tinha, porque descontava, não a usava; uns e outros usavam o sector privado de prestação de cuidados, consultórios e casas de saúde, de gestão privada com ou sem fins lucrativos e pagavam de forma directa e do seu bolso.

O que se passava de facto, antes de 1974, era que com este modelo os três grupos populacionais eram segregados nos respectivos nichos institucionais – o Ministério da Saúde, as instituições de Segurança Social, o sector privado – e cada nicho estabelecia os objectivos, as regras de financiamento e as formas de prestação de serviços para cada um dos três grupos segregados ou laminados no topo populacional (Reflexões sobre a saúde, 1998).

Desta forma, tínhamos uma distribuição assimétrica de unidades de saúde e profissionais, um baixo nível de saúde, desigualdades de direitos e designadamente de acesso, excessiva centralização (hospitais centrais e especializados encontravam-se nos grandes centros urbanos), baixo nível de profissionalização dos recursos humanos com elevado pluriemprego, múltiplas fontes de financiamento com importância desigual.

No início da década de setenta, o Estado continuava a manter um papel formalmente supletivo, como prestador e financiador dos cuidados de saúde, mas segundo Reis, (1999), tinha ganho uma capacidade de intervenção assinalável no sector da saúde, a qual exercia de forma incipiente.

Em 1970, através dos Decretos-lei nº 498/ 70 e 499/70, o Estatuto Hospitalar foi profundamente alterado e a gestão assumiu maior profissionalização. Porém, em 1971 iniciou-se a reforma do Sistema de Saúde e assistência, surgindo os primeiros Centros de Saúde (centros de saúde de 1ª geração). Sendo conhecida como a “Reforma de Gonçalves Ferreira” (OPSS, 2001, 2002), foi revalorizada a área de intervenção dos cuidados primários, introduzindo nova forma e funcionamento num sistema até então centralizado principalmente na actividade hospitalar.

As crises dos anos setenta, relacionados principalmente com o aumento súbito do preço da energia, marcaram o fim de um período de considerável crescimento económico e rápida expansão dos sistemas de protecção social na Europa (OPSS, 2002).

A Revolução de 25 Abril de 1974, e a adopção de Constituição da República Portuguesa em 1976, pelos seus Artigos 63º e 64º, criaram as condições para a Lei que instituiu o Serviço Nacional de Saúde (SNS) – Lei 56/79 – muitas vezes referida como Lei Arnaut. O SNS era “constituído pela rede de órgãos e serviços previstos na Lei que deviam actuar de forma articulada e sob direcção unificada, gestão descentralizada e democrática” para a “prestação de cuidados globais de saúde a toda a população”.

Através da nacionalização dos hospitais das misericórdias e da integração dos postos médicos do SMS, o Estado transforma-se no detentor da maioria dos recursos existentes. Para além de prestador, centraliza uma multiplicidade de funções, nomeadamente de gestor, financiador, auditor regulador e definidor de políticas, algumas delas dificilmente compatíveis.

Esta reforma, muito marcada pelo pendor político pós revolução, o processo de democratização do país coincidindo com a descolonização, travou a adopção de modelos próximos dos padrões europeus e foi responsável por uma cisão entre o SNS e parte

representativa do associativismo médico, defensora de um sistema baseado em medicina privada convencionada.

O financiamento da Saúde passa a ser incluído no Orçamento Geral do Estado (OGE), competindo ao Governo, através de receitas fiscais, garantir o seu financiamento. Assim, passamos de um modelo bismarkiano para um modelo tipo beveridgiano, tal como aconteceu no Reino Unido em 1940, o que significou “dinheiro novo” para a saúde, num período muito desfavorável do ponto de vista económico-financeiro do país (OPSS, 2001, 2002).

O SNS permitiu, num curto período de tempo, uma notável cobertura da população portuguesa em serviços de saúde e facilitou o desenvolvimento de uma estrutura de carreiras profissionais para a saúde.

Neste período não se alterou significativamente a distribuição assimétrica dos recursos; a oferta não dá resposta a uma procura crescente; as urgências hospitalares passaram a funcionar como porta aberta de acesso ao sistema, situação que ainda hoje acontece; crescem as despesas públicas de saúde; mercado da saúde com pouca transparência; continua a existir uma elevada centralização e o pluriemprego não desaparece.

Na década de oitenta as mudanças prosseguiram com a direcção que vinha do período anterior, embora com ritmo decrescente, e onde se notavam crescentes sinais de insatisfação com o sistema e com a situação de saúde e dos serviços. Este período é marcado por:

- Difícil regulamentação e implementação da lei da Saúde publicada em 1979;
- Adoptadas medidas que levaram ao aumento de gastos com as famílias (no acesso aos serviços de saúde, através da introdução de taxas moderadoras e redução da comparticipação dos medicamentos pelo Estado);
- Aumento nas transferências das verbas do SNS para o sector privado, concretizadas, por exemplo nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, (designadamente os correspondentes às novas tecnologias) passaram a ser realizados fora do SNS;
- Surge o fenómeno de Regionalização/Descentralização da saúde, através da criação de dezoito Administrações Regionais de Saúde, uma por distrito, as quais coordenavam quase exclusivamente as actividades dos centros de saúde e tinham pouco poder de intervenção;

- Os médicos passaram a trabalhar numa base de assalariamento e em tempo completo. A nova lei de Gestão Hospitalar, Decreto-lei 19/88, de 21 de Janeiro e Decreto Regulamentar 3/88, de 22 de Janeiro, vieram trazer novas regras à gestão dos hospitais e possibilitar a introdução de níveis intermédios de gestão, através da criação dos centros de custos e de responsabilidade.

Em síntese, mantiveram-se as assimetrias existentes, surgem tempos de espera no SNS, aumentando a reputação do sector privado, cresce a insatisfação dos utentes e dos profissionais, não houve progressão na Coordenação dos prestadores, manteve-se a Centralização na Gestão e decisão, a capacidade do sector público manteve-se insuficiente fazendo aumentar as urgências, crescem as dificuldades de resposta às necessidades de alguns grupos de risco e na redução dos acidentes de trânsito e outras doenças da civilização (Reis, 1999).

Após a revisão constitucional de 1989, e com a nova Lei de Bases da Saúde de 1990, foram introduzidas alterações legais no enquadramento do sistema de saúde:

- Institucionalizou-se o conceito de “Sistema de Saúde Português”, constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvem a promoção, a prevenção e o tratamento na área da saúde bem como as entidades privadas e profissões que desenvolvam acordos com o SNS;

- A missão do Estado era promover a socialização da medicina. Com esta alteração estabeleceu-se o conceito de saúde tendencialmente gratuita e os preços estabelecidos de acordo com as condições económicas e sociais dos utentes;

- Tentativa de separação entre o sector público e privado, numa óptica para o desenvolvimento de ambos;

- Os seguros de saúde deveriam ser incentivados;

- A actividade dos serviços de saúde deveria ser realizada sob constante avaliação, assim como a qualidade dos cuidados de saúde e a satisfação dos profissionais e dos consumidores.

De referir que, segundo Reis, (1999), a cobertura em matéria de cuidados de saúde da população portuguesa não era nesta década muito diferente da que existia nas anteriores, designadamente na década de oitenta.

Com a publicação do Estatuto do SNS (1993) procura-se descentralizar a prestação, mediante a celebração de acordos, convenções ou contratos tendo em vista a prestação de cuidados de saúde.

Às Administrações Regionais de Saúde, reduzidas a cinco, foram atribuídas competências e a máxima autonomia para coordenar a actividade dos serviços de saúde.

A adopção do SNS em Portugal não foi um acontecimento isolado, faz parte de um movimento mais amplo que contempla outros países do sul da Europa: Itália (1978), Portugal (1979), Grécia (1983), Espanha (1986).

Neste período sucederam-se várias transformações a nível europeu fez-se sentir um movimento de opinião a favor do fortalecimento dos mecanismos de mercado dos sistemas de Saúde europeus (OPSS, 2001,2002). Em Portugal vivia-se um período favorável de crescimento económico e estabilidade política, um marco importante deste período foi a integração de Portugal, em 1986, na Comunidade Económica Europeia (CEE). A partir de 1995, Portugal foi introduzindo iniciativas que reflectiam o clima social europeu defendendo as “leis de mercado” da saúde. Assim, surgiram dois tipos de iniciativas (OPSS;2003):

- Criação de mecanismos de orientação estratégica e responsabilização: estratégias de saúde, contratualização (agências), remuneração associada ao desempenho, gestão da doença crónica, sistema de qualidade, centros regionais de Saúde Pública.

- Inovação, descentralização e flexibilização das organizações prestadoras de cuidados de saúde: Hospitais EPE, CRI (Centros de Responsabilidade Integrada) nos hospitais, Centros de Saúde de 3ª Geração, Cuidados Continuados.

As agências de acompanhamento tinham como missão fundamental desenvolver um processo negocial de atribuição de recursos às entidades prestadoras de cuidados, com base em critérios explícitos de acessibilidade, adequação e efectividade, partindo da avaliação das necessidades em saúde e cuidados de saúde.

Para o efeito, as instituições (hospitais e centros de saúde) elaboravam o orçamento programa, documento que estabelecia o equilíbrio entre as necessidades em saúde, a produção prevista e o desenvolvimento dos serviços e, ainda, a utilização dos recursos, cabendo à respectiva agência proceder ao acompanhamento dos orçamentos, bem como à avaliação sistemática da evolução do desempenho e dos resultados atingidos. Este instrumento de natureza económico-financeira e relacional, veio permitir a introdução de alterações no processo de financiamento do sistema, possibilitando a afectação de recursos

em função da produção real, ou seja, de introdução de critérios objectivos para distribuir, acompanhar e avaliar com rigor os resultados em saúde (Escoval, 2003).

De referir que o financiamento dos serviços de saúde (hospitais públicos e centros de saúde), tradicionalmente era baseado no histórico de anos anteriores ajustado para a inflação, Nos hospitais, desde 1990 que foi introduzido o sistema de pagamento prospectivo, baseado nos grupos de diagnóstico homogéneos (GDH), para os beneficiários dos subsistemas de saúde e de outras entidades públicas ou privadas, que utilizam os serviços do SNS (Escoval, 1997).

O principal financiador das despesas do SNS é o Ministério da Saúde, através das verbas que lhe são atribuídas do Orçamento de Estado, provenientes de impostos.

Em 1996, foi preparado um documento de tipo estratégico – a estratégia para a saúde – Saúde, um compromisso (MS, 1998 a) e 1999), começada a definir pelo Ministério da Saúde em 1997, traduziu uma nova política de saúde.

Neste contexto, em Portugal, as principais orientações das Estratégias de Saúde passaram, a partir de 1998, a fazer parte das Grandes Opções do Plano na Saúde, documento anualmente aprovado pelo Orçamento Geral do Estado, sendo a expressão concreta da Política da Saúde.

O documento «Saúde, um compromisso – a Estratégia de Saúde para o virar do século (1998-2002)» foi o primeiro marco na história da *“gestão da mudança no Sistema de Saúde Português para enfrentar o desafio de acompanhar a Política Europeia da OMS, no sentido de concentrar a energia política, social, técnica e de gestão na realização dos objectivos propostos”*. Este documento era a explicitação de toda uma estratégia governamental para a Saúde, onde se fazia apelo à criação de instrumentos específicos que permitiam evoluir do modelo tradicional de decisão unilateral/vertical, para um modelo participativo, assumindo *“a centralidade do cidadão como vector a desenvolver e integrar”*.

No que se refere ao cidadão, a actuação rege-se pela necessidade de o colocar no centro do sistema prestador de cuidados de saúde, bem como pela necessidade de obter ganhos para a população.

Porém, o deficit de cidadania em Saúde é um facto em Portugal, estando este relacionado com os antecedentes históricos de uma ditadura de 40 anos e uma democracia relativamente jovem, pouco mais de 30 anos. De acordo com OPSS (2003), Portugal

apresenta o mais baixo nível educativo e tecnológico da União Europeia, sendo o país com o menor número de pessoas com nível de estudos superiores.

Segundo Escoval (2003), nos últimos trinta anos Portugal sofreu, em períodos de tempo particularmente curtos, algumas transformações de extraordinária importância: reconquista da liberdade, democratização, descolonização e integração dos retornados em 1974, adesão à CEE em 1986 e integração na União Monetária Europeia em 2000. Neste período, que corresponde a uma geração, há obra realizada e objectivos atingidos.

No entanto, para melhor entender algumas das questões que ainda hoje o afectam é importante recordar as condições em que o mesmo foi criado:

- a adopção e implementação do SNS estão associados à democratização, e coincidiu com o processo de descolonização que a acompanhou;

- fez parte do processo de expansão do sistema de protecção social português que caracterizou o início da democracia, Fez-se a contra-ciclo em relação à situação económica mundial dos anos setenta – as “crises do petróleo.

Actualmente, Portugal encontra-se num processo de reforma transversal a toda a Administração Pública, no que se refere ao sector da saúde, tal como noutros países. São grandes os constrangimentos causados pelo aumento de procura de cuidados, pela insuficiência de recursos e pelo aumento dos custos associados à prestação.

A reforma em curso centra-se na necessidade de obter ganhos em Saúde e assenta em quatro eixos principais: o cidadão, os cuidados primários, a necessidade de implementar um planeamento estratégico no que respeita à gestão dos recursos disponíveis e a necessidade de reduzir as despesas (Portugal. Governo, 2005).

Como já referimos anteriormente, o cidadão é um actor chave quando pretendemos instituir mudanças na área da saúde. Contudo, para poder participar, o cidadão tem que estar informado sobre a sua situação de saúde, pois só assim conseguirá fazer escolhas.

Neste âmbito, o Plano Nacional de Saúde (PNS), surge como um importante instrumento estratégico no âmbito da promoção da saúde e da prevenção da doença, com vista aos ganhos em saúde que se pretendem obter entre 2004 e 2010.

O segundo eixo centra-se no reconhecimento da importância dos cuidados primários, estes devem constituir o núcleo central do sistema prestador de cuidados de saúde, são o primeiro ponto de contacto entre os cidadãos e os cuidados.

Destacamos a aprovação do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, que veio estabelecer o regime jurídico da organização e funcionamento das Unidades de Saúde Familiar (USF), as quais visam a prestação de cuidados de saúde personalizados à população pertencente a uma determinada área geográfica, procurando gerir a acessibilidade, a globalidade e a continuidade desses mesmos cuidados.

Outra prioridade no actual contexto é a necessidade de implementar uma gestão estratégica dos recursos disponíveis, papel atribuído às ARS, de acordo com o Decreto-Lei nº 222 /2007, de 29 de Maio, nomeadamente no seu artigo 3º. Este planeamento dos recursos disponíveis surge associado à implementação de um sistema de avaliação de desempenho, com base na definição de metas e de objectivos, e ao reordenamento dos serviços.

O quarto eixo resulta da necessidade de controlar as despesas e equilibrar as contas públicas. Foi nomeada uma Comissão para avaliar a Sustentabilidade do Financiamento do SNS, foram tomadas medidas quanto aos custos e comparticipação de medicamentos, além de outras medidas no âmbito da redução das despesas.

A reforma em curso, segundo o Programa do Governo, assenta e procura assegurar princípios como a universalidade, equidade, eficiência, qualidade, integridade, transparência e responsabilidade social, com vista à obtenção de ganhos de saúde e concretização do objectivo de alcançar mais saúde para todos.

2. O CONTEXTO TECNOLÓGICO

2.1. Sistemas de Informação

Desde 1995 o sistema de informação foi uma das prioridades focadas pelo Estado, pois constituía um instrumento fundamental para todas as outras medidas entretanto lançadas, como podemos ler no Relatório da Primavera de 2001, mas também aí é constatado que Portugal continua a ser um dos países da União Europeia que não possui um sistema de informação em saúde completamente desenvolvido (OPSS, 2002, 2003).

Em 2002 foi criada pelo Governo a unidade de missão, inovação e conhecimento, que no lançamento das suas iniciativas não formulou qualquer programa específico para a área da saúde (OPSS, 2003). Os programas nesta área não tiveram até ao momento uma aplicação operacional consistente por parte dos responsáveis.

O desenvolvimento tecnológico marcou o rumo da sociedade actual, estamos perante um mundo globalizado em que o acesso à informação está mais facilitado. As tecnologias de informação e das comunicações fazem parte integrante do nosso quotidiano, invadiram as nossas casas, locais de trabalho e de lazer, oferecem ferramentas úteis para as comunicações pessoais e de trabalho. A sociedade de informação não pertence a um futuro distante assume uma importância crescente na vida colectiva actual e introduz uma nova dimensão no modelo das sociedades modernas.

Hoje, estamos perante uma sociedade que se pode denominar “Sociedade de Informação”. De acordo com o “Livro Verde para a Sociedade de Informação” (MSI, 1997), esta expressão refere-se a um modo de desenvolvimento social e económico em que a aquisição, armazenamento, processamento, valorização, transmissão, distribuição e disseminação de informação conducente à criação de conhecimento e à satisfação das necessidades dos cidadãos e das empresas, desempenham um papel central na actividade económica, na criação de riqueza, na definição da qualidade de vida dos cidadãos e das suas práticas culturais.

Os actuais sistemas de informação das unidades de saúde em Portugal, foram adquiridos à medida das necessidades, sem que existisse uma estratégia ou políticas de sistemas de informação integrados, pelo que apresentam grandes sinais de ineficiência, falta de interoperabilidade entre os sistemas existentes e deficiente integração dos sistemas informáticos.

Partindo-se de um inquérito aos sistemas de informação dos hospitais realizado por Lapão (2005/2006), foi possível identificar uma série de fragilidades nos SI da Saúde em Portugal:

- Falta de técnicos dedicados aos sistemas de informação;
- As funções dos responsáveis de SI são essencialmente dedicadas ao hardware e manutenção;
- Falta de competência em gestão de SI para o nível exigido aos hospitais;
- Há pouca utilização de metodologia de gestão de projectos, o que dificulta ainda mais a implementação dos SI com sucesso;
- Falta de regulação específica nos SI para a Saúde;
- Cerca de 50% dos responsáveis de TI dos hospitais não tem licenciatura.

