



Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Adriana Sofia Veiga Taveira

Indicadores de qualidade nos processos assistenciais de saúde prestados à  
pessoa idosa vulnerável em Cuidados de Saúde Primários:

Tradução e adaptação transcultural do ACOVE-3 (*Assessing Care of Vulnerable  
Elders*) no contexto português.

abril de 2020



Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Adriana Sofia Veiga Taveira

Indicadores de qualidade nos processos assistenciais de saúde prestados à pessoa idosa vulnerável em Cuidados de Saúde Primários:

Tradução e adaptação transcultural do ACOVE-3 (*Assessing Care of Vulnerable Elders*) no contexto português.

Dissertação

Mestrado em Gestão das Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação

**Professor Doutor José Crispim**

**Professora Doutora Ana Paula Macedo**

abril de 2020

## DECLARAÇÃO

**Nome:** Adriana Sofia Veiga Taveira

**Título da Dissertação:** Indicadores de qualidade nos processos assistenciais de saúde prestados à pessoa idosa vulnerável em Cuidados de Saúde Primários: Tradução e adaptação transcultural do ACOVE-3 (*Assessing Care of Vulnerable Elders*) no contexto português

**Orientadores:** Professor Doutor José Crispim e Professora Doutora Ana Paula Macedo

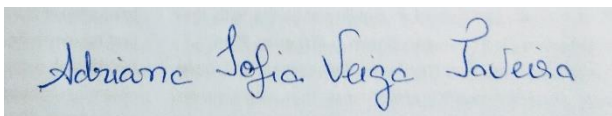
**ANO DE CONCLUSÃO:** 2020

**Designação do Mestrado:** Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

UNIVERSIDADE DO MINHO, 30/04/2020

ASSINATURA:

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink that reads "Adriana Sofia Veiga Taveira".

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de expressar o meu sincero agradecimento ao Professor José Crispim e à Professora Ana Paula Macedo pelo caminho de investigação que, juntos, percorremos. Somente desta forma, igualmente se valida o conceito de qualidade que transpomos quando falamos de processos e resultados de aprendizagem.

Agradeço ainda, muito particularmente, às pessoas que me são próximas afetivamente, porque sem as mesmas não alimentaria reforços e energia para a grande jornada de trabalho que vivi.

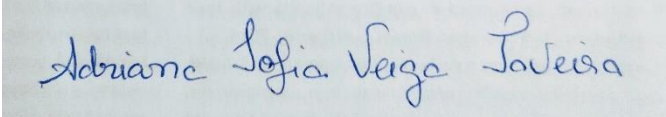
O meu bem-haja!

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração. Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

UNIVERSIDADE DO MINHO, 30/04/2020

ASSINATURA:

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink. The signature reads "Adriana Sofia Veiga Louisa".

## RESUMO

Indicadores de qualidade nos processos assistenciais de saúde prestados à pessoa idosa vulnerável em cuidados de saúde primários

**Palavras-chave:** ACOVE-3, Gestão de Qualidade, Idoso; Vulnerabilidade; Cuidados de Saúde.

O presente estudo assume como relevância o cenário demográfico português nas últimas décadas, condição que exerce um forte impacto económico-social, particularmente, na sustentabilidade do SNS. Se considerar a senescência como uma etapa de vulnerabilidade, frequentemente são rastreáveis situações clínicas suscetíveis de prevenção/intervenção. Neste ponto, evidencia-se a atenção para o conjunto de indicadores CSP, com listagem de 365 métricas de desempenho, destas, apenas 4 se remetem para processos de qualidade na gestão saúde no idoso. Reconhece-se a importância de, na prática clínica e na relação direta com o idoso, se incrementar e reforçar, pelo recurso a indicadores de desempenho, a cultura de qualidade nas equipas de saúde. A este nível, distintos artigos de investigação realçam o ACOVE (conjunto amplo de indicadores) como um instrumento que promove o acesso da pessoa idosa a processos assistenciais com qualidade. Como principais objetivos do estudo destacam-se: i) adaptar transculturalmente o ACOVE-3, do inglês americano para o contexto português, ajustado ao nível de intervenção dos CSP; ii) apresentar a construção e validação de indicadores de processo que respondam, face ao hiato concetual identificado no ACOVE-3, à avaliação da dimensão de equidade no acesso do idoso aos cuidados de saúde; e iii) analisar a perceção de valor reconhecida pelos profissionais de saúde do ACES Cávado III, perante o recurso do ACOVE-3. Na sua estrutura metodológica, opta-se por um desenho exploratório/qualitativo/aplicado, com a participação de dois painéis de peritos (essencial ao processo de equivalência semântica do instrumento) e de profissionais de saúde (no processo de validação qualitativa – análise do potencial de adesão). Para efeitos conclusivos, salienta-se a ampla aceitabilidade do instrumento pelos distintos painéis, vigorando um perfil fundamental científico, o de confiabilidade do mesmo. Na análise dos profissionais de saúde, demonstra-se: a dificuldade expressa na objetivação/enunciação clara das condições clínicas que traduzem vulnerabilidade no idoso (aumenta o risco de iatrogenia); a tomada de consciência, de preocupação perante o facto dos atuais IQ não permitirem orientar as equipas de saúde para a necessidade de uma avaliação integral da pessoa; a necessidade de se incluírem mais métricas, que associadas ao IQ existentes, contribuam para a avaliação do desempenho das equipas na Gestão da Saúde do Idoso; o reconhecimento do ACOVE-3 como um instrumento/fator estratégico de valor, capaz incrementar qualidade ao processo de cuidados.

## **ABSTRACT**

Quality indicators in health care processes provided to vulnerable elderly people in primary health care

**Keywords:** ACOVE-3, Quality Management, Aged; Vulnerability; Health Care.

This study takes as its relevance the portuguese demographic scenario in the last decades, a condition that has a strong economic and social impact, particularly on the sustainability of the NHS. If we consider senescence as a stage of vulnerability, clinical situations susceptible to prevention/intervention are often traceable. At this point, attention is drawn to the set of PHC indicators, with a list of 365 performance metrics, of which only 4 refer to quality processes in health management in the elderly. It is recognized the importance of, in clinical practice and in the direct relationship with the elderly, to increase and strengthen, through the use of performance indicators, the culture of quality in health teams. At this level, different research articles highlight ACOVE (broad set of indicators) as an instrument that promotes the access of the elderly to quality care processes. The main objectives of the study are: i) to transculturally adapt ACOVE-3, from the American English to the Portuguese context, adjusted to the intervention level of the CSP; ii) to present the construction and validation of process indicators that respond, given the concetual gap identified in ACOVE-3, to the evaluation of the equity dimension in the access of the elderly to health care; and iii) to analyse the perception of value recognised by the health professionals of ACES Cávado III, given the appeal of ACOVE-3. In its methodological structure, an exploratory/qualitative/applied design is chosen, with the participation of two panels of experts (essential to the semantic equivalence process of the instrument) and health professionals (in the process of qualitative validation - analysis of the adhesion potential). For conclusive purposes, the broad acceptability of the instrument by the different panels is emphasized, with a fundamental scientific profile, that of its reliability. In the analysis of health professionals, it is demonstrated: the difficulty expressed in the objectification/ clear announcement of the clinical conditions that translate vulnerability in the elderly (increases the risk of iatrogenicity); the awareness, concern with the fact that the current QIs do not allow orienting the health teams to the need for a comprehensive assessment of the person; the need to include more metrics, which associated with the existing QI, contribute to the evaluation of the performance of the teams in the Health Management of the Elderly; the recognition of ACOVE-3 as a strategic instrument/factor of value, capable of increasing the quality of the care process.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. ESCOLHA TEMÁTICA.....	2
CAPÍTULO I - Referencial epistemológico do estudo.....	7
1. OBJETIVOS DO ESTUDO .....	8
2. PARADIGMA DE INVESTIGAÇÃO .....	9
3. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO .....	11
CAPÍTULO II - Do envelhecimento demográfico em Portugal ao conceito de qualidade nos processos assistenciais em saúde .....	13
1. OS DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL .....	14
2. PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS .....	18
3. QUALIDADE EM SAÚDE.....	24
3.1. Indicadores de Qualidade na Saúde do Idoso em Portugal.....	29
3.2. Equidade no acesso aos cuidados de saúde.....	35
3.3. <i>Assessing Care of Vulnerable Elders</i> .....	41
CAPÍTULO III - Considerações técnico-metodológicas.....	49
1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	50
1.1. Validação e adaptação transcultural do ACOVE-3 para o contexto dos CSP .....	50
1.2. Construção e Validação de IQ (dimensão da equidade no acesso a cuidados de saúde) .....	52
2. CARATERIZAÇÃO DO PAINEL DE PERITOS/PARTICIPANTES.....	54
2.1. Relação entre o Painel de Peritos/Participantes .....	59
3. RECOLHA E ANÁLISE DOS DADOS .....	59
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	66
ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....	68
CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXO 1 .....	91
ANEXO 2 .....	93
ANEXO 3 .....	98