Identificou-se ainda o problema da ineficiência do funcionamento dos hospitais enquanto sistemas resultantes destas fragilidades (morosidade e más decisões), para além do fraco apoio dado aos profissionais no que diz respeito aos sistemas clínicos. Em contrapartida, encontraram-se casos de direcções de SI excepcionais (identificáveis como auto-organização) que ajudaram a desenvolver uma estratégia de sucesso.

Os SI em Saúde terão uma contribuição cada vez mais relevante no desempenho das organizações de Saúde. A implementação de uma arquitectura de SI para a Saúde, em termos tecnológicos e das próprias características do país de acordo com um novo modelo organizacional só terá êxito se forem considerados, entre outros, os seguintes factores críticos de sucesso (Lapão, 2005):

- Integração da informação de natureza clínica e administrativa e apoio à gestão;
- Melhoria da acessibilidade para os cidadãos utilizadores do SNS, traduzida por um melhor e maior acesso aos serviços de saúde;
- A consequente melhoria na rentabilização da utilização dos recursos humanos e materiais;
- Maior satisfação, quer dos cidadãos, quer dos profissionais (cada vez mais relevante pela falta generalizada de recursos qualificados na saúde) e que constituem o elemento chave para que esta mudança tenha efeito;
- Uma melhoria visível e significativa da razão custos/benefícios no que respeita aos investimentos prementes e aos objectivos previamente estabelecidos.

Os grandes desafios que agora se colocam ao mundo civilizado são, por um lado, saber responder aos impactos epidemiológicos do envelhecimento da população causado pela “Revolução da Saúde” com o desenvolvimento permanente e acelerado de novas tecnologias, o aumento exagerado nos gastos em saúde, principalmente nos hospitais, as expectativas crescentes da população em relação aos padrões de saúde e utilização dos serviços de saúde, têm levado os serviços de saúde a confrontarem-se com o aumento crescente dos custos e das despesas de saúde, numa situação sócio económica onde os recursos são cada vez mais escassos. (OCDE;1998)

Aparecem novos desafios aos modelos tradicionais de sistemas de saúde, à gestão dos serviços e à sua estrutura organizacional.

Assim, a tradicional “Era Industrial” está a ser claramente suplantada por cuidados de saúde da “Era da Informação” (Smith, R., 1997).

Os sistemas de informação² em saúde começam a desenvolver-se na década de noventa, a sua evolução estava no preenchimento das necessidades dos médicos e gestores de saúde, nomeadamente no apoio à educação, tomada de decisões, planeamento e outros aspectos de actividades dos profissionais da área da saúde.

No entanto, em Portugal este foco está a mudar, os factores subjacentes a esta mudança são a emergência da medicina baseada na evidência e o crescente reconhecimento da necessidade de colocar num mesmo nível os profissionais de saúde e os cidadãos, na sua relação.

Esta tendência é já uma realidade nos países desenvolvidos e resulta de um esforço para diminuir os custos dos cuidados de saúde, melhorando a capacidade dos pacientes de se ajudarem a si próprios e fazerem escolhas informadas (Eysenbach, 2000).

As tecnologias de informação e comunicação surgem como uma ferramenta em saúde que atinge os consumidores, de forma a ajudá-los a obterem um equilíbrio entre a gestão de saúde, o auto-cuidado e a procura de cuidados profissionais; estas tecnologias estão a tornar-se parte integral do conceito moderno de saúde pública, bem como das políticas nacionais de saúde em muitos países desenvolvidos.

² **Sistemas de Informação:** são conjuntos de componentes interligados que recolhem, processam, analisam, armazenam e entregam informação para obtenção de determinados objectivos. Como qualquer outro sistema, os sistemas de informação são constituídos por actividades de Input, Processamento e Output.

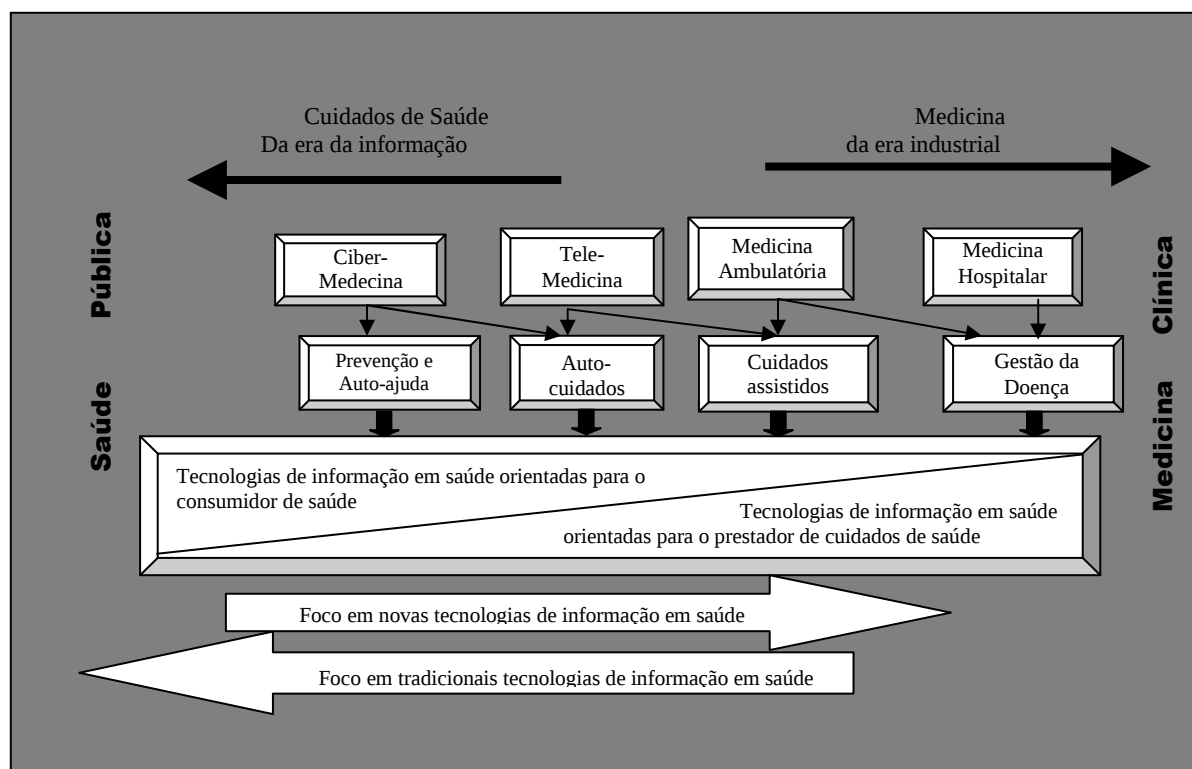


Figura 5: A mudança do foco dos sistemas de informação
(de Eysenbach, 2000).

Este modelo do sistema de informação em saúde acrescenta uma área mais ampla de actuação onde o foco é o cidadão e a sua saúde. Esta mudança levará a uma alteração completa do ponto de vista do funcionamento do sistema de saúde existente, uma vez que procura gerir a saúde das pessoas através das pessoas ao invés de gerir a prestação de cuidados aos doentes.

2.1.1. Informação em Saúde e o Empowerment do Cidadão

A “informação em saúde” para o cidadão, consiste em toda a informação que permita ao indivíduo compreender a sua saúde e tomar decisões relacionadas com esta, quer para si quer para os seus familiares. Esta informação deve-se apoiar em aspectos ligados à promoção da saúde, auto-cuidados, tomada de decisão partilhada, educação do indivíduo e reabilitação.

A natureza da informação em saúde para o cidadão têm novas oportunidades de distribuir e adquirir informação através das TIC, nomeadamente pela internet, pelos materiais multimédia, pelo vídeo e pelos jogos interactivos (Ratzan, 2001). De facto, as novas tecnologias de informação trazem novas possibilidades para envolver os cidadãos nas suas decisões de saúde pois o seu acesso apropriado pode desenvolver a literacia em saúde.

A progressão dos vários níveis de literacia não depende do desenvolvimento cognitivo. É influenciada por competências pessoais, sociais e pela auto-eficácia em relação a um assunto, no entanto também depende de níveis fundamentais de literacia associada ao desenvolvimento cognitivo. Pessoas que não sejam capazes de ler e escrever adequadamente estão menos expostas aos meios tradicionais de educação para a saúde e têm menor capacidade de agir de acordo com as informações que lhe são dadas. A literacia em saúde é um resultado da educação para a saúde e das intervenções comunitárias. Assim sendo, a educação para a saúde pode contribuir para a literacia em saúde e ambas são determinantes de saúde. Um nível inadequado de literacia é um factor de risco para a literacia em saúde, contudo, pessoas literadas em geral não implica que sejam literadas em saúde (Kickbusch, 2001).

À medida que se progride no nível de literacia existe um maior controlo do indivíduo e um maior empoderamento. A literacia em saúde é mais do que conseguir ler folhetos informativos, na verdade representa as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos em ter acesso, compreenderem e usarem a informação para promover e manter a saúde (Nurtbeam, cit Ratzan 2001)

Para a informação em saúde para o cidadão ser eficaz deve ser adaptada de acordo com os interesses, o grau de literacia, linguagem, background cultural, estado emocional e desejos dos seus usuários.

As pessoas necessitam de informação com qualidade para poderem tomar decisões acerca da sua saúde, um cidadão informado é essencial para o sistema de saúde com qualidade porque:

- Os comportamentos individuais são essenciais para a promoção da saúde e prevenção da doença, são o factor mais importante que influencia o estado de saúde, (hábitos alimentares, actividade física, consumo de álcool, tabaco, fármacos, drogas etc.).
- A informação em saúde para o cidadão é necessária para o autocuidado: um auto cuidado eficaz depende de fontes precisas e rápidas adaptadas às necessidades do utente.
- Necessária para melhoria da qualidade e custos dos cuidados de saúde, uma das falhas do mercado de cuidados de saúde é a informação inadequada sobre a qualidade e custos dos serviços e da prestação de cuidados de saúde.
- A gestão profissional da saúde e dos problemas médicos requer a disponibilidade de informação em saúde para o cidadão, esta informação facilita a compreensão de diagnósticos e das suas implicações em todos os níveis de prevenção.

- A informação em saúde é necessária para melhorar a saúde comunitária, seja a nível das doenças transmissíveis ou derivadas de problemas ambientais, esta informação contribui para uma melhor mobilização da comunidade e da sua capacidade de resposta.

Mas para poder participar, o cidadão tem que se sentir capaz de tomar decisões, tem que se sentir com poder (empoderamento): os cidadãos estão empoderados quando criam ou têm oportunidade de controlar o seu destino e influenciar as decisões nas suas vidas, quando se tornam aptos a participar nas dinâmicas das relações sociais, com um sentido pessoal de competência e consciência crítica (Friedmann, 1990; Schultz et al., 1995), citado por Mesquita (2002).

O cidadão é um actor-chave, quando pretendemos instituir mudanças na área da Saúde. Aliás, o Serviço Nacional de Saúde existe para servir o cidadão com o objectivo de melhorar a sua saúde. Para se implementar uma reforma de saúde, em Portugal, terá que se lhe dar mais poder. Teremos que o «empoderar»; no entanto, a «questão central não se resume à obtenção de poder, de direitos e sua defesa, mas ao exercício positivo desse poder na construção de uma cidadania participativa (...) criando condições que permitam essa participação activa do cidadão no sistema» (OPSS, 2002: 20). O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) refere ainda que existem determinadas áreas em que a relação entre o sistema e o cidadão têm que mudar, tendo em vista o empoderamento do cidadão: - à informação, - Direito à escolha, - Acesso aos Cuidados de Saúde, - Reclamação sem penalização - Participação democrática Representação.

Assim, será fundamental a informação sobre a realização dos objectivos do Sistema de Saúde, acesso e qualidade de Cuidados de Saúde de que necessita, capacidade de escolha e reclamação sem penalização, participação e representação adequada nas decisões sobre a utilização dos recursos colectivos e satisfação dos resultados (OPSS, 2002).

2.1.2. A Telemática na Saúde

A telemática aplicada à saúde não é uma realidade nova, mas uma realidade que tem recentes desenvolvimentos, em parte resultante do desenvolvimento tecnológico que tem acelerado em duas áreas que influenciam a saúde: o campo da medicina e o das comunicações e da facilidade de acesso às mesmas. A telemedicina sofre assim um renascimento, fruto principalmente da revolução nas comunicações tão bem exemplificada pela importância da Internet e pela disseminação de telemóveis.

De facto, como refere Field et Al. (1996), há mais de 30 anos que médicos investigadores dos serviços de saúde começaram a investigar o impacto da utilização de

telecomunicações avançadas e tecnologias de informação na melhoria da prestação de cuidados de saúde. Segundo os mesmos autores, na intercepção de muitos destes esforços encontra-se a telemedicina.

A telemedicina é uma forma de comunicação específica da prestação de cuidados de saúde, na sociedade de informação, apresentando um grande potencial, mas o essencial é que seja entendida não como simples tecnologia ou novo equipamento mas sim de um procedimento que para a sua exploração requer mudanças organizacionais relevantes dos serviços de saúde.

A telemedicina significa, basicamente, medicina à distância, a aplicação da arte médica e enfermagem sem necessidade de proximidade física.

De acordo com ATA (American Telemedicine Association) a Telemedicina é “o uso de informação médica veiculada de um local para outro, por meio de comunicação electrónica, visando a saúde e educação dos pacientes e do profissional médico, para assim melhorar a assistência de saúde”.

No contexto actual dos sistemas de saúde, pretende-se que a prestação de cuidados de saúde se direcione dos hospitais para a proximidade dos cidadãos, pretende-se acessível onde e quando necessária. Os cuidados domiciliários tendem a crescer e a ganhar um papel importante como consequência de três aspectos:

- Procura de qualidade de vida: os doentes buscam cada vez mais serviços de qualidade e o seu próprio conforto;
- Demoras hospitalares mais curtas: os objectivos de eficiência hospitalar impõem um esforço para diminuir progressivamente a demora média de internamento;
- Aumento de grupos de doentes que necessitam destes tipos de cuidados, grupos como sendo idosos com doenças cardiovasculares, doentes crónicos sofrendo de diabetes, cancro ou doenças degenerativas, ou deficientes estão a crescer e necessitam de novas respostas dos sistemas de saúde.

A telemedicina poderá ter um importante impacto em termos de acessibilidade, qualidade e custos da saúde.

Como refere Wootton (1999), grande parte da actividade de telemedicina no mundo prende-se com o diagnóstico e gestão clínica dos doentes, efectuados à distância, sendo aventados grandes benefícios para esta forma de telemedicina, em termos de

acessibilidade, qualidade e custos. Entre os benefícios encontram-se a descentralização dos cuidados de saúde, a melhoria do acesso das comunidades rurais, a melhoria da referenciação e da comunicação entre cuidados primários e diferenciados e custos reduzidos.

Apesar destes benefícios expectáveis, o recurso a aplicações de telemedicina está longe de ser uma prioridade e algumas das suas aplicações clínicas longe de serem utilizadas de forma rotineira, pela larga maioria das instituições prestadoras de cuidados de saúde. Esta realidade poderá ser explicada, por um lado, pelo processo de mudança que é muito lento, devido a uma série de factores inerentes ao tipo de estrutura organizacional e à estrutura humana e, por outro, pela escassez de estudos de avaliação de resultados aprofundados, nomeadamente de custo-efectividade, que comprovem os benefícios, e de outros estudos que dêem resposta a preocupações do foro ético e legal.

Em 2004, a Comissão Europeia introduziu a sua Comunicação sobre o Sistema Europeu de Informação em Saúde (“eHealth”) e o respectivo Plano de Acção para um Espaço Europeu de Informação em Saúde.

Os desafios incluem: a crescente mobilidade de utentes e profissionais de saúde; qualidade e facilidade de acesso aos cuidados de saúde por parte dos cidadãos numa sociedade de demografia em envelhecimento; a necessidade de providenciar os melhores cuidados de saúde possíveis dentro de cada vez mais limitadas condições orçamentais.

Na conferência eHealth de 2005, foi salientada a necessidade de maior consciência e premência de uma maior integração e inter-operacionalidade do Espaço Europeu de Informação em Saúde. Os ministros comprometeram-se a tomar este desafio numa abordagem faseada estruturada ao longo dos cinco anos seguintes.

e-Health é uma parte importante da iniciativa i2010 da União Europeia (UE). Tem como foco três áreas: Desenvolvimento de um Espaço de Informação Europeia em Saúde; inovação em todas as iniciativas de Tecnologia e Informação em Saúde; permitir um maior acesso, envolvimento e inclusão dos cidadãos europeus e outras partes interessadas na provisão de cuidados de saúde, através de meios electrónicos. Também implica acções em áreas políticas, como a Saúde Pública, promoção da mobilidade dos utentes e avaliação do impacto do envelhecimento das populações nos sistemas de cuidados de saúde.

Contudo, apesar de alguns sucessos, a saúde é ainda uma área pouco explorada em Portugal (Lapão, 2005c), contrariamente ao que acontece com outros países da UE onde

existem apostas concretas e sustentadas que contam com o envolvimento dos especialistas nas suas diversas vertentes.

2.1.3. Telemedicina no Contexto da e-saúde

Hoje, a telemedicina precisa de ser integrada num contexto mais amplo e adaptada à realidade tecnológica e organizacional.

Na perspectiva organizacional, entende-se que a prestação de cuidados de saúde deve ser um contínuo de actos integrados que incluem a educação e promoção da saúde, os auto-cuidados, os cuidados primários, hospitalares e continuados. Desta forma, os processos de prestação de cuidados de saúde (presenciais ou à distância) e as tecnologias que os suportam devem permitir a multidisciplinaridade dos actores envolvidos, incluindo o próprio utente, integrando a telemedicina, os telecuidados e os sítios (*sites*) de informação de saúde.