## LISTA DE ABREVIATURAS

n.º: número

p.: página

## LISTA DE SIGLAS

ACES: Agrupamento de Centros de Saúde

ACOVE: *Assessing Care of Vulnerable Elders*

ACSS: Administração Central dos Serviços de Saúde

AGE: Avaliação Geriátrica Estruturada

ARS: Administração Regional de Saúde do Norte

BI: Bilhete de Identidade

CSP: Cuidados de Saúde Primários

DGS: Direção Geral de Saúde

INE: Instituto Nacional de Estatística

IP: Instituição Pública

IQ: Indicadores de Qualidade

NUTS: Nomenclatura para Unidades Territoriais

OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNSPI: Programa Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

SNS: Serviço Nacional de Saúde

UCC: Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

US: Unidade de Saúde

USF: Unidade de Saúde Familiar

VES: *Vulnerable Elders Survey*

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Esquematização do problema e objeto de investigação .....	6
Figura 2: Ação do PNSPI emanado pelo Ministério da Saúde, 2004.....	20
Figura 3: Condições de vulnerabilidade para a pessoa idosa segundo o PNSPI, 2004.....	21
Figura 4: Conceito de qualidade proposto por Donabedian, 2013.....	25
Figura 5: Dimensões de qualidade em saúde propostas por Donabedian, 2013.....	25
Figura 6: Avaliação da qualidade nos serviços de saúde proposta por Donabedian, 2013 .....	28
Figura 7: Gestão operacional dos IQ para os CSP.....	33
Figura 8: Equidade em Saúde e as suas determinantes propostas por Furtado e Pereira, 2010 .....	37
Figura 9: Cinco eixos inter-relacionados que afetam a equidade no acesso aos cuidados de saúde propostos por Frutado e Pereira, 2010 .....	38
Figura 10: ACOVE na gestão de qualidade em saúde .....	46
Figura 11: Operacionalização do ACOVE .....	47
Figura 12: Síntese metodológica do processo de tradução/adaptação transcultural de instrumentos	51
Figura 13: Processo de seleção das condições clínicas do ACOVE-3 .....	52
Figura 14: Exemplo ilustrativo da estruturação de IQ referente à dimensão da equidade no acesso..	53
Figura 15: Síntese metodológica do processo de construção/validação de instrumentos.....	54
Figura 16: Esquematização das etapas metodológicas do estudo .....	58
Figura 17: Exemplo ilustrativo da <i>check-list</i> no domínio da clareza de conteúdo.....	61
Figura 18: Quadro síntese dos critérios de seleção de conteúdo/painel .....	62
Figura 19: Operações mínimas para análise de conteúdo, segundo Vala, 2005 .....	64

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Partes estruturais do estudo e atividades inerentes .....	1
Quadro 2: Quadro resumo, comparativo dos diferentes IQ de saúde existentes a nível mundial (independentemente da sua componente) dirigidos aos idosos na atividade de prestação de cuidados .....	43
Quadro 3: Identificação dos participantes no estudo, pré-requisitos e funções.....	57
Quadro 4: Caraterização das sessões de <i>focus</i> grupo .....	59
Quadro 5: Discriminação das operações de análise de conteúdo, de acordo com Vala (2005), para a atividade de avaliação da percepção de valor dos profissionais de saúde no recurso ao ACOVE-3 .....	65
Quadro 6: Discriminação das operações de análise de conteúdo, de acordo com Vala (2005), para a atividade de avaliação da proposta de construção de IQ - Dimensão de Equidade no Acesso a Cuidados de Saúde.....	65
Quadro 7: Análise descritiva individual dos dados atribuídos pelo painel de peritos - saúde na avaliação da tradução e adaptação transcultural do ACOVE-3 .....	68
Quadro 8: Análise descritiva individual dos dados atribuídos pelo painel de peritos - saúde na avaliação da proposta de IQ para a dimensão de equidade no acesso a cuidados de saúde .....	69
Quadro 9: Média das ponderações atribuídas pelo painel de peritos - saúde na avaliação da tradução e adaptação transcultural do ACOVE-3.....	69
Quadro 10: Média das ponderações atribuídas pelo painel de peritos - saúde na avaliação da proposta de IQ para a dimensão de equidade no acesso a cuidados de saúde .....	69
Quadro 11: Identificação de problemas de análise da relevância de conteúdo (P1), com respetiva sugestão de adaptação transcultural do ACOVE-3.....	70
Quadro 12: Identificação de problemas de análise da relevância de conteúdo (P1), com respetiva sugestão de construção do IQ Equidade no acesso a cuidados de saúde .....	70
Quadro 13: Identificação de problemas de análise da relevância de conteúdo (P2), com respetiva sugestão de adaptação transcultural do ACOVE-3.....	71

Quadro 14: Identificação de problemas de análise da relevância de conteúdo (P3), com respetiva sugestão de adaptação transcultural do ACOVE-3.....	71
Quadro 15: Identificação de problemas de análise da relevância de conteúdo (P3), com respetiva sugestão de construção do IQ Equidade no acesso a cuidados de saúde .....	71
Quadro 16: Análise genérica de ponderações face aos critérios de seleção de conteúdo para o ACOVE-3 .....	72
Quadro 17: Análise genérica de ponderações face aos critérios de seleção de conteúdo para o IQ Equidade.....	72
Quadro 18: Itens do ACOVE-3 com procedimento de harmonização de conteúdo.....	72
Quadro 19: Itens do IQ com procedimento de harmonização de conteúdo.....	73
Quadro 20: Análise descritiva individual dos dados atribuídos pelo painel de peritos - Línguas Aplicadas na avaliação da retroversão da síntese única do ACOVE-3.....	74
Quadro 21: Sistema categorial de operações para análise de conteúdo – perceção de valor dos profissionais no recurso ao ACOVE-3.....	76
Quadro 22: Sistema categorial de operações para análise de conteúdo – Análise da proposta de construção dos IQ - dimensão de equidade no acesso a cuidados de saúde complementares ao ACOVE-3.....	79

## TERMINOLOGIA

**Check-list de trabalho:** palavra anglo-saxónica que traduzida para português significa "lista de verificações". No atual contexto de trabalho a mesma aplica-se legitimamente associada ao instrumento de estudo ACOVE-3, dado que o próprio se apresenta como uma ferramenta de controlo, de avaliação da qualidade dos processos assistenciais prestados ao idoso. Operacionalmente, firma-se na identificação de um conjunto de condições clínicas capazes de induzir vulnerabilidade na saúde da pessoa, uma vez presente(s) poderá ser lida uma série de condutas/processos/atividades que assumidas (verificadas) pelos profissionais de saúde, resultam em boas práticas assistenciais.