A Educação para a Saúde é uma das áreas de intervenção na Promoção da Saúde. Educar em Saúde pressupõe capacitar os indivíduos a proteger, obter e participar activamente na sua Saúde, mas para que tal aconteça é necessário fornecer informação e produzir conhecimentos.

Do ponto de vista tecnológico, a evolução das redes digitais de dados dos sistemas informáticos e a convergência com as redes de telecomunicações levam a que as tecnologias que suportam a telemedicina e os telecuidados³ integrem não só as telecomunicações, mas também os sistemas informáticos (clínicos e administrativos). As ferramentas de apoio à telemedicina deixam de ser aplicações avançadas de comunicações, específicas e desintegradas daquelas que se utilizam na prestação presencial. O processo clínico electrónico deverá ser a principal ferramenta de suporte à teleconsulta⁴ e telediagnóstico⁵.

Neste novo mundo globalizado em que os processos de prestação de cuidados de saúde se apoiam cada vez mais em sistemas de informação e que com a mesma facilidade se pesquisam bases de dados locais ou remotas e se comunica com colegas de equipa da

³ **Telecuidados:** serviço de e-health que consiste na prestação de serviços de saúde de prevenção, orientação e triagem e self-care à distância através do recurso a telecomunicações.

⁴ **Teleconsulta** – Prestação de consultas médicas à distância suportadas por telecomunicações, nomeadamente consultas por videoconferência ou controlo remoto de dispositivos de terapêutica (por exemplo pacemakers ou dosímetros).

⁵ **Telediagnóstico** – Prestação de actos médicos de diagnóstico por/ou com o envolvimento de um médico à distância, através do envio e partilha por telecomunicações dos exames médicos, sinais biológicos e dados de saúde.

mesma unidade ou de unidades distantes, a telemedicina surge cada vez mais integrada na prestação corrente.

Estas diversas integrações de processos (e ferramentas tecnológicas que os suportam) estão representadas na figura 6, dentro de um ciclo comum que se designa hoje em dia de e-saúde ou *e-health*, e que é mais adequado para descrever os actuais projectos de telemedicina (multidisciplinar e integrada). O termo “e-saúde” refere-se ao conjunto de ferramentas baseadas nas tecnologias de informação e da comunicação utilizadas para apoiar e reforçar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças, bem como para controlar e gerir questões relacionadas com a saúde e o estilo de vida.

“e-Health” is the combined use of electronic communication and information technology in the health sector”

Organização Mundial de Saúde, 2005



Figura 6: Intersecção de serviços e ferramentas de suporte no contexto da e-saúde

No actual contexto da sociedade da informação, os fluxos de trabalho e de informação na saúde tendem a ser integrados intra e inter-institucionalmente, abrangendo diversas actividades e vários actores (médicos, enfermeiros, técnicos de saúde, administrativos e outros). As fronteiras entre os diversos serviços de e-saúde tendem a ser ténues e, em última análise, dependente do contexto de cada caso individual.

A telemedicina constitui um destes serviços de e-saúde que, conjuntamente com os telecuidados, visa a melhoria do acesso a cuidados de saúde pelos cidadãos.

2.2. Necessidade de um Novo Paradigma para a Saúde

Durante muitos anos a Saúde foi considerada uma área à parte, não sujeita a controlo de custos, subordinada ao quotidiano dos médicos. Hoje, os hospitais são cada vez mais avaliados como prestadores de serviços e pelo seu desempenho operacional.

As administrações dos hospitais começam a usar os conceitos desde há muito usados na produção industrial. Nos últimos anos esta situação alterou-se em vários aspectos, nomeadamente na percepção do impacto do erro (IOM, 1999) e de grandes ineficiências resultantes do descuido com que tem sido observada a Saúde (Mango & Shapiro, 2001; Deloitte, 2004), sobretudo sobre a necessidade de se utilizarem os sistemas de informação para se lidar com este tipo de problemas (Lapão, 2005).

A necessidade de aplicar os conceitos modernos na gestão hospitalar tem tido uma repercussão muito importante nos últimos anos. As técnicas e ferramentas de gestão que têm vindo a ser usadas com sucesso por outros sectores da economia, estiveram muito tempo afastadas da gestão hospitalar. Isto aconteceu porque os órgãos de gestão dos hospitais não sentiam qualquer pressão de optimizarem os processos da actividade hospitalar (Mintzeberg, 1997), a não existência de informação e de indicadores de gestão de forma sistemática alheava-os muitas vezes da natureza dos problemas.

Quando os hospitais passaram a ser “reembolsados “ (desde a formação dos Hospitais SA/EPEs numa lógica “contabilística”, devido à consciencialização que se estava a gastar com pouco controlo, criou-se o “contrato programa”) como prestadores de serviços e a partir daí passaram a estar dependentes da “sua” estrutura de custos e responsabilização pelo seu desempenho operacional.

A reforma da Saúde é um assunto que consta há muito nas agendas dos políticos. A procura de um serviço eficiente, equitativo, de qualidade que seja capaz de responder ao envelhecimento da população, ao aumento de custos associados ao uso de novas tecnologias e ao aumento da procura pelos cidadãos, bem como a crescente educação do consumidor materializa-se numa sensibilidade adicional à eficácia e à qualidade dos serviços de saúde. Esta evolução deve ser metodicamente gerida, aproveitando as linhas orientadoras do novo paradigma do e-Saúde, tendo sempre como pano de fundo as especificidades do sistema Português (Lapão, 2000). É importante que se tenha como base um “modelo integrado de gestão de informação e conhecimento”. As unidades de saúde necessitam de ser geridas tendo por base uma estratégia de gestão que interligue e apoie as várias actividades dos hospitais e comunidade.

Um “Programa de Transformação da Saúde” teria que ter em consideração o apoio dos “Sistemas de Informação” que permitisse alcançar os seguintes objectivos (Smith, 1997):

- Desenvolver o modelo de sistemas e tecnologias de informação e o modelo de governação em torno de três eixos principais:

1 - **A Unidade Local de Saúde**, como unidade nuclear de prestação de cuidados de saúde ao utente e ponto de contacto deste com o SNS;

2 - **A interligação entre Unidades de Saúde** e entre estas e a Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) ou outras entidades de regulação da saúde, como elemento fundamental para uma partilha de informação que conduz à eficiente prestação de cuidados de saúde;

3 - **O Utente**, como foco central, em torno do qual deve ser estruturado todo o modelo de prestação de cuidados de saúde;

- Suportar adequadamente a prestação de cuidados clínicos ao utente (por exemplo, utilizando a telemedicina), a par de uma eficiente utilização dos sistemas de suporte administrativo, permitindo um melhor e mais eficaz interface entre o utente e o SNS.
- Optimizar a utilização dos recursos disponíveis, através da implementação de mecanismos de monitorização do desempenho das diferentes unidades que compõem o SNS, seja em termos clínicos, seja em termos financeiros.
- Definir uma estratégia faseada para implementação do modelo de sistemas de informação de governação e de gestão dos mesmos, constituindo uma solução de compromisso entre um modelo ideal e um modelo realista, que possa efectivamente ser levado à prática alancando activos existentes e reduzir as necessidades de investimento.

Com a concretização destes objectivos, estamos em crer que será possível desenvolver um plano de acção adequado às necessidades do sector da Saúde em Portugal no que se refere ao uso das TIC.

2.2.1. A Mudança de Paradigma na Saúde: A Visão do Cidadão como “OWNER” da Informação

Pretende-se hoje que a Saúde se passe a orientar para o cidadão. Assim, é importante aumentar a participação do cidadão na Saúde, responsabilizando-o e dando-lhe um papel mais activo na gestão da sua Saúde. Esta forma de enquadrar a Saúde pela

distribuição e responsabilização deverá trazer a longo prazo uma diminuição da procura de serviços mais especializados. A redução dos custos e o aumento da satisfação dos cidadãos será uma consequência natural. Para construir o novo paradigma vai ser necessária uma definição de uma arquitectura centrada no cidadão, num projecto a longo prazo, uma vez que se desconhece actualmente a dimensão das fragilidades do sistema de Saúde.

Nos últimos anos vários especialistas têm vindo a dar pistas para uma mudança de paradigma (fig.7) potenciada pelos sistemas de informação.

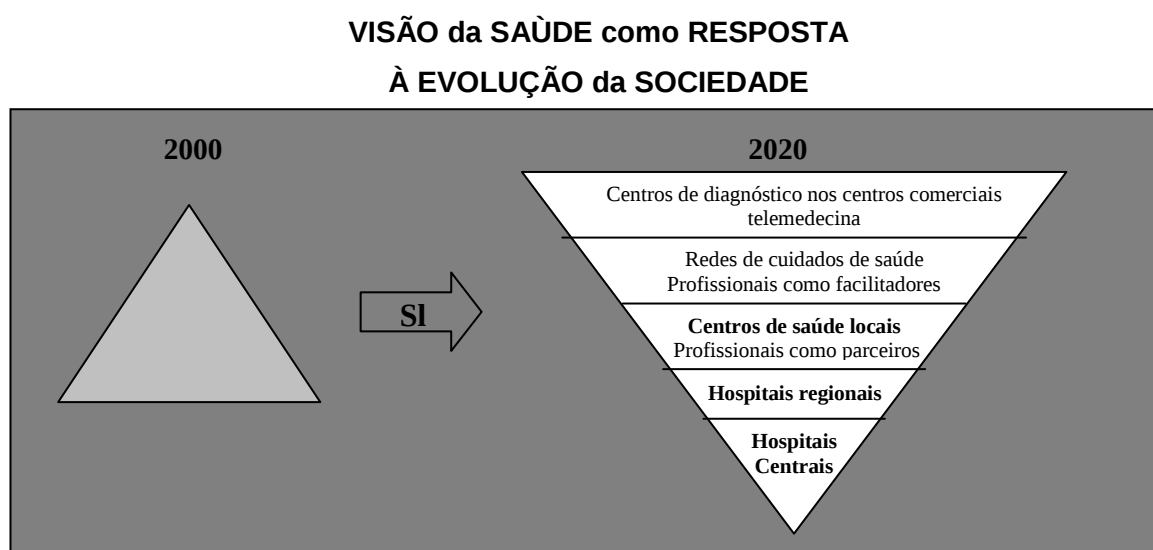


Figura 7: Adaptado de Smith R. The future of health care systems. BMJ, 1997.

O British Medical Journal tem vindo a publicar desde há alguns anos várias reflexões em redor de um «novo paradigma» para a prestação de cuidados de Saúde. Jennings et al. (1997), citado por Smith (1997), apresenta de forma simples a visão para a Saúde que aqui se adopta. Esta visão vislumbra na lógica de Pareto, perspectivando os casos mais especiais e que necessitam de maior tecnologia e conhecimento em Saúde a ocorrerem de forma menos frequente, exigindo por isso uma maior centralização para garantir que os especialistas possuem a experiência suficiente para lidar com os casos, o que leva ao conceito de centro de excelência. E vice-versa, os casos mais frequentes, como simples constipações e outras pequenas coisas que possam ser enquadradas pela e-Saúde, isto é, o cidadão poderá aceder a websites específicos de onde se consegue obter informação suficiente para resolver as situações, evitando o acesso que hoje acontece às urgências, muitas vezes sem justificação (por exemplo, a Linha de Saúde 24).

Este valor da participação do cidadão é tão mais elevado quanto maior for o envolvimento do cidadão na “gestão” da sua Saúde. Este processo de responsabilização passa pela partilha da informação com o dono (“owner”) da informação.

Esta nova visão da Saúde que implica uma transformação da arquitectura dos sistemas e no comportamento de todos, é centrada no cidadão e significa criar mecanismos de transferência de responsabilidade para o cidadão. Assim, a informação em Saúde deve ser encarada como instrumento que leva à democratização e participação do cidadão no sistema, não devendo ser considerada apenas como uma componente neutra do sistema.

Por outro lado, não deve ser esquecido que um problema fundamental nas unidades de saúde é a assimetria de informação no processo de prestação de cuidados de saúde, tornando as escolhas do utilizador difíceis, proporcionando que ocorra uma transferência desta responsabilidade do utilizador para o prestador (relação de Agência⁶).

A função de agência, como intermediária entre o cidadão e os serviços prestadores de cuidados, procura assegurar a melhor utilização dos serviços públicos para a Saúde, zelando pelos interesses dos pagadores/utilizadores dos serviços de Saúde (ARSLVT;1996).

A proximidade ao cidadão implica que médicos e enfermeiros tenham um maior impacto na relação com a gestão da Saúde, deixando mais poder para os cidadãos na sua relação directa (isto é, alterando a designada “relação de agente”). Isto pode ser feito disponibilizando mais informação ao cidadão, com a qual este ganha capacidade para ser capaz de decidir sobre a gestão da sua Saúde. Para isto acontecer são necessárias mudanças importantes.

Para tal há necessidade de ajudar a encontrar os incentivos correctos, que orientem quer os cidadãos aos médicos de família, quer os sistemas de Saúde a valorizar a via da medicina familiar. Por outro lado, é necessária a existência de sistemas de informação que integrem os Serviços Nacionais de Saúde.

Este processo de responsabilização passa pela partilha da informação com o dono (“owner”) da informação, o cidadão, cujo processo é suportado em termos legais (Curado & Lapão, 2005). Esta lógica subjacente aos sistemas de Saúde inverte-se: o cidadão deverá tomar as “rédeas” da sua Saúde, como já faz relativamente às suas finanças. É uma nova visão da saúde que implica uma mudança de arquitectura dos sistemas e no comportamento de todos.

⁶ A relação de “agência” (*agency relationship*): é a situação em que o indivíduo delega as suas decisões sobre consumo ou produção numa outra pessoa que passa a actuar como seu “agente”. O fenómeno surge no sector da saúde como consequência da **ignorância do consumidor** com respeito às suas próprias necessidades e às características dos bens que as possam satisfazer, daí resultando uma delegação de poderes de aquisição de bens no prestador de cuidados (Pereira, 1992).

Esta mudança implica uma alteração profunda dos sistemas para que estes permitam disponibilizar a informação, segura e mantendo a privacidade, ao cidadão. A base é o “workflow” de informação que garanta a entrega da informação necessária, no local correcto no momento oportuno (Martins, 2005).

O envolvimento do cidadão neste paradigma permite-lhe que tenha acesso à informação, de forma a poder agir e mudar comportamentos que tenderão a melhorar a sua qualidade de vida e por sua vez diminuir a pressão sobre as unidades de saúde.

Desta forma, as organizações de Saúde devem também adaptar-se e os modelos de “Governança” devem evoluir concomitantemente para garantir uma liderança no processo de transformação, que posicione efectivamente os SI como sistemas capazes de apoiar os profissionais de Saúde a cumprir a sua missão com eficiência e qualidade.

O modelo de arquitectura e “Governança” deve ter em consideração os três níveis fundamentais, já referidos:

- Unidade de Saúde (hospitais e centros de saúde)
- Interligação /integração das Unidades de Saúde
- Gestão e Regulação da Rede.

No funcionamento desta unidade deve considerar-se a gestão de esforços para fins comuns, evitando repetição de tarefas e optimizando a utilização de recursos disponíveis.

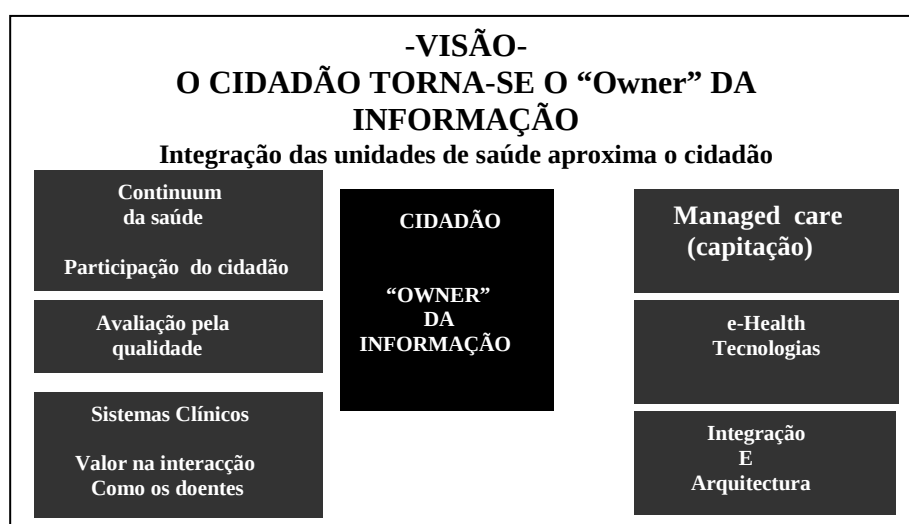


Figura 8: Visão da saúde: O cidadão como responsável pela sua saúde.

A figura 8 sintetiza a visão preconizada para a Saúde centrada no cidadão. Este ideal, que constitui um “novo paradigma”, tem seis elementos fundamentais, que se

interrelacionam. A centralização no cidadão concretiza-se na participação deste e no entendimento da Saúde como um “continuum”, que por sua vez implica uma gestão por capitação (relativa à região contratualizada) com avaliação baseada em requisitos de qualidade. Neste modelo, a relação médico/cidadão sai reforçada e as tecnologias ganham maior destaque, sobretudo quando o cidadão tenha acesso à informação. Informação que lhes permita controlar e decidir, conforme os casos, a sua Saúde, facilitando os casos mais graves. O acesso a recursos mais sofisticados, nos hospitais centrais e de agudos serão assim reduzidos, potenciando a inversão da pirâmide.

Esta mudança de visão centrada no cidadão implica uma transformação profunda dos sistemas que permitem disponibilizar informação ao cidadão (portais, acesso directo via email aos médicos e enfermeiros, etc.). Esta transformação orienta-se para uma reestruturação da rede de suporte ao sistema de informação de forma a potenciar melhores serviços.