**Dimensão:** refere-se à profundidade, à categorização de um conceito nas suas extensões.

**Relevância do Conteúdo:** considera o grau de associação entre o item/critério de observação e a sua componente de relevância face ao que o instrumento de propõe a avaliar.

**Clareza da linguagem:** considera a perceção dos conceitos utilizados em cada um dos itens, face às características da população que fará uso do instrumento.

**Significação do Conteúdo:** considera o grau de relação entre o elemento significante do item/critério de observação (imagem acústica) com o seu significado (conceito). Permite a deteção de erros de tradução.

## INTRODUÇÃO

O presente projeto de investigação procura responder a um requisito formal solicitado no contexto do 2º ano do Mestrado em Gestão das Unidades de Saúde, ano letivo 2019/2020, da Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho.

Como resultados de aprendizagem visa:

- I. desenvolver competências tácitas ao nível da investigação em gestão;
- II. aperfeiçoar capacidades interpessoais e intrapessoais requeridas a um bom investigador;
- III. obter o grau de Mestre em Gestão das Unidades de Saúde;
- IV. apresentar à comunidade científica/académica e, em particular, na gestão operacional em saúde um contributo válido e fiável que impacte mais valias na área proposta para estudo, com efeitos nas instituições, nos profissionais e na pessoa utilizadora do SNS.

Em termos narrativos, será descrito na terceira pessoa do singular, com organização genericamente composta por seis partes essenciais que asseguram a harmonização e a objetividade da leitura, conforme se expressa no Quadro 1.

Partes Estruturais	Atividades
Escolha Temática	Identificação e contextualização da problemática, do objeto/finalidade de investigação, numa perspetiva orientada para a Gestão das Unidades de Saúde (particularmente na dimensão de qualidade dos processos assistenciais);
CAPÍTULO I	Definição dos objetivos, paradigma e desenho de investigação que sustentam todo o seu percurso ontológico e epistemológico;
CAPÍTULO II	Revisão da Literatura, com análise crítica relativa ao estado da arte sobre a temática em estudo, sustentada nos diferentes autores, na legislação e nas orientações nacionais/internacionais que perfilam as políticas/programas de saúde;
CAPÍTULO III	Seleção das opções, procedimentos metodológicos, painel de peritos/participantes no estudo, considerações éticas incluindo os pressupostos de construção/validação de indicadores de qualidade, prevendo-se igualmente a etapa de adaptação transcultural do ACOVE-3 (alvo de análise na resposta aos objetivos traçados);
Análise e discussão de resultados	Apresentação dos resultados obtidos relativos à componente de validação/construção de indicadores de qualidade em saúde, com respetiva leitura da perceção de valor atribuída pelos profissionais de saúde;
Conclusão	Enunciação das principais conclusões do estudo, possíveis contributos, implicações na gestão da qualidade dos processos assistenciais prestados ao idoso vulnerável, incluindo as suas limitações e sugestões para futuras investigações;

Quadro 1: Partes estruturais do estudo e atividades inerentes.

## 1. ESCOLHA TEMÁTICA

No ponto de partida do estudo considera-se relevante o cenário que Portugal tem vindo a registar nas últimas décadas, nomeadamente, as profundas transformações demográficas caracterizadas, entre outros aspetos, pela diminuição da taxa de natalidade e pelo aumento da esperança média de vida, com efeitos na inversão da pirâmide etária da população. Condição que naturalmente exerceu e continua a exercer um grande impacto na sociedade como um todo, exigindo adaptações e respostas a diversos níveis, nomeadamente por parte dos seus sistemas de suporte, do qual sobressai o Sistema de Saúde (Organização Mundial de Saúde, OMS, 2015).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017) em Portugal, entre 2015 e 2080 num cenário central de projeção, o número de jovens tenderá a diminuir de 1.5 para 0.9 milhões e, paralelamente, o número absoluto de idosos aumentará de 2.1 para 2.8 milhões.

Associado ao processo fisiológico e mental de senescência, que recria e direciona fortemente todo o percurso de vida do indivíduo, importa destacar a presença crescente de um preocupante desafio societal – o envelhecimento, sem precedentes, da população portuguesa. Significa que, apesar dos enormes progressos das ciências da saúde terem demonstrado um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa “fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionados com situações suscetíveis de prevenção” (Direção Geral de Saúde, DGS, 2004, p. 1).

Em Portugal, decorrente deste fenómeno sociodemográfico, a preocupação com as políticas sociais e de saúde dirigidas à pessoa idosa começaram a adquirir relevo e atenção, tendo a DGS, no uso das suas competências técnico-normativas, emitido em 2004 o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), em vigor até ao presente. O mesmo instrumento estratégico integrado de gestão, destinado a ser aplicado pelos profissionais na rede de todo o Serviço Nacional de Saúde (SNS), equacionou-se como uma resposta orientadora que, no terreno, apela aos padrões de boas práticas assistenciais, capaz de obter a este nível de atenção ganhos em saúde com qualidade (DGS, 2004).

Muito embora o envelhecimento não possa, em si, ser declarado um problema, mas uma dimensão natural do ciclo de vida, é desejável que todos os atores sociais de intervenção (nomeadamente a saúde,

educação, segurança social, economia, finanças, entre outros) desenvolvam a promoção de um envelhecimento saudável de forma holística e num *continuum* de tempo.

Como profissional, na prestação direta de Cuidados de Saúde Primários (CSP) à família, da qual se salienta a pessoa idosa (igualmente foco da atenção académica no âmbito de investigação), coloca-se a necessidade de refletir no envelhecimento como parte do ciclo vital do indivíduo. Por inerência pessoal assume-se uma abordagem de paradigma construtivista-interpretativa, particularmente dirigida aos indicadores de qualidade (IQ) nos processos assistenciais de saúde prestados aos idosos vulneráveis no contexto português dos CSP.

A atenção especial que se direciona, surge como reforço de um princípio orientador da DGS (2004, p.13), de forma a poder contribuir “para a consolidação de um pensamento estratégico, na área da política de saúde (...), capaz de induzir a mudança e inovação no Sistema de Saúde, aos vários níveis de intervenção (...) da informação, formação e boas práticas”.

Se em termos referenciais, citante no PNSPI, se coloca aos profissionais de saúde a necessidade de reflexão ao nível do envelhecimento como parte de um processo fisiológico natural, sustentados numa “atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia”, do mesmo modo, importa que as organizações do SNS, como um todo, foquem a sua ação estratégica e operacional, em processos de prestação de cuidados integrados, centrados na pessoa idosa e nos seus percursos de saúde/doença, nunca desvinculados da componente de avaliação do desempenho institucional (os designados IQ indispensáveis num Sistema de Saúde que se deseja adequado e dinâmico para responder ao apelo urgente do envelhecimento) (DGS, 2004, p. 3).