Outro aspecto relevante para o processo de transformação é a formação: esta deverá ser perspectivada de uma forma global, integrando as vertentes da formação inicial e da formação permanente. Neste sentido, as actividades de formação e de aperfeiçoamento profissional dos diversos profissionais deverão ser adequadas às necessidades dos cidadãos, das regiões e do país, permitindo desenvolver, qualificar e motivar os recursos humanos do SNS. Com a formação permanente deverá ser assegurada a manutenção, a melhoria e a criação de novas competências e desempenho dos profissionais, visando a adaptação ao desenvolvimento dos serviços.

2.2.2. Da Telemedicina ao Novo Conceito “Smart Healthcare”

Esta mudança de visão centrada no cidadão (através da responsabilização), implica uma transformação profunda dos sistemas que permitam disponibilizar informação. Como exemplo, o modelo de promoção da telemedicina como prática médica que se realiza à distância, tirando partido da tecnologia e das condições sociais.

O conceito «Smart Healthcare» significa saber utilizar os recursos de Saúde com inteligência e de forma integrada e holística. Para ser possível o uso da inteligência é necessário a integração dos sistemas de informação. O futuro da medicina será o predomínio da ligação aos cidadãos, gerindo e orientando os seus planos de saúde, na realização periódica de exames de diagnóstico complementar e nas idas aos hospitais centrais. Esta utilização inteligente dos recursos requer gestores e profissionais capazes.

O objectivo fundamental desta transformação para um novo paradigma para os cuidados de saúde é melhorar a qualidade de saúde, processo este que passa pelo acesso à informação e pela necessidade de preparar os profissionais para lidar com a crescente complexidade da saúde. É vital a integração de Hospitais com Centros de Saúde, pois a lógica do modelo apresentado por Smith (1997) atribui papéis mais claros aos centros de saúde, sendo uma das funções a referência dos doentes para os hospitais.

Assim, a medicina familiar ganhará maior visibilidade na ligação aos cidadãos, gerindo e orientando os seus planos de saúde, na realização de exames de diagnóstico complementar e nas idas aos hospitais centrais.

Este conceito visa também expandir o conceito de e-Health/e-Saúde, reforçando o papel da engenharia, das pessoas e da organização na utilização inteligente dos recursos.

Em Portugal, a “e-Health” é ainda uma área pouco explorada. As suas potencialidades são imensas, em termos de melhoria de acessibilidade, gestão de recursos e redução de custos.

Para que Portugal possa evoluir da situação actual de desenvolvimento para uma outra, que possa proporcionar um melhor desempenho das organizações e da prestação de cuidados de saúde no seu todo, é importante enquadrar o seu desenvolvimento no contexto dos novos paradigmas da saúde, nomeadamente:

- Na transição de uma prestação de cuidados de saúde “reactivos” para “proactivos” (favorecendo a participação e as práticas de prevenção);
- Na gestão continuada e preventiva da saúde numa perspectiva de longo prazo;
- Na descentralização dos cuidados e “*empowerment*” do cidadão;
- Na melhoria dos processos de comunicação clínica entre prestadores e entre o cidadão e o prestador, recorrendo aos novos paradigmas de comunicação electrónica;
- Nos sistemas de informação integrados e cooperantes que permitem a prestação de serviços de saúde, numa base de segurança e universalidade das acções.

Ou seja, se o paradigma da saúde, como está definido pelo “e-Health action plan da Comissão Europeia” (2002) conduz inequivocamente ao conceito de “e-Health (e-Saúde)” como algo que permitirá responder às necessidades de evolução do SNS, e assim poder criar as condições para melhorar a acessibilidade dos cidadãos aos serviços de saúde:

“e-Health matters. It can improve access to healthcare and boost the quality and effectiveness of the services offered. E-health describes the application of information and communications technologies across the whole range of functions that affect the health sector”.

A envolvente a toda a organização da Saúde tenderá a estar cada vez mais próxima do cidadão, as suas relações cada vez mais eficazes, eficientes e propiciadoras de mais satisfação e ganhos em saúde. As tendências identificadas pela OCDE para o “e-Health” são as seguintes:

- E-Health está a surgir à escala global;
- Mais fácil de definir por “processo” que por “produto”;
- Mudança imposta pelo acesso crescente à Internet;
- Os consumidores exigem melhorias claras nos serviços;
- Processos dos doentes tão importantes como sistemas clínicos;
- Novas tecnologias permitem apoiar o processo de mudança; e
- Ênfase nos processos e nos sistemas de *workflow*.

Apesar da e-Health ser uma área pouco desenvolvida em Portugal, podemos encontrar alguns projectos que se desenvolveram quase sempre de forma independente e que normalmente surgem para dar resposta a dois factores principais: falta de médicos especialistas, em determinadas regiões, e distâncias elevadas a hospitais centrais. As especialidades que mais comumente são desenvolvidas via telemedicina são as seguintes: Cardiologia, Cardiologia Pediátrica, Dermatologia, Neurologia, Obstetrícia, Oncologia, Radiologia e Neuro-Radiologia.

2.3. Barreiras aos Serviços de e-Saúde para o Cidadão

Para que as tecnologias de informação e comunicação sejam um potencial de benefício é necessário que estas sejam acessíveis a todas as pessoas, independentemente da sua etnia, idade, nível de educação, poder económico, estrato social e/ou necessidades especiais. Sem esta condição, todos os serviços a desenvolver contribuirão para um aumento da injustiça na distribuição da Saúde.

A maior barreira aos serviços de e-Saúde para o cidadão advém da baixa penetração que a internet tem em Portugal. Em 2007, cerca de 2,400 mil portugueses utilizaram a internet (Marktest, 2008).

Para além do acesso à infra- estrutura de comunicações a info-exclusão possui outras dimensões, tais como o iletrismo digital entendido como a falta de conhecimento e treino para usufruir das tecnologias.

Verifica-se que parte da população tem dificuldade em aceder ou utilizar os recursos online porque estes são inapropriados: além do “iletrismo digital”, os iletrismos literário e de saúde⁷ também constituem barreiras à adopção dos serviços de e-saúde para parte significativa da população. Constatou-se que a maioria dos sites de saúde estão escritos ao nível do actual ensino básico (9º ano de escolaridade) ou a um nível superior enquanto parte da população portuguesa não possui este grau literário. Além disso, a maioria dos sites da internet encontram-se em inglês, dificultando o acesso a esta fonte de informação a indivíduos que não a dominem.

Outras barreiras à operacionalização dos serviços de e-health para redes de saúde, relacionam-se com a ausência de enquadramentos legais e normativos apropriados. Aspectos financeiros como o reembolso, a falta de sensibilização das instituições que financiam os Serviços de Saúde.

Difícil ligação com os Centros de Saúde (os serviços de saúde ainda estão mais vocacionados para a prestação de cuidados imediatos do que para a gestão da saúde da população a que assistem).

2.4. No Contexto Social

No contexto social surgem duas realidades com forte impacto no quotidiano das organizações e das pessoas, as **doenças crónicas** e o **aumento da esperança de vida**.

A OMS (2005) define doenças crónicas como doenças que têm uma ou mais características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação. Ou podem exigir períodos de supervisão, observação ou cuidados.

Segundo Paul e Fonseca, (2001) “...O grande avanço, nas últimas décadas, no prolongamento da esperança de vida não tem ocorrido a par com o objectivo de manter os indivíduos saudáveis até à morte...” A doença crónica na actualidade é um dos grandes problemas que a medicina enfrenta, com as suas consequências sociais, políticas e

⁷ De acordo com a U.S: National Library of Medicine, a definição de literismo de saúde é o grau até ao qual as pessoas conseguem obter, processar e compreender informação básica de saúde e serviços necessários para tomar decisões de saúde apropriadas.

económicas. À medida que a esperança de vida aumenta, as pessoas estão mais susceptíveis a doenças crónicas relacionadas com o envelhecimento. Os hábitos de vida pouco saudáveis, a poluição ambiental, a sedentariedade, o stress, são factores que têm um papel importante na eclosão da doença crónica. A doença crónica é vista como uma doença sem cura que exige cuidados, tratamento permanente, que gera conflito, stress em virtude de mudanças no estilo de vida, dependência de outros.

Segundo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, da Direcção Geral da Saúde (DGS), a esperança de vida à nascença, em Portugal, é agora de 80,3 anos para as mulheres e de 73,5 anos para os homens.

O peso da doença crónica tem crescido rapidamente em todo o mundo e a mudança do paradigma da doença aguda para a doença crónica é real, actualmente 60% das mortes a nível mundial, independentemente do nível de desenvolvimento são decorrentes de doenças crónicas, tornando-se assim a principal causa de morte (OMS, 2008).

O aumento da incidência de doenças crónicas representa um desafio para todos os Sistemas de Saúde.

As doenças cardiovasculares são doenças crónicas para a vida, exigem a manutenção de cuidados de saúde durante um longo período de tempo e aquisição de competências por parte do doente, pretendemos com este trabalho demonstrar como programa Airmed envolve os doentes no seu tratamento, fornecendo cuidados de saúde de forma menos intensa possível, minimizando os contactos com os profissionais de saúde e internamentos desnecessários, com ajuda dos sistemas informação.

2.4.1. Doenças Cardiovasculares

Segundo dados do Ministério da Saúde, cerca de 40% das mortes registadas em Portugal ocorrem devido a doenças cardiovasculares, e metade destes óbitos são consequência de problemas vasculares cerebrais (OMS, 2004).

Condições patológicas como a fibrilhação auricular (FA) levam a que um elevado número de doentes tenha de fazer uma terapêutica anticoagulante diária para prevenção de eventos trombóticos como o acidente vascular cerebral (AVC).

Estima-se que, hoje em dia, existam aproximadamente cerca de 100 mil doentes anticoagulados em Portugal, estando este valor a aumentar de forma considerável todos os anos. Esta tendência deve-se, em parte, ao envelhecimento da população portuguesa que

continua a aumentar e, necessariamente, o número de doenças cardíacas e trombóticas associadas à idade avançada.

Antes de aprofundar e desenvolver conhecimentos na área de anticoagulação oral, parece-me ser importante abordar a forma geral como se processa o mecanismo de coagulação sanguínea, de modo a permitir uma visão mais ampla desta temática com intuito de compreender o mecanismo de acção da terapêutica anticoagulante.

2.4.1.1. Fisiologia da Coagulação Sanguínea

O sistema hemostático é constituído por um endotélio vascular íntegro e a presença na corrente sanguínea de plaquetas e factores de coagulação. A sua principal função é manter a fluidez do sangue e deter as hemorragias quando se dá uma lesão vascular. É necessário um completo equilíbrio entre os mecanismos de coagulação ou de formação de fibrina, e os mecanismos fibrinolíticos ou de destruição da fibrina.

O coágulo de fibrina é o resultado final da activação do sistema hemostático no qual se distinguem três fases ligadas entre si: (contração vascular) plaquetária, (formação da rede plaquetária, libertação de factores que aumentam a concentração vascular e a aderência plaquetária e início da coagulação plasmática) e a participação factorial.

A coagulação é a interacção de umas proteínas plasmáticas denominadas factores de coagulação, cujo objectivo final é a formação de fibrina. O modelo clássico das duas vias de coagulação, intrínseca e extrínseca, tem sido revisto nos últimos anos, integrando-se numa única via (fig.9). Este sistema está regulado por uma série de enzimas inibidoras da coagulação: antitrombina, proteína C e proteína S.

As fases vasculares e plaquetárias constituem a hemostase primária, que pode reparar um vaso se for uma pequena lesão. Se não for suficiente, entra em funcionamento a coagulação plasmática ou hemostase secundária criando-se uma rede de fibrina que consolida o rolhão plaquetário, sendo no final destruído pelo sistema fibrinolítico (fig.10) e coberta a lesão da parede vascular pelo endotélio.

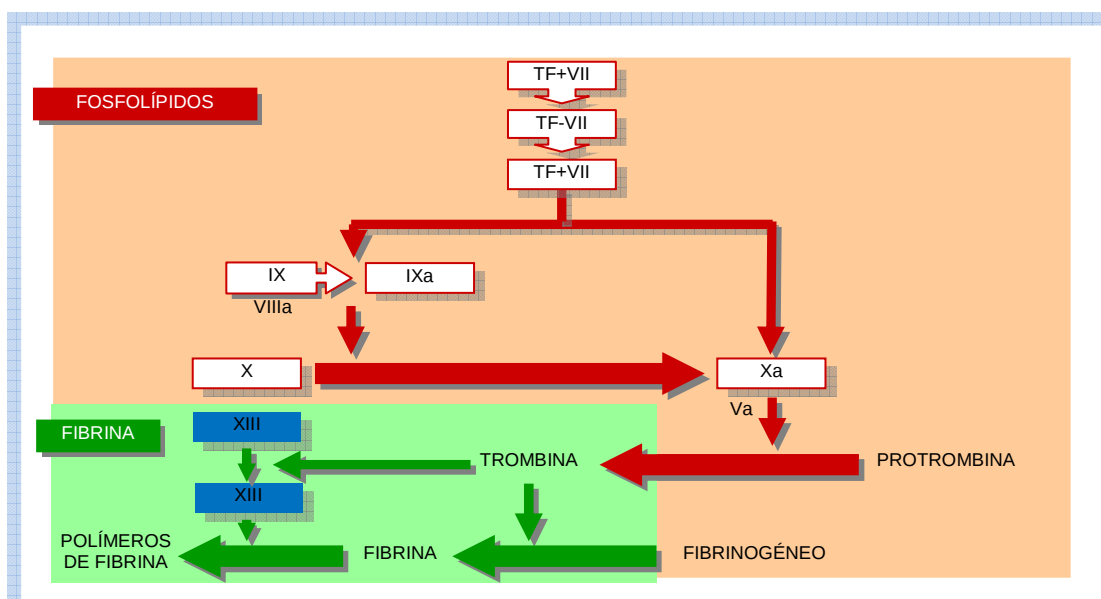


Figura 9: Via única da coagulação.

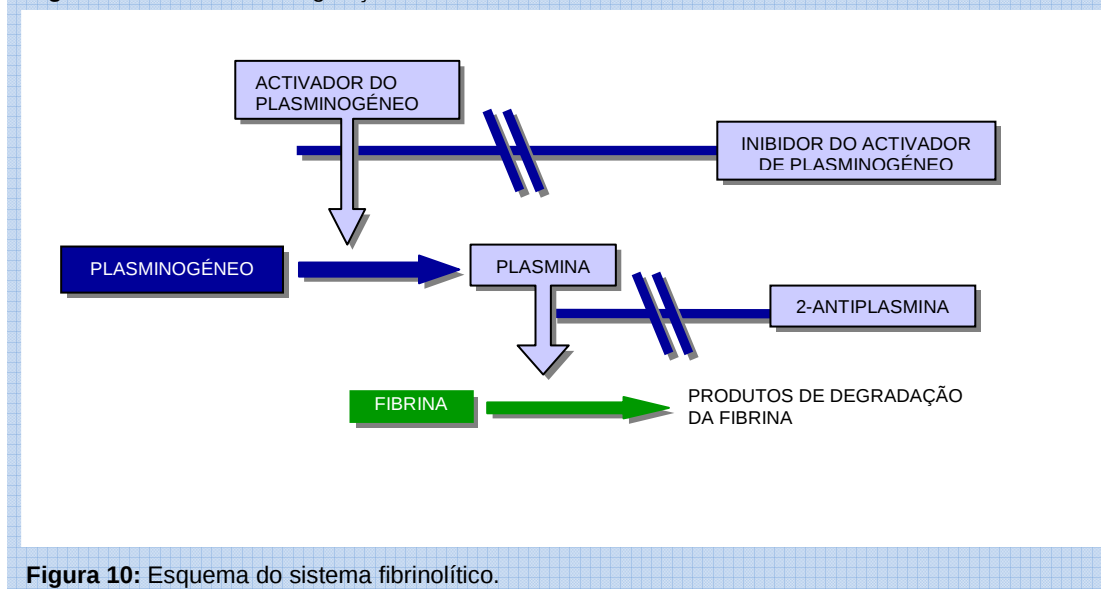


Figura 10: Esquema do sistema fibrinolítico.

2.4.1.2. Farmacologia dos Anticoagulantes Orais

Os anticoagulantes orais utilizam-se para as profilaxias da doença tromboembólica. Não participam nas trombooses agudas, já não têm acção imediata nem actuam sobre a fibrina já formada.

Mecanismos de acção: inibem a síntese de factores de coagulação vitamina K-dependentes: factores II, VII, IX e X, assim como das proteínas anticoagulantes; proteína C e S. O mecanismo correcto passa pela inibição da passagem de epóxido vitamina K (inactivo), a vitamina K reduzida (hidroquinona), que é a forma activa. Esta é o cofactor necessário para carboxilação dos factores de coagulação, necessária para a sua ligação ao

cálcio. A diminuição dos factores funcionais no plasma depende da semi-vida de cada um: factor VII e proteína C (6 horas), IX (24 horas), X (30-40 horas) e II (60 horas)

2.4.1.3. A Terapêutica Anticoagulante Oral

A Terapêutica Anticoagulante Oral (TAO) consiste na ingestão diária de um medicamento que funciona como antagonista da acção da vitamina K sobre a cascata da coagulação. São administrados medicamentos anticoagulantes aos doentes numa dosagem que varia de indivíduo para indivíduo, uma vez que a acção do medicamento vai ser influenciada pela forma como o doente metaboliza o fármaco, por outros medicamentos, alimentos, condições de saúde (febre ou diarreia).

A anticoagulação oral (AO) utilizada há mais de 50 anos em doentes em risco de tromboembolismo (Ansell j;1993) estando recomendada nas seguintes situações (Gordon, 1994; Jamieson, 2007).

- Prevenção da trombose em doentes com fibrilhação auricular (FA);
- Prevenção de eventos trombóticos em doentes com válvulas cardíacas artificiais;
- Prevenção da trombose venosa profunda e embolia pulmonar;
- Prevenção de eventos trombóticos em doentes com insuficiência cardíaca, doença coronária e cardiomiopatias;
- Trombofilias hereditárias e lúpus eritmatoso sistémico;

Vários medicamentos e certos alimentos e suplementos dietéticos podem contribuir para uma alteração significativa dos níveis de coagulação do sangue, afectando assim a eficácia da terapêutica anticoagulante oral. A avaliação do tempo de coagulação do doente e ajuste da dose de anticoagulante são fundamentais para reduzir o risco de trombose ou hemorragia. Deste modo, os doentes anticoagulados necessitam de realizar regularmente uma análise ao sangue do seu tempo de protrombina expresso em INR (Rácio Internacional Normalizado).

Para que o doente esteja protegido, o INR deve estar dentro de um intervalo terapêutico, normalmente entre 2 e 3 ou 2,5 e 3,5 consoante a patologia. Assim, um INR menor que 2 aumenta o risco de tromboembolismo (ou seja, grande probabilidade de formação de coágulos devido a uma dose insuficiente de anticoagulante) e um INR elevado aumenta o risco de hemorragia, obrigando a uma monitorização e ajuste frequente da dose.



Figura 11: Risco de trombose ou hemorragia está dependente do valor que por sua vez é dependente da dose administrada.

A permanência no intervalo terapêutico depende de uma monitorização regular, uma vez que o tempo de coagulação pode variar (por exemplo, devido à toma de um medicamento). O aumento da frequência da monitorização do tempo de protrombina reduz a incidência de eventos tromboembólicos e hemorrágicos.

2.4.1.4. A Monitorização Convencional TAO

Os doentes anticoagulados necessitam de uma monitorização regular do seu tempo de coagulação sanguíneo. Esta necessidade tem um impacto tanto no doente como no Serviço Nacional de Saúde. Existem diversas implicações do ponto de vista financeiro, de gestão de recursos humanos e para o doente uma alteração do seu estilo de vida e rotina quotidiana. Há também a evidência de que existe uma subutilização da TAO, que em parte está relacionada com a dificuldade de acessibilidade a exames regulares ao INR.

Na modalidade tradicional de controlo (fig.12), os doentes vão regularmente ao hospital para medir o INR. O resultado vai para a consulta à qual o doente se dirige mais tarde (12H), o cardiologista procede à aferição na presença do doente das recomendações sobre a dosagem, e marcação da próxima consulta, que é geralmente 4 a 6 semanas mais tarde, caso o valor de INR se encontre no intervalo terapêutico

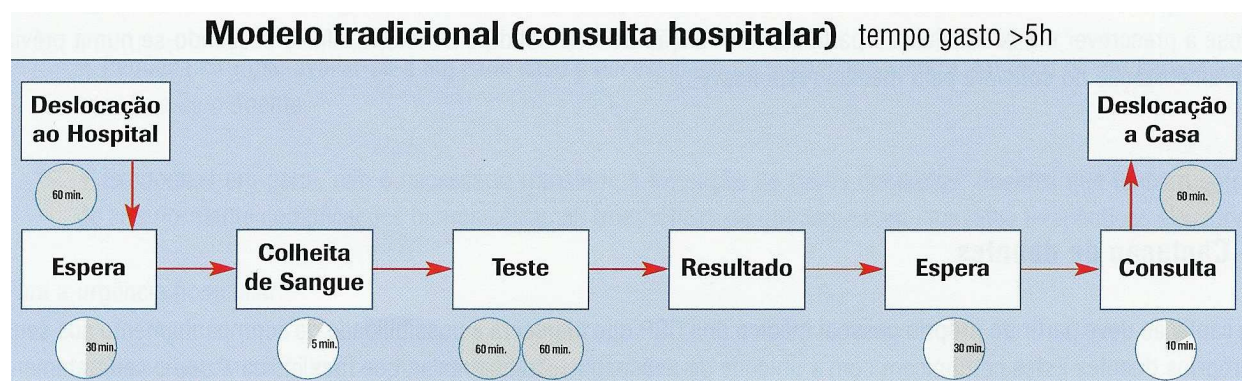


Figura 12: Método convencional – (Roche, a anticoagulação oral).

Este modelo apresenta muitas desvantagens, do ponto de vista do doente, uma vez que o obriga a uma deslocação ao Hospital, o que provoca uma alteração da rotina diária, ausências ao trabalho, ou à escola, muitas vezes os familiares têm de abdicar do dia de trabalho ou outros compromissos para acompanhar o seu familiar. Para alguns doentes, que possuem limitações físicas ou vivem em locais mais isolados, esta situação pode representar uma dificuldade acrescida.

O controlo convencional não atinge os objectivos do controlo do INR e satisfação dos doentes. Consideram-se, assim, algumas limitações no controlo convencional: um aumento significativo dos custos para o SNS; e impacto negativo sobre alguns doentes, especialmente crianças e adolescentes.

Alternativas à monitorização convencional

2.4.1.4.1. Projecto “Descentralização da TAO”, da ARS Alentejo

A descentralização da TAO foi um projecto elaborado pela Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA), premiado no II Fórum Nacional de Saúde organizado pelo Alto Comissariado da Saúde.

O projecto foi desenvolvido na ARS Alentejo, envolvendo todos os Centros de Saúde e os Serviços de Cardiologia e Patologia Clínica dos Hospitais da Região. Consistiu na transferência de tratamento de doentes, aos quais é aconselhada a anticoagulação oral, para os Centros de Saúde do Alentejo, substituindo a forma de tratamento/acompanhamento efectuado no Hospital de Espírito Santo de Évora através da consulta de hipocoagulação.

O Alentejo caracteriza-se por um duplo envelhecimento da população (jovens, 13,3%, adultos, 62,2% e idosos, 24,5%), tendo o maior índice de envelhecimento da UE (Alentejo 171 idosos/100 jovens, Portugal – 110 idosos/100 jovens, a EU 15 – 98 idosos/100 jovens), com o aumento da longevidade, baixos níveis de escolaridade (devido às taxas de escolarização). Com uma taxa média anual de crescimento de 12% no número de doentes seguidos na consulta, levou a um aumento de custos (nos transportes frequentes, faltas ao trabalho), pelo que houve necessidade de deixar o modelo tradicional (consulta hospitalar), figura 12, e descentralizar a consulta para os Centros de Saúde e utilizar coagulómetros portáteis. Como podemos verificar na figura 13, houve uma diminuição do tempo dispendido pelos utentes.

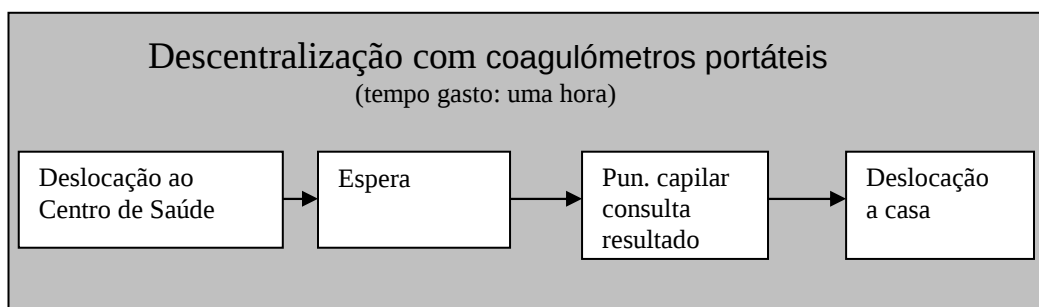


Figura 13: Utilização de coagulómetros portáteis, ARS Alentejo.

Esta alteração introduzida contribui para:

Aumentar o grau de conforto dos utentes (ao nível do transporte, do tempo de espera e da técnica utilizada para recolha de amostras de sangue);

Aproximar a medicina geral e familiar dos utentes;

Maximizar a eficiência global do sistema de saúde;

Promover a gradual integração vertical dos cuidados de saúde;

Reduzir os custos directos e indirectos associados ao tratamento via anticoagulação oral;

Aumentar a capacidade de oferta no seguimento de doentes com indicações terapêuticas de anticoagulação oral.

2.4.1.4.2. Auto-monitorização / auto-controlo pelo doente

A evolução da tecnologia permite que os doentes anticoagulados possam fazer o auto-controlo do INR em sua casa. Os aparelhos disponíveis (coagulómetros portáteis) são de pequena dimensão e fáceis de transportar (são semelhantes aos utilizados pelos doentes diabéticos na auto-monitorização da glicemia). São igualmente fáceis de utilizar, necessitando apenas de uma pequena gota de sangue capilar, apresentando o valor de INR em aproximadamente um minuto. Se enviar o resultado via Airmed em poucos minutos tem o resultado.

Na forma mais avançada de auto-monitorização, o doente é estimulado a ajustar a dose em função do valor de INR obtido, de acordo com instruções dadas pelo seu médico assistente.

Diversos estudos (Hasenkam, 1997;kortke,2001), demonstraram que a auto-monitorização/auto-controlo da sua terapêutica anticoagulante oral conduz a uma melhoria da qualidade do tratamento, que se deve ao facto de:

- Os doentes recebem formação sobre a terapia anticoagulante oral;
- Assumem um papel mais activo na gestão da sua terapêutica;
- Regularizam o seu INR mais regularmente. Desta forma, reduz-se a taxa de hemorragia e complicações tromboembólicas.

Uma meta-análise publicada em 2006 no Lancet, comparando dados de 14 ensaios clínicos diferentes, mostrou que os doentes em autocontrolo apresentavam uma redução relativa de 55% dos eventos tromboembólicos, 39% na mortalidade e 35% de redução na ocorrência de grandes hemorragias relativamente aos doentes que realizavam um controlo convencional (European Heart Network, 2008).

Em Portugal são poucos os doentes que realizam o auto-controlo (cerca de 2%), uma vez que o SNS não comparticipa os sistemas de auto-controlo, tornando-se muito dispendioso para o doente.

Na Europa esta modalidade de autocontrolo e auto-monitorização está bem desenvolvida, com particular relevância na Alemanha, país no qual mais de 75.000 doentes utiliza esta modalidade de controlo, figura 14.

	Austria: Aparelho e tiras-teste		Itália: Tiras-teste nalgumas regiões
	Dinamarca: Aparelho e tiras-teste		Holanda: Aparelho e tiras-teste
	Grécia: Aparelho e tiras-teste		Luxemburgo: Aparelho e tiras-teste
	França: Aparelho e tiras-teste		Espanha: Tiras-teste nalgumas regiões
	Alemanha: Aparelho e tiras-teste		Reino Unido: Aparelho e tiras-teste
	Suécia: Aparelho e tiras-teste		

Figura 14: Comparticipação dos sistemas de auto-monitorização na Europa (Roche).

As vantagens da auto-monitorização sobre o controlo convencional assentam, em parte, na comodidade para os doentes e em parte no custo-eficiência. Os benefícios relacionados com a conveniência do doente ser capaz de obter os seus valores de INR a

partir de casa são evidentes, contribuindo para melhorias na qualidade de vida do próprio doente e permitindo-lhe uma optimização do tempo de consulta. Esta opção também pode contribuir para aliviar o SNS, factor que assumirá cada vez mais relevância à medida que o número de doentes em TAO aumentar e a pressão sobre os custos for maior.

2.4.4.3. Monitorização da Consulta através das Comunicações Móveis/

Programa AIRMED

Com a evolução das TIC, um novo conceito sugere que o foco das operações não se resume apenas à interacção com os clientes através das comunicações móveis, mas tornam-se evidentes as potencialidades da internet, comunicações móveis, dos dispositivos portáteis e instrumental electrónico no desenvolvimento dos serviços de e-saúde, para monitorização, seguimento e controlo extra hospitalar dos doentes.

Como a maioria dos projectos existentes de e-Health em Portugal, o Airmed desenvolveu-se de forma independente e surge para dar resposta a dois factores principais:

- Consulta com elevado número de doentes e falta de médicos;
- Insatisfação dos doentes pelo tempo gasto.

O Airmed é um projecto que resulta da parceria entre o Hospital de Santa Marta e a Fundação Vodafone. Consiste na criação de uma ferramenta que permita a comunicação entre o utente e o Hospital de Santa Marta, recorrendo ao uso das tecnologias móveis, integradas com sistemas de informação hospitalares; é baseada numa experiência com o mesmo nome, promovida pela Fundação Vodafone España.

A área específica de implementação deste sistema foi a consulta de hipocoagulação.

Esta escolha foi feita considerando o elevado número de utentes que acorrem, por ano, a esta consulta devido: ao envelhecimento da população; ao aumento das indicações para terapêutica anticoagulante em que a idade já não é uma contra-indicação; ao facto de esta consulta de hipocoagulação estar apenas dependente do resultado de um exame laboratorial simples (INR). Esta análise fornece um valor analítico que tem uma tradução numérica simples, determinante para o ajuste da medicação por parte dos profissionais de saúde.

A população deste projecto envolve utentes, provenientes de todas as regiões do país, com diversas patologias que necessitam de fazer terapêutica anticoagulante e são

seguidos na referida consulta. Este facto é responsável por um grande dispêndio de tempo pelos utentes sendo, frequentemente, causa de absentismo.

Este projecto, na sua vertente do Protocolo INR, tem como objectivos:

- Permitir o ajuste da terapêutica em função dos resultados das análises, sem necessidade do utente se deslocar ao Hospital;
- Permitir o contacto sem restrições de horário;
- Eliminar a necessidade de espera dos utentes que se deslocam ao Hospital para controlo e aferição da terapêutica;
- Melhorar e incentivar a comunicação com o Hospital;
- Utilizar os recursos mais adequadamente.

Após o acordo firmado entre o Hospital de Santa Marta, EPE e a Fundação Vodafone, iniciou-se o processo de criação da aplicação informática de gestão do sistema, que controla o envio das mensagens escritas (SMS) e que contém informações que permitem interpretar os dados recebidos. Com este programa informático criou-se um instrumento que recebe o valor de INR, enviado pelo utente através de SMS. Deste modo, é permitido ao utente que o exame laboratorial seja feito em qualquer local, e não obrigatoriamente no Hospital. O ajuste da medicação é também processado por este meio de forma automática ou não, conforme os valores recebidos.

Para segurança deste processo todas as comunicações ficam registadas, e foram criados mecanismos de alerta no caso de ausência de comunicação no intervalo de tempo definido e no caso de valores de INR anormais ou perigosos. Paralelamente, é também enviado um aviso aos gestores do sistema, que têm a facilidade de estabelecerem contacto imediato.

Em 26 de Julho de 2006 iniciou-se a aplicação prática do programa, com a introdução dos primeiros utentes no projecto.

O projecto teve importante adesão, dado que se baseia na utilização de um dispositivo de uso generalizado: o telemóvel.

Hoje, fazem parte do programa Airmed 368 utentes. Foram realizadas 10337 prescrições, das quais 3712 feitas automaticamente (doentes dentro do intervalo) segundo protocolo estabelecido.

Pedidos de ajuda enviados pelo doente, 277 (esta ajuda na maior parte dos casos é para nos dizer que iniciou nova medicação/tem consulta de estomatologia, etc.)

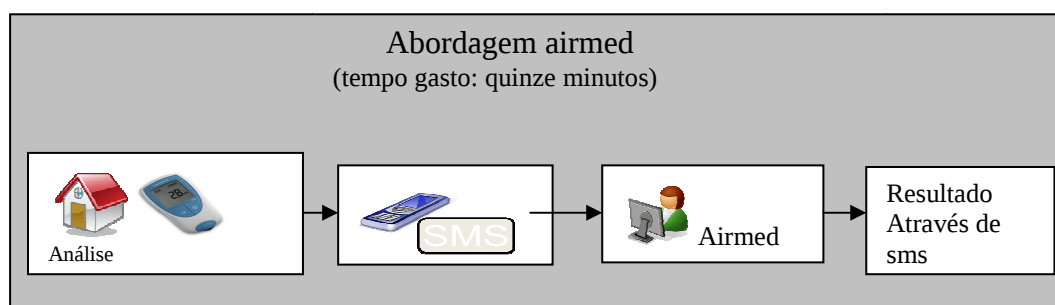


Figura 15: Abordagem Airmed, do hospital de santa Marta.

Esta abordagem do programa Airmed, nos doentes em auto-monitorização, é a opção que apresenta maiores benefícios para o doente, pela comodidade, pode contribuir para melhorias na qualidade do tratamento e na qualidade de vida do próprio doente, pela colheita capilar mais acessível e apoiado pela aquisição de conhecimento adquirido em formação, o doente é capaz de implementar o tratamento.

O doente em auto-monitorização não é um conceito novo na sociedade. É uma prática dos doentes diabéticos, com ganhos significativos. Os doentes podem dar um contributo ao avanço da medicina do que o que seria antecipado (Lowy, C.1998).

A auto-monitorização é praticável nos doentes que estão capazes e disponíveis para adoptar esta opção e desde que tenham recebido formação e treino. No entanto não podemos esquecer as barreiras no acesso, nomeadamente a população idosa, literacia, a info-exclusão etc.

3.MÉTODO

Para investigar um fenómeno, temos sempre que optar por um método congruente com a questão que se levanta e com a intenção da pesquisa. O método é, essencialmente, o percurso para se chegar a um determinado fim. A escolha de um método que não se ajuste a este princípio irá condicionar o sucesso da investigação e o conhecimento que daí possa surgir.

Por outras palavras, Fortin (2000:372) diz-nos que *a metodologia é o conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.*

De acordo com Quivy (1998:186), nenhum método é melhor ou pior que o outro, (...) *tudo depende, na realidade dos objectivos da investigação, do modelo de análise e das características do campo de análise.*

Na fase metodológica, o investigador determina o tipo de estudo a efectuar, qual a população e amostra e quais as variáveis em estudo.

As opções metodológicas de uma investigação (paradigma teórico, técnicas e instrumentos) são sempre condicionadas pelo objecto e a propósito do estudo.