Conforme declaram Joling, Eenoo, Vetrano, Smaardijk, Declercq, Onder, Hout e Roest (2018) os IQ, ao constituírem um recurso metodológico de gestão, são um pré-requisito imprescindível para monitorizar, comparar e melhorar o nível de eficácia e de eficiência dos Sistemas de Saúde, sobretudo num mundo no qual a problemática do envelhecimento é global e, perante a qual, os decisores políticos necessitam de se antecipar, inclusive preparar as organizações para prestar cuidados, não só de forma apropriada mas igualmente sustentável.

Em Portugal, o Ministério da Saúde (2015), assumindo a qualidade e a segurança do SNS como uma obrigação ética, dado que ambas são dimensões que “contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde (...) da equidade e do respeito com



que esses cuidados são prestados” (princípios presentes na Constituição da República Portuguesa, na sua Lei de Bases da Saúde), aprova pela primeira vez a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Diário da República, 2ª série, n.º 102, 2009, p. 13551).

Nesta conjunção, é um facto que ao longo da sua atividade, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, tem reforçado como prioridade a melhoria da qualidade clínica e organizacional, promovendo a sua monitorização permanente mediante o cumprimento de um painel de indicadores que definem o perfil de desempenho das Unidades de Saúde (US) no cenário da rede de cuidados do SNS (Diário da República, 2ª série, n.º 102, 2009).

Os CSP não são por isso exceção e em termos operacionais, de atividade contratualizada com a tutela, a Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte, IP) obedece à negociação de um conjunto de indicadores de qualidade transversais aos distintos programas de saúde, dinamizadores do atual Plano Nacional de Saúde (revisão e extensão a 2020), do qual pretende-se destacar a Gestão da Saúde do Idoso.

No exercício da sua atividade profissional, integrada num modelo de trabalho que privilegia o perfil de desempenho organizacional das US, o investigador evidencia a atenção que deve ser dirigida na leitura do documento emanado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), do Ministério da Saúde, o designado Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários (2017), em vigor até à data, referente à listagem de um total de 365 indicadores, entre os quais, apenas quatro se remetem para a qualidade dos processos assistenciais prestados ao idoso.

Se por um lado, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, 2015-2020, no seu enquadramento legal obriga a que “as ações que dela decorram, em ambientes altamente mutáveis como os da saúde, tenham em conta a alteração progressiva dos padrões demográficos e epidemiológicos das regiões do país (...) e a tendência de aumento da despesa global no setor da saúde” (Diário da República, 2ª série, n.º 102, 2009, p. 13551), por outro é evidente que à medida que se assiste ao envelhecimento demográfico da população portuguesa surgem novas necessidades em saúde, para as quais urge, por parte dos decisores políticos organizar respostas mais adequadas (Quintal, Lourenço e Ferreira, 2012).

No atual enquadramento, reconhece-se a importância de, na prática de trabalho (ao nível da gestão de percursos das pessoas) e na relação direta com o idoso, se incrementar e reforçar, pelo recurso a indicadores de desempenho, a cultura de qualidade nas equipas de saúde que avaliem e promovam o

desenvolvimento de ações mais próximas da população idosa e das suas famílias, capacitadoras de autonomia, acessíveis e mais sensíveis às suas necessidades, permitindo, complementarmente, reduzir custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o da população.

É premente que, prestadores e gestores de serviços de saúde de proximidade, bem como os organismos centrais do ministério, assumam com preocupação a necessidade de crescer/aprimorar os indicadores de qualidade, como instrumentos estratégicos que, na condução dos seus recursos (em prol dos princípios de ação do PNSPI), asseguram a avaliação e monitorização da qualidade do seu desempenho.

Neste ponto, em contexto de pesquisa básica e avançada, diferentes artigos de investigação, consolidam o atual painel teórico e realçam o ACOVE (*Assessing Care of Vulnerable Elders*) pelo seu conjunto amplo de indicadores de qualidade<sup>1</sup>, como um instrumento que, reconhecido idoneamente pela comunidade científica e da saúde, do qual se destaca a OMS, evidencia fiabilidade na avaliação e na definição de intervenções práticas (*check-list* de trabalho). O mesmo, em função de uma extensa variedade de condições clínicas que comumente acompanham o processo de envelhecimento e assumido pelos profissionais de saúde, promove o acesso da pessoa idosa a processos assistenciais com qualidade (Joling *et al.*, 2018).

De salientar, no atual nível de discussão, um estudo desenvolvido por Burkett, Martin-khan e Gray (2017), referente aos *Quality indicators in the care of older persons in the emergency departments*. O mesmo, firmado na metodologia de revisão sistemática da literatura, cujos principais objetivos de investigação se centravam na identificação, comparação e análise crítica dos diferentes indicadores de qualidade existentes (resultado e processo), concluiu que:

- I. Apenas quatro instrumentos produzidos pelos autores, dos quais se identifica o ACOVE-3, satisfazem a quase totalidade das dimensões, nomeadamente a temporalidade, efetividade, eficiência, segurança e centralidade no idoso;
- II. No entanto, nenhum dos conjuntos de indicadores analisados respondeu à dimensão de avaliação referente à equidade no acesso aos cuidados de saúde;

---

<sup>1</sup> Desenvolvidos pela RAND *Researchers at research and Development* e pela Universidade de Califórnia, UCLA, 2001

Face ao exposto (Figura 1), fundamenta-se genericamente o objeto de investigação: a construção/validação de indicadores de processo sensíveis a ganhos de saúde (particularmente, dado o vazio concetual, na dimensão da equidade no acesso do idoso vulnerável aos cuidados de saúde), com simultânea tradução e adaptação transcultural do ACOVE-3, última versão em inglês americano para o contexto português dos CSP (Anexo 1 - pedido de autorização). Prevê-se que os mesmos orientados para a monitorização de desempenho dos profissionais de saúde na prestação de cuidados assistenciais dirigidos à pessoa idosa vulnerável, sejam capazes de, adicionalmente, fomentar o contributo de valor em saúde aos atualmente existentes no SNS.

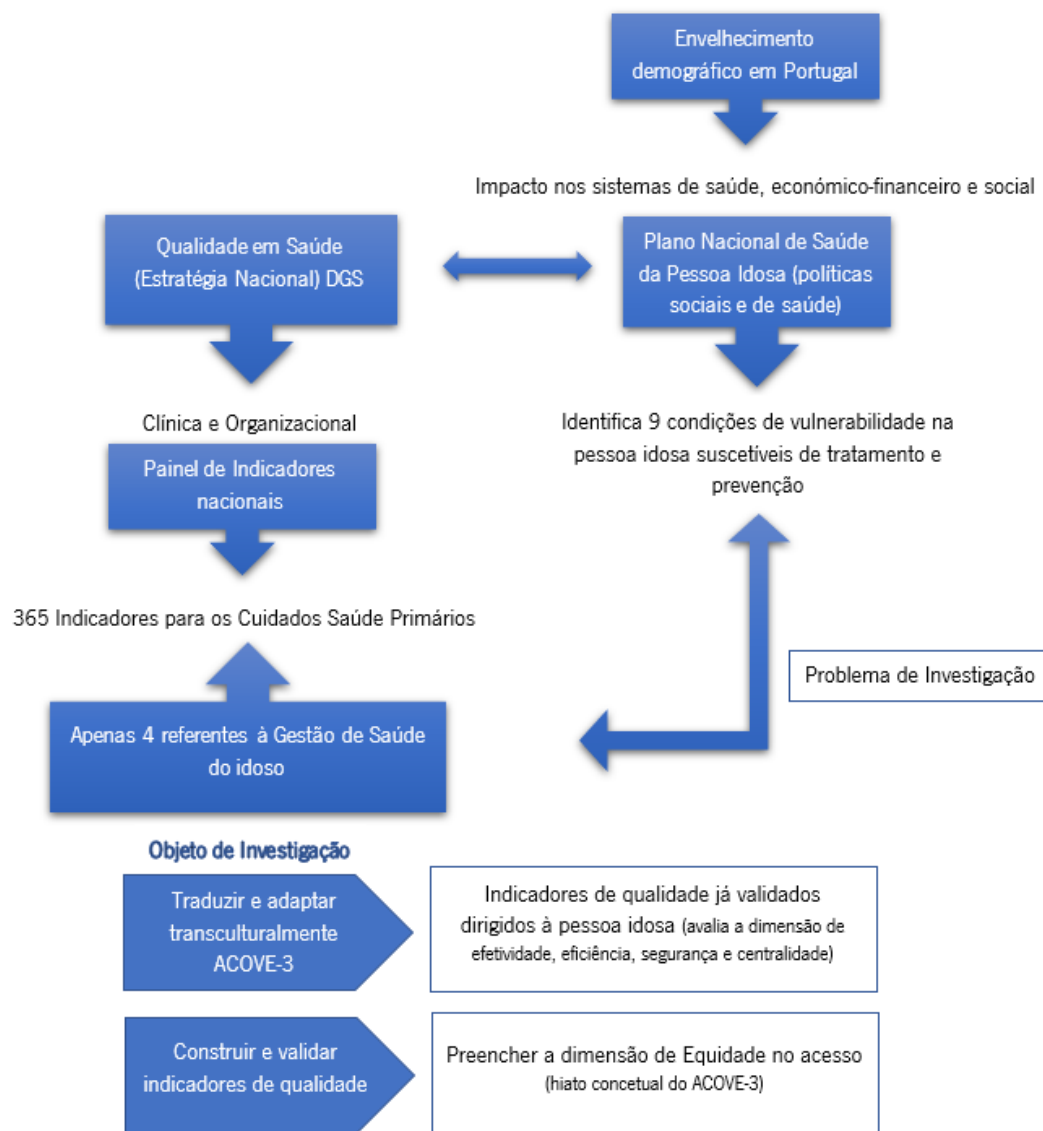
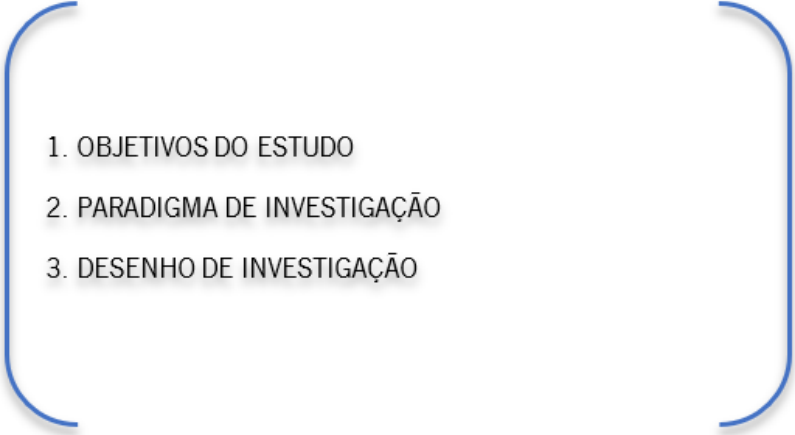


Figura 1: Esquemática do problema e objeto de investigação.

## CAPÍTULO I - Referencial epistemológico do estudo

- 
1. OBJETIVOS DO ESTUDO
  2. PARADIGMA DE INVESTIGAÇÃO
  3. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

## 1. OBJETIVOS DO ESTUDO

Ao partir da problemática inicialmente identificada no contexto demográfico português, do qual se destaca o crescente envelhecimento populacional com um marcante impacto no sistema de saúde, impõe-se o desafio ético, moral e profissional de se desenvolverem ações estratégicas em saúde que respondam, de forma eficaz e eficiente, perante o grupo vulnerável que constitui a pessoa idosa.

O reconhecimento do presente fenómeno social que o país enfrenta, com as suas implicações no processo de qualidade, não só individual da pessoa idosa (na obtenção de bem-estar), mas igualmente organizacional (aferindo a sua missão para a prestação de cuidados de saúde atempados, seguros, acessíveis, equitativos e sustentáveis), motiva a reflexão sobre o conjunto das atuais políticas estratégicas de saúde pública e de governação clínica que viabilizam o designado PNSPI.

Neste sentido, reitera-se a finalidade implícita ao próprio estudo. Ao consubstanciar a temática dos IQ nos processos assistenciais prestados à pessoa idosa vulnerável, em contexto de CSP, permitirá obter um importante contributo na consolidação de valor para o SNS, quer na estratégia de gestão centrada na pessoa e nas suas necessidades, quer, simultaneamente, no reforço do potencial de competitividade das US face ao seu *locus* no sistema. Pelo que, naturalmente, poderão advir significativos contributos na implementação de estratégias e de políticas que suportam o PNSPI.

Na definição do desenho de investigação, clarificam-se os propósitos académicos/empíricos sustentados nos seguintes objetivos:

- I. Adaptar transculturalmente o ACOVE-3, do inglês americano para o contexto português, ajustado ao nível de intervenção dos CSP.
- II. Apresentar a construção e validação de indicadores de processo que respondam, face ao hiato concetual identificado no ACOVE-3, à avaliação da dimensão de equidade no acesso do idoso aos cuidados de saúde.
- III. Refletir sobre a qualidade em saúde dirigida à pessoa idosa vulnerável nos CSP.
- IV. Analisar a perceção de valor reconhecida pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) do ACES Cávado III Barcelos/Esposende, perante o recurso dos indicadores de qualidade (ACOVE) nos seus processos assistenciais e de gestão em saúde.

## 2. PARADIGMA DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com Basto (1998), associado a uma ação de investigação figura implicitamente o seu desenho, a direção e a posição tácita que o investigador adotará perante o paradigma assumido.

Nesta perspetiva, Kuhn (1970) refere que um paradigma deverá ser entendido como o conjunto estrutural de uma dada disciplina, igualmente partilhado pela respetiva comunidade, que orienta a forma como os cientistas asseveram a sua investigação.

Corresponde, por isso, a um conjunto de conceitos ou proposições que norteiam o pensamento do investigador e, inclusive, o seu próprio trabalho de campo. Afirmção corroborada por Bogdan e Biklen (2010) ao assumirem que o paradigma, independentemente da sua natureza, representa sempre o lugar do indivíduo no mundo e o conjunto das suas possíveis relações, a sua perspetiva face à realidade estudada, incluindo o que entende ser possível conhecer, tal como os meios necessários para a produção do conhecimento.

O próprio apresenta-se como um esquema interpretativo no qual o investigador sustenta metodologicamente a sua investigação e cria desafios específicos (perante as questões que formula e as interpretações que faz sobre o(s) problema(s) identificado(s)).