3.1. Tipo de Estudo

Tendo em conta os objectivos pretendidos com a realização deste trabalho de investigação, optou-se por um estudo com cariz exploratório, descritivo de carácter comparativo, enquadrado na abordagem quantitativa, de forma a permitir atingir um maior aprofundamento nesta área do conhecimento.

No que diz respeito ao tipo de estudo, WITT (1981:20) refere que, “geralmente o objectivo da investigação constitui o factor singular mais importante para caracterizar o tipo de pesquisa a ser idealmente desenvolvida (...) existem vários tipos de pesquisas, cada qual mais apropriada para o estudo de um problema particular.”.

Optou-se por uma abordagem científica quantitativa porque, como diz Fortin (2000:22), *o método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.*

A abordagem quantitativa constitui um processo formal, descritivo e objectivo, segundo o qual os dados numéricos são utilizados para obter informação acerca da realidade em estudo através do tratamento dos resultados da colheita de dados.

O estudo é descritivo porque, como menciona Fortin (2000:137-138), (...) *a exploração e a descrição de fenómenos podem ser efectuadas com a ajuda de desenhos descritivos. Os estudos deste género visam denominar, classificar e descrever uma população ou conceptualizar uma situação.*

É também exploratório, pois como refere Pollit (1995:14), (...) ao invés de, simplesmente, observar e registar a incidência do fenómeno, a pesquisa exploratória busca explorar as dimensões desse fenómeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os outros factores com os quais ele se relaciona.

Considera-se também este trabalho de carácter comparativo, uma vez que foi introduzido um “grupo de comparação”, em que as variáveis dependentes “estado de saúde” são avaliadas no grupo que se pretende estudar – indivíduos anticoagulados seguidos no programa Airmed, (Grupo A) – comparativamente com um grupo de indivíduos anticoagulados que não são seguidos no programa Airmed, (Grupo B).

3.2. Objectivos da Investigação

3.2.1. Objectivo Geral

Descrever a percepção de estado de saúde dos indivíduos submetidos a terapêutica com anticoagulantes orais, seguidos na consulta do Hospital de Santa Marta.

Identificar se existem diferenças da percepção do estado de saúde dos indivíduos submetidos a terapêutica com anticoagulantes orais, seguidos no programa Airmed com os indivíduos seguidos na consulta de Cardiologia.

3.2.2. Objectivos Específicos

- 1- Descrever a percepção de estado de saúde dos indivíduos anticoagulados que são seguidos através do programa Airmed (Grupo A);
- 2- Descrever a percepção de estado de saúde dos indivíduos anticoagulados que são seguidos na Consulta de Cardiologia (Grupo B);
- 3- Descrever a percepção de estado de saúde dos indivíduos anticoagulados que são seguidos no programa Airmed (Grupo A), comparativamente com a

percepção de estado de saúde dos indivíduos que não são seguidos neste programa;

- 4- Identificar diferenças na percepção de saúde dos indivíduos anticoagulados, tendo em conta as variáveis: idade, estado civil, habilitações literárias, tipo de doença.

3.3. Hipóteses de Investigação

Uma hipótese é um enunciado formal entre duas ou mais variáveis, que orientará a investigação. Para Fortin (1999, p. 102), a hipótese combina o problema e o objectivo numa predição clara dos resultados esperados de um estudo, pois “a formulação de uma hipótese implica a verificação de uma teoria ou, mais precisamente, das suas preposições”.

Para Sellitz et al. (1980), a formulação de hipóteses de estudo apresenta várias vantagens: são fios condutores de uma pesquisa, tanto no campo qualitativo como quantitativo, têm uma função descritiva e/ou explicativa (dependendo do caso), e servem para provar e/ou gerar novas Hipóteses.

O objectivo do teste de hipóteses, é o de tomar uma decisão, no sentido de verificar se existem razões para rejeitar ou não uma hipótese nula (H_0).

Definiram-se então as seguintes hipóteses:

H₁ - Existe uma melhor percepção de estado de saúde nos indivíduos com anticoagulação oral que são seguidos na consulta através do programa Airmed (Grupo A), relativamente à percepção de estado de saúde nos indivíduos com anticoagulação oral que não são seguidos no programa Airmed (Grupo B).

H₂ - Existe uma melhor percepção de estado de saúde nos indivíduos com anticoagulação oral que são seguidos no programa Airmed (Grupo A), de acordo com a idade.

H₃ - Existe uma melhor percepção de estado de saúde nos indivíduos com anticoagulação oral que são seguidos na Consulta de Cardiologia (Grupo B) de acordo com a idade.

H₄ - Existe uma melhor percepção de estado de saúde nos indivíduos com anticoagulação oral que são seguidos no programa Airmed (Grupo A), de acordo com o género.

H₅ - Existe uma melhor percepção de estado de saúde nos indivíduos com anticoagulação oral que são seguidos na Consulta de Cardiologia (Grupo B) de acordo com o género.

H₆ - Existe uma melhor percepção de estado de saúde nos indivíduos com anticoagulação oral que são seguidos na consulta Airmed (Grupo A), de acordo com o tipo de profissão.

H₇ - Existe uma melhor percepção de estado de saúde nos indivíduos com anticoagulação oral que são seguidos na Consulta de Cardiologia (Grupo B) de acordo com o tipo de profissão.

H₈ - Existe uma melhor percepção de estado de saúde nos indivíduos com anticoagulação oral que são seguidos no programa Airmed (Grupo A), de acordo o nível de instrução.

H₉ - Existe uma melhor percepção de estado de saúde nos indivíduos com anticoagulação oral que são seguidos na Consulta de Cardiologia (Grupo B), de acordo o nível de instrução.

H₉ - Existe uma melhor percepção de estado de saúde nos indivíduos com anticoagulação oral que são seguidos no programa Airmed (Grupo A), de acordo o tipo de doença que o levou a tomar o anticoagulante.

H₁₀ - Existe uma melhor percepção de estado de saúde nos indivíduos com anticoagulação oral que são seguidos na Consulta de Cardiologia (Grupo B), de acordo com o tipo de doença que o levou a tomar o anticoagulante.

3.4 - Variáveis em Estudo

De acordo com as características do problema a investigar, as variáveis em estudo são:

- **Variável independente:** Programa hipocoagulação do Airmed/Consulta hipocoagulação de Cardiologia
- **Variável dependente:** Estado de Saúde
- **Variáveis de caracterização:** Idade/ género/Anos de escolaridade/ Profissão/ Coabitação/ Emprego/Doença que levou à toma do anticoagulante.

Para tornar possível a medição das variáveis dependentes, procedeu-se à operacionalização da variável estado de Saúde, nos seguintes indicadores:

3.5. População Alvo e Amostra

População é um conjunto de indivíduos ou objectos, independentemente do seu número, que apresentam determinadas características em comum. Segundo Fortin (2000:202), *a população é uma colecção de elementos ou de sujeitos, que partilhem características comuns, definidas por um conjunto de critérios.*

Uma população particular que é submetida a um estudo, e sobre a qual se pretende obter informação, é chamada de população alvo. Fortin (2000:202) define população alvo como a *população que é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.*

Assim, a população seleccionada é representada pelo conjunto de indivíduos que fazem anticoagulante oral, que são seguidos na consulta de hipocoagulação oral e no programa Airmed, do Hospital de Santa Marta.

3.5.1. Local de Estudo: Hospital de Santa Marta

O local onde actualmente se encontra o Hospital de Santa Marta foi escolhido em 1576 para asilo, com a finalidade de albergar as filhas e as viúvas dos criados de D. Sebastião, falecidos durante a peste de 1569.

No ano de 1580 passou a Mosteiro e a 5 de Novembro de 1583 foi fundado o Convento de Santa Marta. Em 1612 teve início a construção de um novo convento, que presentemente corresponde ao conjunto dos edifícios que constituem o núcleo principal do Hospital. Com a expulsão das Ordens Religiosas de Portugal, em 1834, o Convento passou para a posse do Estado, tendo então ficado abandonado.

Em 1839, o Convento foi oficialmente concedido à Irmandade dos Clérigos Pobres para servir de albergue e hospício. O Decreto-Lei de 07 de Maio de 1903, anulou a anterior concessão do Convento à Irmandade dos Clérigos Pobres e o Governo tomou novamente conta do edifício, concedendo-o à Administração do Hospital de São José e destinando-se a doentes com sífilis e outras doenças venéreas.

Actualmente, o Hospital de Santa Marta é classificado como Hospital Central, com vocação Cardiorácica e Vascular. Presta cuidados de saúde diferenciados nas seguintes

especialidades: Cardiologia, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Cardiorácica, Pneumologia e Medicina Interna.

Assim, é de grande importância o Serviço de Cardiologia, ter uma consulta de hipocoagulação oral, a qual tem grande afluência de doentes (24 000 episódios no ano de 2008) e que tem vindo a registar um aumento anual de cerca de 9% de novos doentes.

3.5.2. Consulta de Anticoagulação Oral

A Consulta de Hipocoagulação Oral está integrada na Consulta de Cardiologia. Funciona de 2^a a 6^a feira, entre as 12 e as 14 horas realizada por dois médicos cardiologistas e duas enfermeiras.

Destina-se a todos os doentes com indicação clínica para anticoagulação oral, podendo ser provenientes do próprio hospital ou de outros estabelecimentos de saúde.

Nesta consulta são atendidos todos os doentes com ou sem marcação que a ela ocorrem (em média, 110 doentes por dia).

A consulta de hipocoagulação pressupõe que o doente realize uma análise sanguínea de forma a verificar o valor de INR. Deste modo, é realizada a colheita de sangue no Serviço de Patologia Clínica, que se situa no 4^o piso do mesmo edifício da Consulta de Cardiologia.

O percurso do doente/família é realizado da seguinte forma: no 1^o piso, o doente retira a senha (a chegada muitas vezes é antes das 8 horas da manhã para ser atendido em primeiro lugar) específica para o atendimento no laboratório e carimba a requisição da análise. Desloca-se ao Serviço de Patologia Clínica onde entrega o livro da anticoagulação com a requisição da análise e aguarda na sala de espera até ser efectuada a respectiva colheita de sangue. A partir deste momento o doente/família pode sair do hospital ou, se preferir, aguarda na sala de espera até cerca das 12h, altura em que se inicia a consulta de hipocoagulação, que decorre na Consulta de Cardiologia (3^o piso). A figura 11 exemplifica esta consulta.

Na consulta procede-se à aferição da dose do anticoagulante, feita a partir da determinação do valor do INR, o doente/família pode também solicitar prescrição desta terapêutica e esclarecer algumas dúvidas.

O fim do percurso do doente/família nesta consulta termina com a marcação da próxima análise.

3.5.3. Consulta através do Programa Airmed

No final do ano 2006, foi introduzido no Serviço de Cardiologia um novo projecto implantado nesta área designado por “AirMed”, de forma a melhorar o atendimento do doente/família sob tratamento de anticoagulante oral. Este projecto trouxe inúmeras vantagens, nomeadamente ao doente/família em regime laboral activo e com grandes dificuldades em deslocar-se ao hospital. É desenvolvido no Serviço de Internamento de Cardiologia e conta com a presença de quatro elementos: dois enfermeiros e dois médicos.

O projecto AirMed pretende assim facilitar o acesso à consulta de hipocoagulação oral, de forma rápida e eficiente, responsabilizando o doente pela sua saúde.

É realizado pelo Enfermeiro uma sessão de formação para os doentes anticoagulados que incide nos seguintes aspectos:

- Informação básica sobre a coagulação sanguínea;
- Princípios teóricos das interacções individuais entre anticoagulantes e outros medicamentos;
- Informação prática acerca do funcionamento dos coagulómetros portáteis (nos doentes que adquiriram o dispositivo);
- Interpretação das medições e, se necessário, ajuste de dose;
- Sinais de hemorragia e trombose;
- Informação sobre a frequência das determinações de INR;
- Informação sobre viagens, nutrição, profilaxia da endocardite, injecções intramusculares, (Ansell, J.et. al, 2005).
- Como utilizar o telemóvel e enviar SMS.

Este projecto utiliza um programa específico de SMS, de forma a enviar a análise do INR do doente, que por sua vez e através do mesmo sistema, envia a resposta. Assim, implica apenas que o doente/família possua um telemóvel e que saiba manusear correctamente o sistema de mensagens escritas.

Para este projecto o doente pode efectuar a análise de várias maneiras: no hospital, com coagulómetros portáteis ou em laboratório exterior.

Este sistema dispõe ainda de um serviço SOS em que, quando accionado, o enfermeiro entra em contacto com o doente/família no sentido de esclarecer questões que possam existir.

A população alvo raramente é acessível na sua totalidade ao investigador, sendo necessário recorrer a uma amostra.

Quanto à amostra, de acordo com Marconi e Lakatos (2002), é um subconjunto do universo, ou uma fracção convenientemente seleccionada desse universo. Numa pesquisa, o universo ou a população depende, segundo os autores, do assunto a ser investigado e a amostra, fracção ou parcela do universo que será submetida à verificação, é determinada por uma técnica específica de amostragem.

Assim, para o presente estudo será utilizada uma amostra constituída por dois grupos, que se definem em continuação, juntamente com os correspondentes critérios de inclusão e exclusão.

3.5.4. Selecção da Amostra em Estudo

- Grupo de indivíduos com anticoagulação oral seguidos no programa Airmed (Grupo A)

Para integrar a amostra, foram inquiridos todos os indivíduos a tomar anticoagulantes orais que fazem parte do programa Airmed.

- Grupo de indivíduos com anticoagulação oral seguidos na Consulta de Cardiologia (Grupo B)

Para integrar a amostra, foram inquiridos os indivíduos a tomar anticoagulantes orais que não fazem parte do programa Airmed, mas que fazem anticoagulante desde 2006 e que tomam anticoagulante há mais de 3 meses.

3.5.4.1. Critérios de Inclusão na Amostra

Para selecção dos sujeitos de investigação do Grupo A e do Grupo B, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- Indivíduos que aceitaram fazer parte da amostra deste estudo (consentimento informado);
- Indivíduos a fazer terapêutica anticoagulante oral;
- Saber ler e escrever;
- Com idades compreendidas entre os 18 e 64 anos de idade (estas idades realçam a inexorável importância da população activa);
- Fazer anticoagulante oral há mais de 3 meses.

3.5.4.2. Critérios de Exclusão da Amostra

Não entraram na selecção dos sujeitos de investigação do Grupo A e do Grupo B aqueles que estiveram nas seguintes condições:

- Indivíduos que mostraram a sua recusa em participar no estudo;

3.6. Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento de trabalho escolhido é composto por um questionário sobre a percepção do estado de saúde, versão portuguesa do MOS Short Form 36 item.

3.6.1. Caracterização do Questionário sobre o Estado de Saúde SF-36

O SF-36 Health Survey teve na sua origem uma equipa de peritos americanos liderada por Ware et al que na década de 80 se propuseram desenvolver instrumentos de avaliação de resultados em Saúde – o Medical Outcomes Study (MOS). O questionário utilizado neste estudo é uma versão reduzida do MOS, inclui 36 itens e constituiu um indicador genérico do estado de Saúde. A versão portuguesa deste instrumento aparece integrada num projecto internacional – Quality of Life Assessment (IQOLA) – que seguiu as regras de equivalência cultural apresentadas pelo European Research Group on Health Outcomes (ERGO), sendo posteriormente a sua fiabilidade e validade testadas pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, levada a cabo pela equipa do Professor Pedro Ferreira (FERREIRA; MARQUES, 1998).

Desde então, o SF-36 tem continuado a ser utilizado por estudantes e investigadores em múltiplos estudos relacionados com a qualidade de vida da população em geral ou em situações clínicas, estudos relacionados com os diferentes domínios explorados pelo SF-36 ou a percepção pessoal de saúde e bem-estar, etc.

Quanto à composição, como se pode verificar na figura 16, o SF-36 tem na sua base conceptual a definição de Saúde da OMS. Foi construído de forma a representar oito dos conceitos mais importantes em Saúde, abrangendo uma componente física e mental, incluindo conceitos de função física (FF), desempenho físico (DF), dor corporal (DC), saúde geral (SG), saúde mental (SM), desempenho emocional (DE), função social (FS) e vitalidade (VT) (Ware, et al., 1993).

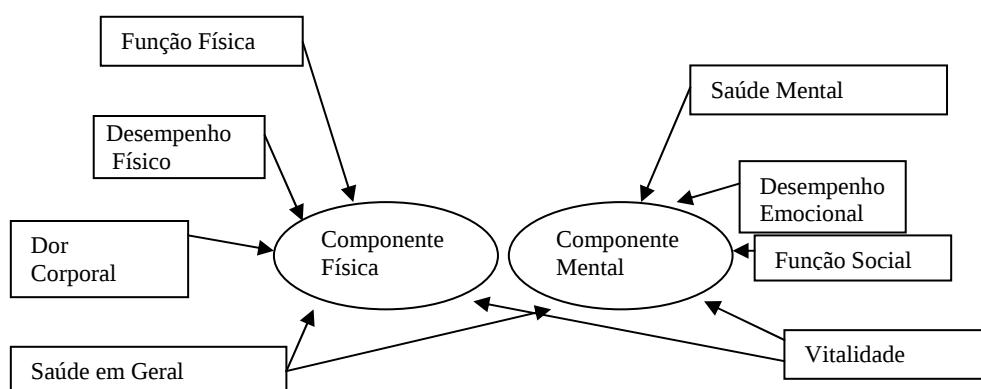


Figura 16: Modelo Factorial SF-36, as duas componentes Física e Mental (adaptado por Melo, 1998).

Apresenta-se sob a forma de questionário com 36 itens agrupados em oito domínios ou subescalas (Quadro 1.), sendo as suas respostas dadas em escala tipo Likert. Obtém-se um valor por cada pergunta, tendo as somas diferentes ponderações consoante o número de perguntas de cada domínio. Os resultados são apresentados para que os valores dados em cada domínio, após o processo de transformação, variam de 0 a 100, em que zero corresponde à ausência de Saúde e cem significa o máximo de Saúde.