Face à diversidade concetual relativamente à temática que se propõe estudar e, desta forma, poder construir com solidez todo o percurso metodológico, sem dúvida que, perante o contexto no qual o investigador se situa e o fenómeno a ser analisado, foi perentório assumir uma posição. Pelo que, implicitamente, o presente trabalho é enquadrado numa perspetiva interpretativa da realidade.

Neste seguimento, Denzin e Lincoln (1994), identificam quatro tipologias: o positivista/pós-positivista, o construtivista-interpretativo, o crítico e o feminista pós-estrutural.

Uma vez declarada a intenção de se refletir sobre a qualidade dos processos assistenciais prestados à pessoa idosa vulnerável no contexto dos CSP (a atual realidade profissional do investigador), particularmente dirigido à dimensão de indicadores que interpretam o desempenho das equipas de saúde na implementação do PNSPI, é desta forma reconhecido um paradigma de perfil construtivista-interpretativo.

Por outro lado, considerando a necessidade e pertinência de apresentar à comunidade, local e académica, um instrumento capaz de avaliar de forma válida e mais robusta o fenómeno supra-

identificado, revela-se igualmente essencial ancorar ao instrumento, a perspectiva, o significado e a interpretação dos intervenientes operacionais – os profissionais de saúde.

Ainda que, a proposta resultante seja contexto-dependente, posteriormente, a mesma poderá assumir potencial de adequabilidade perante outros ambientes, mediante um processo radicado na leitura e interpretação feita pelos atores desses novos contextos.

O paradigma construtivista assume uma ontologia relativista, prevendo a existência de múltiplas realidades resultantes da construção humana, acessíveis através da investigação. O que significa que a realidade não é, por si só, singular, mas sujeita a distintas representações que se diversificam de indivíduo para indivíduo, permitindo várias aceções (Denzin e Lincoln, 1994; Guba e Lincoln, 1994).

O investigador e o objeto de investigação estão, portanto, interactivamente coesos, pelo que os resultados se apresentam “literalmente criados” (Guba & Lincoln, 1994, p.111). Mediante um processo de partilha de significações, entre o investigador/sujeito e a interpretação das intersubjetividades de uma realidade gera-se a análise, a compreensão e o conhecimento (Denzin e Lincoln, 1994; Guba e Lincoln, 1994). Conceitos como a credibilidade, transferibilidade, dependência e confirmabilidade substituem os critérios positivistas de validade interna e externa, fiabilidade e objetividade (Denzin e Lincoln, 1994).

Face ao paradigma assumido, ontologicamente, apesar de se poderem perspetivarem duas dimensões de discussão fatuais, especificamente, o realismo e o relativismo, Santos (2002), lembra-nos que o universo em si é uma construção resultante de todos os *players* sociais que, em cada momento, produzem aceções de acontecimentos/fenómenos do presente, reinterpretando o passado.

Significa que no real contexto de estudo, a discussão em torno da dualidade objetividade/subjetividade interpretada pelos atores da ação – os profissionais de saúde - não implicará efeitos restritivos perante a análise dos dados, considerando que a interpretação é uma atividade humana por excelência.

Assumindo os referidos pressupostos, a investigação desenvolve-se pautada pela escuta ativa de todos os participantes. Estratégia que permite uma interpretação da realidade em estudo, baseada nas expectativas e experiências contextuais dos intervenientes no espaço sobre o qual o estudo se desenvolve. Desta forma, o investigador posiciona-se perante uma forma de produzir ciência que não é isenta de valores (inclusive os próprios), sendo por isso mesmo o resultado da influência dos seus intervenientes – enquanto forma de perspetivar a realidade, em determinado contexto e em determinado momento (Denzin e Lincoln, 1994; Guba e Lincoln, 1994; Santos, 2002).

Noutra vertente, sob o ponto de vista epistemológico, o investigador apresenta-se de forma consciente e interactivamente envolvida com o âmbito do que pretendo conhecer. Esta visão evidencia o seu papel ativo e interventivo do que resulta do estudo. Há clara consciência que o investigador não é, nem poderia ser, face à visão paradigmática, um elemento alheio e exterior ao fenómeno a ser estudado, mas alguém que constrói uma interpretação da realidade, a qual resulta numa partilha com os participantes na investigação.

### 3. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Conforme salienta Machado (2014, p. 203), quando se aborda o conceito de conhecimento científico “significa isso que estamos a falar em ciência. (...) como sendo uma combinação, organizada, de conhecimentos relativamente ao meio envolvente, conhecimentos estes obtidos através do método científico”. O que, no contexto de uma investigação, a mesma pode ser assumida como um processo ordenado, de recolha e análise de dados (informação), no pressuposto de ampliar a compreensão dos fenómenos relativamente aos quais se deseja compreender (Machado, 2014, reportando-se a Leedy, 1997 e a Leedy e Ormrod, 2010).

No atual momento de construção do estudo e perante os seus objetivos, elabora-se o respetivo desenho de investigação, pelo que face ao exposto proceder-se-á à sua classificação, quanto ao:

- I. Propósito – como **exploratório**, considerando que assume o interesse, por ausência de estudos prévios no cenário nacional, de analisar e compreender o fenómeno de qualidade em saúde sustentado no recurso aos indicadores de desempenho dos processos assistenciais prestados ao idoso vulnerável, em contexto dos CSP;
- II. Processo – como **qualitativo**, uma vez que envolve o exame e a reflexão sobre a perceções dos profissionais de saúde do ACES Cávado III Barcelos/Esposende relativamente à importância de assumirem o referido instrumento como estratégia de avaliação de desempenho assistencial, com possíveis efeitos incrementais na qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa vulnerável;



- III. Resultados – como **aplicado**, na medida em que corresponde ao desenvolvimento de um estudo de investigação, com o objetivo de aplicar os resultados obtidos à resolução da problemática existente e identificado ao nível dos CSP.

CAPITULO II - Do envelhecimento demográfico em Portugal ao conceito de qualidade nos processos assistenciais em saúde

1. OS DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL
2. PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS
3. QUALIDADE EM SAÚDE
  - 3.1.1. Indicadores de Qualidade na Saúde do Idoso em Portugal
  - 3.1.2. Equidade no acesso aos cuidados de saúde
  - 3.2. *Assessing Care of Vulnerable Elders*

## 1. OS DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL

O século XXI, num cenário macro, assiste a uma das mais relevantes alterações sociais, no qual, Portugal não se pode declarar alheio. De acordo com o INE (2017), a pirâmide demográfica portuguesa, que reflete um marcado envelhecimento populacional, traduz uma progressiva diminuição do peso das gerações mais jovens a favor das mais idosas.

O mesmo organismo (INE, 2017, p. 1), afirma que se mantém “o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos”.

Entre 2015 e 2080, de acordo com o quadro de projeção:

- I. Portugal irá perder população, dos atuais 10.3 passará para 7.5 milhões de pessoas, situando-se abaixo do limiar de 10 milhões em 2031;
- II. O número de jovens reduzirá de 1.5 para 0.9 milhões;
- III. O número de idosos aumentará de 2.1 para 2.8 milhões;
- IV. A população idosa será predominantemente composta por mulheres, sendo expectável que o número de homens idosos aumente moderadamente nas próximas décadas, refletindo uma ligeira melhoria da esperança de vida nas idades avançadas;
- V. Perante o decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, evoluindo de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens em 2080;
- VI. Estas tendências demográficas serão transversais a todas as regiões NUTS II (Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos);
- VII. O índice de sustentabilidade (quociente entre o número de pessoas com idades entre os 15 e 64 anos e o número de pessoas com e mais de 65 anos) poderá diminuir de forma acentuada, perante o decréscimo da população em idade ativa, a par do aumento da população idosa. Este índice passará de 315 para 137 pessoas em idade ativa, por cada 100 idosos, entre 2015 e 2080.

As referidas alterações na composição etária da população portuguesa residente, para o conjunto da União Europeia, são reveladoras do envelhecimento demográfico da última década. Pelo que, neste contexto, Portugal apresenta:

- I. O 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento;
- II. O 3º valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa (INE, 2017).

Na base desta transição identificam-se fatores como a diminuição da mortalidade, o aumento da esperança de vida à nascença e, igualmente, a partir dos 40 anos de idade, a diminuição da fecundidade e da natalidade, assim como o aumento dos fluxos migratórios (com a emigração presente) (Veiga, 2014).

Como referido no *World Population Ageing 2013*, apresentado pela Divisão de População das Nações Unidas, o envelhecimento populacional na maioria dos países pioneiros, em termos de processo de transição demográfica<sup>2</sup>, está a progredir rapidamente. De acordo com as Nações Unidas, o mesmo deverá continuar ao longo das próximas décadas “e irá, provavelmente, afetar todo o mundo” (INE, 2017, p. 1). Apesar de descrito como um processo biológico, comum a todos os seres vivos, socialmente é também um fenómeno inserido e moldado pela conjuntura económica e cultural (Chandola, Ferrie, Sacker e Marmota, 2007).

A par desta questão, a temática do envelhecimento, de conteúdo controverso, mas fundamental, suscita sem dúvida preocupações ao nível de uma eficaz e eficiente gestão de recursos e de cuidados em saúde. É essencial responder às diferentes necessidades de saúde/doença de uma população tendencialmente mais vulnerável (Martins, 2015).

Para Santana (2002), apesar da saúde da população portuguesa ter melhorado consideravelmente nas últimas décadas, este aumento não tem sido acompanhado de políticas que refletem genuinamente a necessidade em matéria de saúde da pessoa idosa. De facto, um ciclo de vida longo, com uma expressão também ela maior das idades mais avançadas, pode espelhar um aumento na procura de cuidados assistenciais. Sem dúvida que, uma população envelhecida apresenta uma marcada propensão para o

---

<sup>2</sup> Decurso perante o qual o declínio da mortalidade é seguido por reduções na natalidade.

desenvolvimento de estados de multimorbilidades, que projetam incapacidades funcionais com efeitos no consumo dos recursos (OMS, 2015).

Em Portugal, as doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, fruto das características insidiosas, incapacitantes e tendentes para a cronicidade, afirmam-se como principais causas de morbilidade e de mortalidade entre as pessoas idosas, “com enormes custos individuais, familiares e sociais. Sabe-se, no entanto, que grande parte das complicações destas doenças, pode não apenas ser retardada no seu aparecimento, como minorada” (DGS, 2004, p. 9).

Neste contexto de patologia crónica destacam-se: as do foro cardiovascular, metabólicas, seguida das doenças respiratórias, incluindo as pouco valorizadas deficiências visuais e auditivas, bem como os problemas de saúde oral, os quais têm uma importante repercussão negativa, especificamente no isolamento e no estado de nutrição, com efeitos em todo o seu equilíbrio bio-psico-social (DGS, 2004).

Há que referir que a prevalência da demência aumenta de 1% aos 65 anos, para os 30% aos 85 anos de idade, duplicando, entre os 60 e os 95 anos, em cada cinco anos (sobrevivem mais tempo as mulheres do que os homens) (DGS, 2004).

Para Rodrigues, Gregório, Sousa, Dias, Santos, Mendes, Coelho, Branco e Canhão (2018), no seu estudo sobre os desafios do envelhecimento em Portugal, publicado pela Ordem dos Médicos, conclui que o processo de envelhecimento, em combinação com estilos de vida pouco salutareos e na presença da multimorbilidade, resulta num aumento da utilização dos serviços de saúde e nos excessivos custos para o SNS. O mesmo estudo afirma que, este aumento de consumo de recursos, é diretamente proporcional à idade dos utilizadores e acresce que, os idosos portugueses representam um grupo vulnerável, com precárias condições socioeconómicas, reduzida adesão à adequada gestão terapêutica. É, portanto, urgente desenhar, planear e implementar intervenções que promovam a saúde da pessoa idosa.

Dados já anteriormente afirmados pela Comissão Europeia (2012), que sublinhou o facto da despesa em saúde tender a aumentar com a idade dos indivíduos, sendo particularmente visível a partir dos 55 anos para os homens e dos 60 anos para as mulheres. Significa que, do ponto de vista da sustentabilidade, o acréscimo da longevidade de uma população, sem refletir concomitantemente uma melhoria no seu estado de saúde, direciona o aumento da procura de cuidados de saúde durante um maior período de tempo, com efeitos sobre os gastos no sistema (DGS, 2004).

A patologia crónica múltipla, a polimedicação, as quedas, o luto, os internamentos institucionais, o isolamento social, os fenómenos de desertificação, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inaptações do meio habitacional, são entre muitos fatores, alguns dos exemplos que, ocorrendo frequentemente na população idosa, condicionam a sua saúde, a autonomia e independência, a qualidade de vida, requerendo na área do setor social e da saúde uma avaliação e atuação multidisciplinar, integrada e de trabalho de equipa.

Por outro lado, verifica-se que as organizações de saúde não estão, em muitos casos, adaptadas às reais necessidades da pessoa idosa, decorrentes de novas realidades demográficas e sociais. Condição que, frequentemente, conduz à criação de barreiras face à promoção ou à manutenção da sua qualidade de vida. Motivo pelo qual, Martins (2015, p. 11), assume que uma das áreas de maior relevo no debate da temática do envelhecimento é, sem dúvida, a da saúde, “uma vez que, um ciclo de vida maior e uma maior expressão das idades mais avançadas pode espelhar um aumento das necessidades em cuidados de saúde”.

Como referem Gonçalves e Carrilho (2007), o envelhecimento populacional deve ser assumido como um desafio, um processo que se identifica no decurso da vida, perante o qual as sociedades se devem adaptar, melhorando as experiências e as capacidades das pessoas idosas. É uma realidade global, sendo por isso mesmo uma abordagem cada vez mais presente e premente em todas as sociedades, na qual a portuguesa não é uma exceção.

Embora no contexto português, se identifiquem diversas iniciativas e medidas dirigidas às pessoas idosas em vários setores e a vários níveis da sociedade, “não existe, no entanto, uma estratégia nacional, regional e local, verdadeiramente cimentada, que promova o envolvimento das várias medidas numa perspetiva integrada, ao longo da vida, para um envelhecimento saudável” (DGS, 2004, p. 11).

As pessoas idosas vulneráveis merecem ainda uma particular atenção dos serviços sociais e de saúde, em termos de organização e avaliação de cuidados prestados, o que implica uma revisão de paradigma (Medeiros, Junior, Bousquat e Medina, 2017). Como defende a OMS (2015), é urgente perante o envelhecimento populacional, uma resposta também ela ampla. Contudo, o que se verifica é que o debate tem sido insuficiente e as evidências, do que pode ser feito, igualmente escassas.