Questionário de Estado de Saúde (SF-36)		
Domínio	Nº de Itens	Conteúdo abreviado
Função física	10	Medida pela qual a saúde limita actividades físicas como auto-cuidado, andar a pé, subir escadas, inclinar-se ou baixar-se e realizar exercícios moderados e violentos.
Desempenho físico	4	Medida pela qual a saúde física interfere com o trabalho ou outras actividades diárias, incluindo realizar menos do que queria, limitações no tipo de actividades ou dificuldades em executar essas actividades.
Dor corporal	2	Intensidade da dor e efeitos da dor sobre o trabalho normal, tanto dentro como fora de casa.
Saúde geral	5	Avaliação pessoal da saúde, incluindo saúde actual, perspectivas de saúde e resistência à doença.
Vitalidade	4	Sentir-se cheio de energia e vigor versus sentir-se cansado e esgotado.
Função social	2	Medida pela qual a saúde física ou problemas emocionais interferem com as actividades sociais normais.
Desempenho emocional	3	Medida pela qual os problemas emocionais interferem com o trabalho ou outras actividades diárias, incluindo diminuição do tempo gasto na sua realização, fazer menos do que queria e não executar as actividades tão cuidadosamente como era costume.
Saúde mental	5	Saúde mental geral, incluindo depressão, ansiedade, controle comportamental-emocional e afectação positiva geral.
Mudança de saúde*		Avaliação da saúde actual comparada com um ano atrás

*não é considerado um conceito de saúde

Quadro 1: Domínios/Subescalas do questionário SF-36 e seu conteúdo (adaptado por Santos, 1999, de Ferreira, 1997).

Quanto à forma de aplicação, o SF-36 pode ser auto-administrado a indivíduos com idade igual ou superior a 14 anos, desde que saibam ler, ou administrado através de entrevista, por correio e também por telefone. Para se evitarem enviesamentos, o questionário deve ser preenchido antes do indivíduo responder a quaisquer outras perguntas sobre o seu estado de saúde.

O SF-36 tem sido aplicado em inúmeras investigações em Portugal, não só pelas razões referidas, mas também devido às suas características metodológicas e pela sua flexibilidade de aplicação (não é específico de qualquer nível etário, doença ou tratamento), (Duarte, 2002).

3.6.2. Instrumento de colheita de dados a aplicar

A primeira parte do instrumento aplicado, que foi construída com questões estruturadas e semi-estruturadas, permite ao respondente assinalar a resposta mais adequada à sua situação, ou inscrever informações relativas ao seu caso particular. Esta parte do questionário fornece dados sobre as características sócio-demográficas (idade, sexo, anos de escolaridade, coabitação, situação de emprego, doença que levou à toma do anticoagulante), anexo1.

A segunda parte é constituída pelo questionário de Estado de Saúde SF-36 anexo 1.

3.7. Análise e Tratamento de dados

No tratamento e análise dos dados pretende-se utilizar o programa informático SPSS (Statistic Package for Social Science), versão 15.0.

Para além da utilização de estatísticas descritivas, nomeadamente a média, a mediana e o desvio padrão, para validar as hipóteses devem utilizar-se testes paramétricos (testes t de Student para amostras independentes e para amostras emparelhadas), uma vez verificadas as respectivas condições de normalidade (teste de Shapiro-wilk).

3.8. Considerações Éticas e Legais

Para se proceder à realização deste estudo e aplicar os referidos questionários será solicitado o parecer formal do Conselho de Administração e do Conselho de Ética, bem como entregue o protocolo do estudo justificando a necessidade e a importância do mesmo. após ter em consideração os aspectos éticos referentes à instituição envolvida, quer aos utentes abrangidos pela mesma, visto serem utilizados como sujeitos de investigação. Tal

como Polit e Hungler (1995), “precisa-se de ter muitos cuidados para assegurar que os seus direitos estarão protegidos”.

Assim, segundo Fortin (1996), na investigação devem ser assegurados vários direitos:

- Direito à autodeterminação do sujeito, que consiste em “decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação”;
- Direito à intimidade que “faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas”;
- Direito ao anonimato e à confidencialidade pois “os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes num estudo possa ser reconhecido (...)” e porque o investigador “deve reservar (...) dados íntimos que lhe são fornecidos no quadro de estudo”;
- Direito a protecção contra o desconforto e prejuízos que “corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem”;
- Direito a um tratamento justo e equitativo, o qual se refere “ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitada a participação da pessoa, assim como métodos utilizados no estudo”. O princípio da equidade “apela a que a escolha dos sujeitos seja directamente ligada ao problema de investigação e não baseada na conveniência ou unicamente na disponibilidade dos sujeitos”.

Tendo em conta estes princípios teóricos, são delineados os seguintes passos:

- Proceder a todas as diligências necessárias junto dos responsáveis da instituição, a fim de obter autorização para a realização do estudo;
- Proteger as identidades dos sujeitos através do anonimato, de forma a evitar qualquer tipo de transtorno ou prejuízo;
- Obter o consentimento informado por parte dos indivíduos.

4. PERSPECTIVAR OS RESULTADOS

A opinião que cada pessoa tem do seu estado de saúde é um dos principais indicadores para a monitorização da saúde e da qualidade de vida da população (Portugal. Ministério da saúde. DEPS, 185: 34;WHO, 1996: 51).

A percepção do estado de saúde é reconhecida, de grande importância como indicador do estado de saúde das pessoas porque tem como pressuposto que o indivíduo, por si próprio, é quem melhor poderá avaliar a sua saúde no contexto da sua vida e da sua cultura.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a percentagem de indivíduos inquiridos que classificaram o seu estado de saúde como sendo de “Bom” ou “Muito bom” aumentou, entre 1999 e 2006. Este aumento verificou-se em todos os grupos etários, mas foi mais relevante para os indivíduos dos 45 aos 54 anos e para os mais idosos (85 ou mais anos).

Recentemente, em Julho de 2009, nas comemorações dos 30 anos do SNS foi apresentado um estudo – acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa – evolução entre 2001 e 2008 da autoria do sociólogo Villaverde Cabral, onde sugere que o estado de saúde em Portugal melhorou neste período. O estado de saúde subjectivo da população corresponde a um perfil sócio-demográfico, no qual as mulheres, os idosos e as pessoas com estatuto sócio-profissional mais baixo referem, em média, pior estado de saúde. No ano passado, 41,7 por cento da população avaliava como “bom” o seu estado de saúde, contra 49,4 por cento em 2001. Apenas 2,7 por cento da população considera a sua saúde péssima, contra 2,5 por cento em 2001.

Do conjunto dos inquiridos (3.039 portugueses), que afirmaram, em 2008, ser o seu estado de saúde razoável, mau ou péssimo, perto de metade (45,8 por cento) declarou ter, pelo menos, uma doença crónica, quando em 2001 ascendiam a 52,3 por cento.

Importante referir que nestes últimos sete anos, a percentagem de portugueses que afirmam estar a fazer algo para melhorar ou manter o seu estado de saúde aumentou de forma muito expressiva (mais 36 por cento), abrangendo hoje cerca de metade da população (49,8 por cento). São no entanto, os mais velhos (com mais de 65 anos), os mais escolarizados (ensino superior) e os quadros médios e superiores quem afirma desenvolver alguma iniciativa para melhorar o seu estado de saúde.

Pretendemos neste trabalho conhecer a percepção dos doentes anticoagulados, por se tratar de um trabalho de projecto de investigação, delimitado num curto período de tempo, não nos é possível conhecer resultados, nem conhecemos estudos que avaliem a percepção do estado de saúde de doentes anticoagulados, mas acreditamos que os resultados do nosso estudo, sejam convergentes em grande parte nas variáveis sócio-demográficas (género, idade, nível de instrução, área de proveniência) com os resultados que observamos em outros estudos realizados em Portugal.

A esperança média de vida é inferior nos homens devido a taxas de mortalidade geralmente mais elevadas, apesar da morbilidade feminina ser habitualmente mais elevada. Por sua vez na auto-apreciação do estado de saúde, as mulheres têm apresentado percentagens mais elevadas na consideração do seu estado de saúde como mau ou muito mau (cf. Silva, 1999; também Valente, Dias e Garcia, 1999: 74-94; Santana e Vaz, 1999:149-150).

As questões do género, assumem para além da relação das mulheres com a saúde e doença e do aspecto biológico também aspectos de ordem sócio-cultural que distinguem o masculino do feminino.

As representações sociais em relação à mulher relacionam-na com uma imagem estereotipada de fragilidade, contribuindo para a interiorização de uma auto-imagem com repercussões no domínio da saúde e doença individual das mulheres (Silva, 1999). Por outro lado aos homens está associado um estereótipo de afirmação da masculinidade que contribui muitas vezes para uma maior ocultação do estado de mal-estar e até mesmo de doença (Laranjeira, 2004).

A idade é outro factor a ter em conta, uma vez que o estado de saúde apercebido e as limitações físicas se modificam com a idade, segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) 1995/6 e 1998/9 revelaram que a percentagem de pessoas com auto-percepção positiva do seu estado de saúde diminui à medida que a idade aumenta. Os dados do 4º INS mantêm estas tendências.

Mas, para além do género e idade, o indicador sócio-educacional é também considerado importante potencial de explicação para as diferenças na maneira como as pessoas percebem o seu próprio estado de saúde, indivíduos com menos escolaridade tendem a aperceber-se da sua qualidade de vida de uma forma mais negativa do que os indivíduos com instrução. A escolaridade é um recurso que condiciona a saúde e tem um

papel importante na distinção entre os indivíduos. Pessoas com níveis de escolaridade mais altos aderem melhor a medidas de prevenção da doença e promoção da saúde.

Em relação ao local de residência – os indivíduos que vivem nas áreas urbanas apresentam *valores mais altos de qualidade de vida do que aqueles que residem em áreas rurais*.

As medições do estado de saúde fornecem-nos deste modo bases que nos permitem a comparação entre grupos e para detecção de iniquidade em relação a condições de saúde, áreas geográficas, condições sociais ou condições económicas (Ferreira e Santana, 2003).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no enquadramento teórico realizado, nomeadamente no contexto evolutivo dos sistemas de saúde e nas reformas do sector em Portugal, podem identificar-se Forças e Fraquezas do Sistema de Saúde Português mais relevantes.

Forças do sistema de Saúde

Verifica-se uma tendência positiva com melhoria generalizada do ambiente socioeconómico da sociedade portuguesa, do seu nível de saúde e do sistema de saúde ao longo das últimas décadas.

Em 2006, a esperança de vida aos 65 anos é cerca de 15% superior á de 1991; um crescimento três vezes maior do que a variação relativa na esperança de vida à nascença no mesmo período. Os ganhos foram consequência do decréscimo da mortalidade prematura de causa evitável, com maior expressão nas mulheres. (Alto Comissariado da Saúde.)

Ênfase nos cuidados primários - destacamos a aprovação do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 Agosto, que veio estabelecer o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF), as quais visam a prestação de cuidados de saúde personalizados à população pertencente a uma determinada área geográfica, procurando garantir a acessibilidade, a globalidade e a continuidade desses mesmos cuidados (artigo 4.).

Segundo Cabral e Silva (2009), refere no estudo sobre o estado da Saúde em Portugal, que de uma forma geral, o acesso à saúde melhorou. Dois terços dos portugueses recorreram, em 2008, a consultas nos centros de saúde, o que representa um aumento de 20 por cento nos últimos sete anos. Os portugueses confiam no SNS, verificou-se um aumento de utilizadores no ano passado de 84,8 por cento para 89,9 por cento face a 2001. A maioria dos portugueses com mais de 50 anos mediu a pressão arterial e o nível de colesterol no último ano, 91,2 por cento e 85,4 por cento, respectivamente, quando em 2001 eram apenas 83,9 por cento e 72,1 por cento.

Fraquezas do sistema e necessidades de Saúde

O sistema de saúde português está focado na prestação e não no cidadão. O cidadão não participa nas decisões em saúde e os profissionais têm pouco sentido de serviço ao cliente, devido em parte ao fraco poder de escolha dos cidadãos;

O sistema possui pouca capacidade de investimento na promoção da saúde e prevenção da doença;

Há necessidade de uma maior capacidade em cuidados primários e melhor integração com os cuidados diferenciados;

Mantêm-se assimetrias Regionais na rede prestadora de cuidados de saúde entre as zonas rurais e urbanas (litoral e interior);

Nas novas tecnologias, os profissionais têm pouca formação/preparação na área da saúde;

O sistema necessita de responder melhor às necessidades relacionadas com as principais causas de morte (doenças cerebrovasculares e cardio-vasculares, algumas formas de cancro e doenças respiratórias), todas elas multifactoriais relacionadas com comportamentos pouco saudáveis e envelhecimento populacional;

Nas doenças crónicas (obesidade, asma, diabetes mellitus, hipertensão e as doenças psíquicas), há necessidade de melhor acompanhamento e educação contínua do doente e família.

No contexto tecnológico:

Existe oferta de serviços de informação para o cidadão, mas insuficientes para as necessidades dos portugueses, especialmente no que se refere a informação e interacções com o sistema de saúde. A oferta de cuidados domiciliários online é praticamente

inexistente. Para os profissionais a oferta é bastante completa, principalmente a oferta de sites ingleses e americanos.

A oferta de serviços de redes de saúde é praticamente limitada a alguns projectos de telemedicina ou saúde pública.

Em síntese, o sistema de Saúde Português, necessita de centrar o sistema no cidadão, responder às suas expectativas e avaliações, orientando-se para as necessidades de saúde e assegurar um contínuo de cuidados desde a promoção da saúde até aos cuidados continuados.

Adaptar os sistemas de informação às reais necessidades da população, reforçando a prevenção (através de informação ao cidadão), do combate às principais causas de morte e às doenças degenerativas, de apoio ao doente crónico e idoso, de cuidados continuados e domiciliários.

A sociedade de informação e a Internet têm impacto no sector da saúde e afecta todos os seus intervenientes - cidadão, Estado, entidades financiadoras, gestoras ou prestadoras de cuidados de saúde e indústria - uma vez que transformam o modelo de inter relações da saúde.

Os serviços de e-health representam oportunidade de melhoria dos sistemas de saúde nos seus vectores de efectividade, resposta/acesso e eficiência. Embora haja necessidade de desenvolver métodos de avaliação de desempenho dos vários projectos existentes, conduzir a sua avaliação para que se disseminem factores críticos de sucesso e boas práticas.

BILIOGRAFIA

ANDERSON, R. M.; FUNNELL, M. M. – «Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm». *Patient Education and Counseling*. 57:2 (Maio 2005) 153-157.

ANELL, A.; ROSEN, P.; HJORTSBERG, C. – «Choice and participation in the health services: a survey of preferences among Swedish residents». *Health Policy*. 40: 2 (1997) 157-168.

ANSELL, J.; - Oral Anticoagulation Therapy – 50 years later. *Arch Intern Med*. 1993 Mar 8; 153 (5):586-96

AUJOULAT, I.; HOORE, W.; DECCACHE, A. – «Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony?» *Patient Education and Counseling*. 66:1 (Novembro 2006) 1-8.

BARDIN, L. – *Análise de conteúdo*. 1.^a ed. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARREIRA, RUI; et al. – Monitorização da Terapêutica com Anticoagulantes Orais. Consulta de Anticoagulação vs Médico Assistente. *Acta Médica Portuguesa*. [Em linha]. 17:413-416 (2004). [Consult.10 Fev. 2007].

BAUMAN, M., et al. - Accuracy of the Coaguchek XS for point-of-care international normalized ratio (INR) measurement in children requiring warfin. *Thromb Haemost* 2008; 99: 1097-1103

BENNETT PAUL, SIMON MURPHY. - *Psicologia e Promoção da Saúde*. 1.^aed. Lisboa Climepsi Editores, 1999. ISBN 972-8449-48-8

CABRAL, VILLAYERDE M. SILVA, P. A. MENDES, H. – *Saúde e doença em Portugal: inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o sistema de saúde*. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais, 2002.

CALISTO, C.; et al. - Comparação de Valores de INR obtidos por Método Convencional e Metodologia de Point-of-Care. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Hemorragia e Microcirculação*. Vol. 20, nº 4, (Out., Nov., Dez., 2005). P.20-27. ISSN 0872-4938

CAMPENHOUDT, L.V. – *Introdução à análise dos fenómenos sociais*. 1.^a ed. Lisboa: Gradiva, 2003.

CAMPOS, A.C., - *Saúde: O Custo de um valor sem preço*, Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lisboa, 1983.

CARAPINHEIRO, G.; PAGE, P. – «As determinantes globais do sistema de saúde português». In: Hespanha, P.; Carapinheiro, G., org. – Risco social e incerteza: pode o Estado Social recuar mais? 1.^a ed. Porto: Edições Afrontamento, 2002.

CEIA, C.; Normas para apresentação de trabalhos científicos; Lisboa, Presença, 1997.

CHINITIZ, D. – «Citizen empowerment: opportunities or threats for health management?» Eurohealth. 11:3 (2005) 2.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS. Governança Europeia: Um livro Branco. Bruxelas, 2001.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 4, Jacarta, Indonésia, 1997 = Fourth International Conference on Health Promotion, Jacarta, Indonesia, 21-25 July 1997 – The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion Into the 21st Century. Copenhaga: WHO, 1997.

Content/full

COSTA, A. F. – «A pesquisa de terreno em sociologia». In: SILVA, A. S. – Metodologia das ciências sociais. Porto: Edições Afrontamento, 1986.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), recolhidos pelo Department of Measurement and Health Information (2004). Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/bodgbdddeathdalyestimates.xls>

DECI, E. L.; RYAN, R. M. – [Em linha] Self-determination theory: an approach to human motivation & personality. Rochester, NY: Department of Clinical and Social Sciences in Psychology. University of Rochester, 2000 [Consult. 08.03.2007]. Disponível em www.psych.rochester.edu/sdt/thry.html.

Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde. In: CONFERÊNCIA GLOBAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 5, Cidade do México, 5-9 de Junho de 2000 – Promoção da Saúde: Rumo a uma maior Equidade. Copenhaga: WHO, 2000..

DECRETO-LEI nº 298/2007, D.R. 1^a Série. 161 (2007.08.22) – Estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF).

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Ministério da Saúde, Plano Nacional de Saúde 2004-2010, 2004.

ENGEL, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, (1977),196, 129-136.

EPPING,J.; BENGUA, R.; KAWAR,R.; SABATE,E.; - The challenge of chronic conditions: WHO responds. BMJ 2001; 323:947-8.

ESCOVAL, A. - “ Sistemas de Financiamento da Saúde: Análises e Tendências ”
Dissertação para a obtenção de grau de Mestre ISCTE – APES, 1999.

ESCOVAL, A. - “Evolução da Administração Pública da Saúde; O Papel da Contractualização – Factores Críticos do Contexto Português. Tese para Obtenção do Grau de Doutor em Organização e Gestão de Empresas, ISCTE, 2003.

EUROPEAN COMMISSION. – eHealth action plan: progress report, 2005

EYSENBACH, G. – Consumer health informatics. British Medical Journal, 320 (2000) 1713-1716

FERNÁNDEZ, Angeles. - El Paciente Anticoagulado Y El Médico de Atención Primaria 1992, [Em linha]. [Consult. Jul. 2007].

FESTE, C.; ANDERSON, R. M. – «Empowerment: from philosophy to practise». Patient Education and Counselling. 26:1-3 (Setembro 1995) 139-144.

FIELD, MJ. (ed) - Telemedicine: a Guide to Assessing Telecommunications in Health Care. Committee on Evaluating Clinical Applications of Telemedicine, Division of Health Care Services, Institute of Medicine. Washington, D.C.: National Academy Press 1996, 1997.

FIGUEIREDO, ROSELY. et al.– Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. Revista Latino-Americana de Enfermagem. [Em linha]. Vol. 9, nº 4 (Jul. 2001). p. 50-55. [Consult. 25 Abr. 2005]. <<http://www.eerp.usp.br/rlaenf>>.

FORTIN, M. – O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1996.

FORTIN, M.F. - O Processo de Investigação, da concepção à realização, Loures, Lusociência, 2000.

FRIEDMAN, C. P. et. Al.- Enhancement of clinicians diagnostic Reasoning by computer – base consultation a multisite study of 2 system – JAMA. 282 (1999) 1851-1856

FRIEDMANN, J. – Empowerment: uma política de desenvolvimento alternativo. Oeiras: Celta Editora, 1996.

GEORGE,F.;PLANTIER, T. – Impacto do e-Health na prestação de cuidados de saúde , [Em linha] In I Seminário Transnacional de Telemedicina, 14-15 de Dezembro de 2007, disponível em: www.dgs.pt

GIL, A. C. – Métodos e técnicas de pesquisa social. 2.^a ed. São Paulo: Editora Atlas, 1984.

GLOBAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 6, Bangkok, Thailand, 7-11 August 2005 – [Em linha] Policy and Partnership for health promotion: addressing the determinants of health. Thailand: WHO, 2005. [Consult. 08.03.2007]. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/>

GRILO, A. M.; PEDRO, H. – «Contributos da psicologia para as profissões da saúde». Psicologia, Saúde e Doenças. 6:1 (2005) 69-89.

Guia prático para a elaboração de trabalhos científicos, Lisboa, Cosmos, 1997.

GUSTAFSON DAVID; ROBINSON THOMAS; ANSLEY DAVID.; BRENNAN PATRICIA.- Consumers and evaluation of interactive health communication applications. [Em Linha] American Journal of Preventive Medicine. 16:1 (1999) 23-29 [consult. 9 Mai.2006] Disponível em HARRISON, Tinsley Randolph, ed. lit. – Harrison medicina interna. 11^a ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988. 2v. ISBN 85-226-0314-6

HASENKAM, et al. - Practicability of patient self testing of oral anticoagulant therapy by the internacional normalised ratio (INR) using a portable whole blood monitor. Thromb Res.1997 Jan 1; 85 (1): 77-82

HELMAN, C. G. – Cultura, saúde & doença. 4.^a ed. Porto Alegre: Edições Artmed, 2003.

HONORÈ, B. – A saúde em projecto. Loures: Lusociência, 2002.

<http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/full/16/2/207>

<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2004-17/6/413-416.pdf>.

<Http://www.aipm-online.net/article/So749-3797> (documents/gtes relatório final.pdf

<http://www.angelesfernandez.com/EI%20Medico%20de%20AP.pdf>

INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 2, Adelaide, South Australia, 5-9 April 1998 – Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Copenhagen: WHO, 1998 (WHO/HPR/HEP/95.2).

JAMIESON, R.; et al. - Early antithrombotic therapy for aortic valve bioprostheses: is there an indication for routine use? Ann Thorac Surg.2007 Feb; 83(2):549-56

KICKBUSCH. - Health literacy: adressing the health and education divide.[Em Linha] Health Promotion Internacional. 16:3 (2001) 289-297. [Consult 9 Mai.2006].Disponivel em <http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/full/16/3/289>

KÖRTKE, H, et al. - INR self-management after mechanical heart valve replacement: ESCAT (Early Self-Controlled Anticoagulation Trial). Z Kardiol. 2001; 90 Suppl 6:118-24

LABONTE, R. – «Health promotion and empowerment: reflections on professional practice». Health Education Quarterly. 21:2 (1994) 253-268. Edição especial: Community empowerment, participatory education and health – Parte I.

LAKATOS, E. MARCONI, M. – Técnicas de pesquisa 5ª ed. São Paulo: editora Atlas, 2002.

LAPÃO LV, Tavares LV. Complexity and Reform of Public Administration: Findings and case studies. Cadernos INA 2007 Jan; 31:19-84

LAPÃO LV. O CIO e o modelo de gestão hospitalar no contexto da teoria da complexidade (Tese de Doutoramento). Lisboa: IST-Universidade Técnica de Lisboa; 2006.

LAPÃO, L.v, “a Infra-estrutura para a rede Nacional Representa uma oportunidade para o Desenvolvimento da Telemedicina que Potenciará Melhores Serviços de Saúde” Revista Interface Saúde, Novembro 2005

LAPÃO, LV., Tavares, L. V. & Pereira, M.J., “Estratégias de Sistemas de Informação para o Hospital de Santa Maria” INA, 2004

LEITE, N. VASCONCELLOS. - Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciência & Saúde Coletiva [Online], 2002. 8:775-782. Available: <http://www.sieclo.br/pdf/csc/v8n3/17457.pdf> [Abril 10, 2006].

LORIG, K. R., et al. – «Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial». Nursing Research. 52:6 (2003) 361-369.

LOWY, C. - Home glucose monitoring, who started it? BMJ, 1998 9; 316 (7142):1467

MANGO, P & SHAPIRO, L. - “Hospital gets serious about operations” The McKinsey Quarterly, Number 2, 2001.

MARKTEST, ESTUDO DE MERCADO, AUDIÊNCIAS, MARKET RESEARCH, [Em Linha] [Consult.15Jan.2008]. Disponível em: [www.marktest](http://www.marktest.com).

MARTINS, R. - “Arquitecturas de Sistemas em Ambientes Hospitalares: Técnicas e Componentes”, Projecto Final DESIS, 2005 in Cadernos INA: Projectos Finais DESIS.

MESQUITA, A. – Empowerment na doença crónica: um estudo de caso. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2003.

MINTZBERG, H. – Structure in fives: Designing Effective Organizations, prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1997.

MISSÃO NACIONAL PARA A SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO. – Livro Verde para a Sociedade da Informação em Portugal, 1997.

NEUHAUSER, D. – «The coming third health care revolution: personal empowerment». Quality Management Health Care. 12:3 (Julho-Setembro 2003) 171-184.

NOACK, H Concepts of health and health promotion. In: T.Abelin, Z.J. Brzezinski, & D. L. Carstairs (Eds.). Measurement in health promotion and protection (WHO Regional Publications, Europe. (1987). Series No 22.pp.5-28), Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Incertezas... gestão da mudança na saúde. Relatório da Primavera 2004. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. OPPS, 2004.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Novo Serviço público de Saúde: novos desafios. Relatório da Primavera 2005. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. OPPS, 2005.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – O estado da Saúde e a saúde do Estado. Relatório da Primavera 2002. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. OPPS, 2002.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Saúde, que rupturas? Relatório da Primavera 2003. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. OPPS, 2003.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Um ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados. Relatório da Primavera 2006. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. O.P.S.S., 2006.

OECD, Health Care Data, Organisation for Economic Cooperation and Documentation (OECD), 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Declaração de Alma-Ata. In 1ª conferência sobre cuidados primários. Alma-Ata, USSR, 6-12 September of 1978

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – “Reporto f the Ad Hoc Committtee on Health Research Relating to Future Intervention Options”, 1997

PEDRO, A. CABRAL, M. – O Estado da Saúde em Portugal. Imprensa de Ciências Sociais, 2009.

POLIT, D. F. et al. – Fundamentos da pesquisa em enfermagem – 3ª Edição, Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Saúde um compromisso, a estratégia de saúde para o virar do século (1998- 2002). Lisboa: Ministério da Saúde, 1999.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. – Terapêutica Antitrombótica da Fibrilhação Auricular, 2009.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Ganhos de Saúde em Portugal: ponto de situação. Relatório do Director e Alto-Comissário da Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004. Vols. 1 e 2.

PORTUGAL. Plano tecnológico – Plano tecnológico. [em Linha] Lisboa: Plano tecnológico, [2008]. Disponível em <http://www.planotecnologico.pt>

PORTUGAL. Portal da Saúde – ARS Alentejo tem um projecto inovador de terapia anticoagulante oral. Abril, 2006. Acedido em 22/06/07.

PORTUGAL. PORTAL DO GOVERNO. 2008. Disponível em <http://.gov.pt>

Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, URSS. Genebra: WHO, 1978.

QUIVY, R., Campenhoudt, L.; Manual de investigação em ciências sociais, Lisboa, Gradiva, 1997.

QUIVY, R; CAMPENHOUDT, L. – Manual de investigação em ciências sociais. 2.^a ed. Lisboa: Gradiva Editora, 1998.

RAMOS, A. L. C. – Empowerment do cidadão: qual o papel do profissional de saúde? Qual a percepção do cidadão? Orient. Constantino Sakellarides. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003. Dissertação de Mestrado para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde no âmbito do V Curso de Mestrado em Saúde Pública 2001/2003.

RAMOS, V. (1988). Prever a medicina das próximas décadas: Que implicações para o planeamento da educação médica? Acta Médica Portuguesa, 2, 171-179.

RATZAN SCOTT. - Health literacy: communication for the public good. [Em Linha] Health Internacional,. 16:2(2001) 207-214. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/>

RDUKER, P. – The coming of the new organization. Harvard Business Review. 66 (Jan/Fev. 1988) 45-53

Reflexões sobre a saúde. Recomendações para uma reforma estrutural”, Conselho de Reflexão para a saúde, 1998

REIS, E. - Estatística Descritiva, Lisboa, Edições Sílabo, 2000.

REIS, V. – Gestão em Saúde: Um espaço de diferença. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2007.

RIBEIRO, J. - Introdução à psicologia da saúde. (2005), Lisboa: Quarteto, (1.^a ed.) ISBN: 989-558-045-2.

RIBEIRO, J. – O Importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de saúde – SF – 36 1^a ed. Fundação merck sharp & dohme, 2005.

ROCA, RAFAEL A.; LÓPEZ, NATIVIDADE P. – A Anticoagulação Oral com Antagonistas da Vitamina K. Set. 2006. Roche.

ROCHE. – Racional para a Comparticipação dos sistemas para Auto-monitorização/Auto-Controlo da Terapêutica Anticoagulante Oral, roche, 2008.

SAKELARIDES, C. – De Alma a Harry: a crónica da democratização da Saúde. Lisboa: Almedina, 2005.

SAKELARIDES, C. ALVES, M. – Lisboa, Saúde e Inovação: Do Renascimento aos Dias de Hoje. Lisboa: Gradiva, 2008.

SAKELLARIDES, C. – O sistema de saúde e a sua evolução: da protecção social à governação em saúde: apontamentos. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.

SAKELLARIDES, C. – O sistema de saúde e a sua evolução: da protecção social à governação em saúde: apontamentos. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.

Saúde para Todos no Ano 2000: Metas de saúde para todos no ano 2000. Copenhaga: WHO, 1978.

SCHLANT, Robert C.; ed. lit.; ALEXANDER, R. WAYNE, ed. lit. – O Coração. 8^a ed. Lisboa: McGraw- Hill de Portugal, 1996. XVI, 660 p.. ISBN: 972-8298-23-4.

SILVA, A. S; Pinto, J. M.; Metodologia das Ciências Sociais, Porto, Edições Afrontamento, 1986.

SIMÕES., J. – Retrato político de saúde: dependência do percurso e inovação em Saúde da ideologia ao desempenho. Coimbra: Almedina, 2004.

SMITH, R. - The future of healthcare systems. BMJ 1997 May 24; 314v (7093): 1495-6

The European Heart Network. European Cardiovascular Disease Statistics 2008. Edition

VALLERAND, April H., DEGLIN, Judith H. – Guia Farmacológico para Enfermeiros em Cuidados Intensivos e Urgências. Lisboa: Lusodidacta, 1991.562 p. ISBN 972 – 95399/3/6

WILLIAMS, M.V.; PARKER, D.W., et al. – «Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self care». Chest. 114:4 (1998) 1008-1015.

WOOTTON, R. – “Telemedicine. Na Introduction” European Telemedicine 1998/1999.

ANEXO

QUESTIONÁRIO SOBRE O ESTADO DE SAÚDE

ESTUDO DA PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE EM DOENTES ANTICOAGULADOS

As questões apresentadas neste questionário, têm como objectivo que nos dê a sua opinião acerca do seu estado de saúde, a forma como se sente e a capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada.

As informações que nos fornecer serão mantidas sobre codificação (anonimato) e só poderão ser utilizadas neste estudo.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Para responder, coloque uma cruz no número que melhor descreve a sua saúde

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima	☐	1
Muito Boa	☐	2
Boa	☐	3
Razoável	☐	4
Fraca	☐	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral de saúde actual:

Óptima	☐	1
Muito Boa	☐	2
Boa	☐	3
Razoável	☐	4
Fraca	☐	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto:

(Por favor assinale com uma cruz em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas , tais como participar em desportos violentos ou mesmo correr ou levantar pesos.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c. Levantar ou pegar nas compras da mercearia.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d. Subir vários lanços de escadas.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3
e. Subir um lanço de escadas.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3
g. Andar mais de 1 Km.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3

h. Andar vários quarteirões ou grupos de casas.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3
i. Andar um quarteirão ou grupo de casas.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3

4. Durante as últimas 4 semanas, teve no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico:

	SIM	NÃO
a. Diminui o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades.....	☐ 1	☐ 2
b. Fez menos do que queria.....	☐ 1	☐ 2
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	☐ 1	☐ 2
d. Teve dificuldades em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo foi preciso mais esforço).....	☐ 1	☐ 2

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a):

	SIM	NÃO
a. Diminui o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades.....	☐ 1	☐ 2
b. Fez menos do que queria.....	☐ 1	☐ 2
c. Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume.....	☐ 1	☐ 2

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada ☐ 1
 Pouco ☐ 2
 Moderadamente ☐ 3
 Bastante ☐ 4
 Imenso ☐ 5

7. Durante as últimas 4 semanas, teve dores?

Nenhumas ☐ 1
 Muito Fracas ☐ 2
 Ligeiras ☐ 3
 Moderadas ☐ 4
 Fortes ☐ 5
 Muito Fortes ☐ 6

8. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada ☐ 1
 Pouco ☐ 2
 Moderadamente ☐ 3
 Bastante ☐ 4
 Imenso ☐ 5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Por cada pergunta, coloque por favor uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como se sentiu.

Quanto tempo nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?..	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
b. Se sentiu muito nervoso/a?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

e. Se sentiu com muita energia?..	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
f. Se sentiu triste e em baixo?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
g. Se sentiu estafado/a?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
h. Se sentiu feliz?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
i. Se sentiu cansado/a?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	☐ 1
A maior parte do tempo.....	☐ 2
Algum tempo	☐ 3
Pouco tempo	☐ 4
Nunca	☐ 5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

Ponha uma cruz em cada linha

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros..	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d. A minha saúde é óptima.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Assinale com um x a sua resposta às seguintes questões de caracterização sociodemográfica

Sexo:

☐ 1. Feminino

☐ 2. Masculino

Idade (anos):

☐ 1. 18-24

☐ 2. 25-34

☐ 3. 35-44

☐ 4. 45-54

☐ 5. 55-64

Estado civil:

☐ 1. Casado/em união de facto

☐ 2. Solteiro

☐ 3. Viúvo

☐ 4. Divorciado/separado

Nível de instrução:

☐ 1. Baixo

☐ 2. Médio

☐ 3. Alto

Actividade profissional:

☐ 1. Manual/colarinho azul

☐ 2. Não manual/colarinho branco

☐ 3. Doméstico/em casa

☐ 4. Reformado

☐ 5. Desempregado

☐ 6. Outro

Local de residência:

☐ 1. Urbano/semiurbano

☐ 2. Rural

Doença que levou à toma do anticoagulante:

☐ 1. Fibrilhação auricular

☐ 2. Prótese mitral mecânica

☐ 3. Prótese aórtica mecânica

☐ 4. Dupla prótese

☐ 5. Tromboembolismo pulmonar

☐ 6. Doença mitral

☐ 7. Trombose venosa profunda

☐ 8. Váculoplastia mitral

☐ 9. Outros