Em 2017 (p. 2), Barbosa, Costa, Pontes, Batista, Oliveira e Fernandes, afirmaram neste sentido que, “apesar do crescente número de publicações científicas envolvendo a temática, observa-se que ainda há

uma insuficiência no conhecimento acerca da compreensão da vulnerabilidade da pessoa idosa”. Os mesmos autores acrescentam ainda que a identificação do grau de vulnerabilidade e o conhecimento das condições inerentes ao processo de envelhecimento, “são importantes indicadores empíricos que podem fundamentar a alocação de recursos e programas assistenciais para aqueles com possibilidade de desfechos adversos, como redução da capacidade funcional e óbito”.

O modelo atual de prestação de cuidados em saúde, tradicionalmente biomédico e pouco centrado na pessoa de forma holística, torna-se, portanto, desadequado para responder ao fenómeno do envelhecimento. De facto, ao gerar internamentos evitáveis, com desperdícios de recursos, o mesmo irá determinar o aparecimento de dependências e, até, o esgotamento das famílias que, procurando suporte nos serviços de saúde de proximidade, não irão encontrar uma estrutura, nem profissionais dotados de uma adequada preparação operacional.

A este nível, é fundamental começar-se a perspetivar o investimento que possa ser tido em projetos de melhoria contínua (capacitador dos profissionais de uma cultura de qualidade, centrado nas boas práticas assistenciais e de gestão organizacional), com importante impacto na literacia em saúde (ao nível dos idosos/famílias e das equipas), como um investimento inevitavelmente com retorno. Condição que auxilia a sociedade a responder às suas obrigações éticas e morais perante a pessoa idosa, na medida em que, “sistemas de saúde melhores conduzem a uma melhor saúde, o que permite uma maior participação e bem-estar” (OMS, 2015, p. 11).

## **2. PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS**

A rápida transição demográfica e epidemiológica, com os seus impactantes efeitos gerais descritos no capítulo anterior, sem dúvida que impõem um enorme repto social, sobretudo na área da saúde, dado que os mesmos são responsáveis pelo aparecimento de novas exigências em matéria dos Sistemas e Políticas de Saúde Pública, particularmente pela designada “epidemia de doenças crónicas e de incapacidades funcionais” associadas ao envelhecimento, “resultando num maior e mais prolongado uso de serviços de saúde” (OMS, 2012, p. 10).

Contudo, para compreender o foco de intervenção (idoso e o binómio saúde/doença) surge uma necessidade imediata de se clarificar o próprio conceito de saúde. A OMS (2012, p. 10) define-a, desta forma, “como uma medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades

e não simplesmente como a ausência de doenças”. Se se observar a realidade presente, verifica-se que a maioria dos idosos é portadora de doenças/disfunções orgânicas sem, contudo, inferirem nas suas atividades de vida diária ou restringirem a participação social do indivíduo. Pelo que, ainda que declarado doente crónico, o idoso pode continuar a desempenhar um papel ativo e autónomo. A aceção de saúde está, portanto, estritamente relacionada com a funcionalidade global da pessoa, entendida como a capacidade para gerir o próprio percurso de vida ou de cuidar de si próprio.

Não obstante da idade ser declarada como principal fator de risco para um grande número de doenças, salienta-se que uma parte significativa da população idosa é, por isso mesmo, portadora de multipatologia e, a maioria, “vive de maneira autónoma e independente, auferindo um alto grau de satisfação pessoal” (Lourenço, 2008).

De acordo com Moraes (2009), enquanto o ser humano for capaz de concretizar as suas atividades independentemente, ainda que portador de doenças, este é considerado saudável. Bem-estar e funcionalidade são por isso declarados como conceitos equivalentes (OMS, 2012).

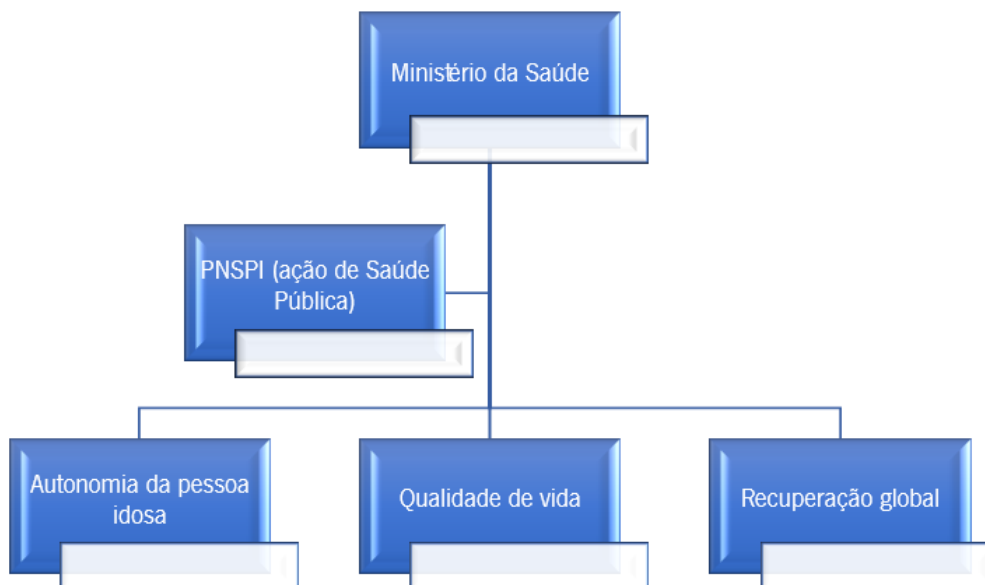
Em Portugal, face à dinâmica do envelhecimento crescente, o Ministério da Saúde (2004) ao reconhecer a necessidade de serem criadas condições que concretizem o objetivo fundamental de, a este nível, se obter ganhos em saúde, defendido como o envelhecimento saudável<sup>3</sup> e que, simultaneamente melhorem as práticas profissionais, aprovou o PNSPI (parte integrante do atual PNS, revisão e extensão para 2020).

O PNSPI, como uma ação de saúde pública abrangente, destina-se a ser aplicado pelos profissionais do SNS e visa a concretização prática de, perante a pessoa idosa que recorre aos serviços de saúde, ser garantida e trabalhada a manutenção da sua autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global, prioritariamente no seu contexto habitual de vida (Figura 2). Exige, nesse sentido, uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde criada pela Lei n.º 281/2003 de 8 de novembro (DGS, 2004).

---

<sup>3</sup> processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada (OMS, 2015)





**Figura 2:** Ação do PNSPI emanado pelo Ministério da Saúde, 2004.

Neste sentido, conseguir viver o maior tempo possível, de forma independente e saudável, deve ser assumido como um objetivo individual de vida, mas igualmente como uma responsabilidade coletiva para com a pessoa idosa. Tal facto, representa um enorme desafio ao nível do setor da saúde, especificamente para os CSP, “na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população” (DGS, 2004, p. 4).

Para os profissionais de saúde este é um imperativo de natureza ética, revelador da conceção humanista no qual assenta a sociedade, da responsabilidade solidária e da consciencialização a favor da saúde dos mais frágeis.

É neste princípio fundamental (de acesso, equidade, universalidade) que assenta o PNSPI, o qual pretende informar sobre o envelhecimento ativo e, inclusive, sobre as situações mais comumente suscetíveis de influenciar a qualidade de vida da pessoa idosa.

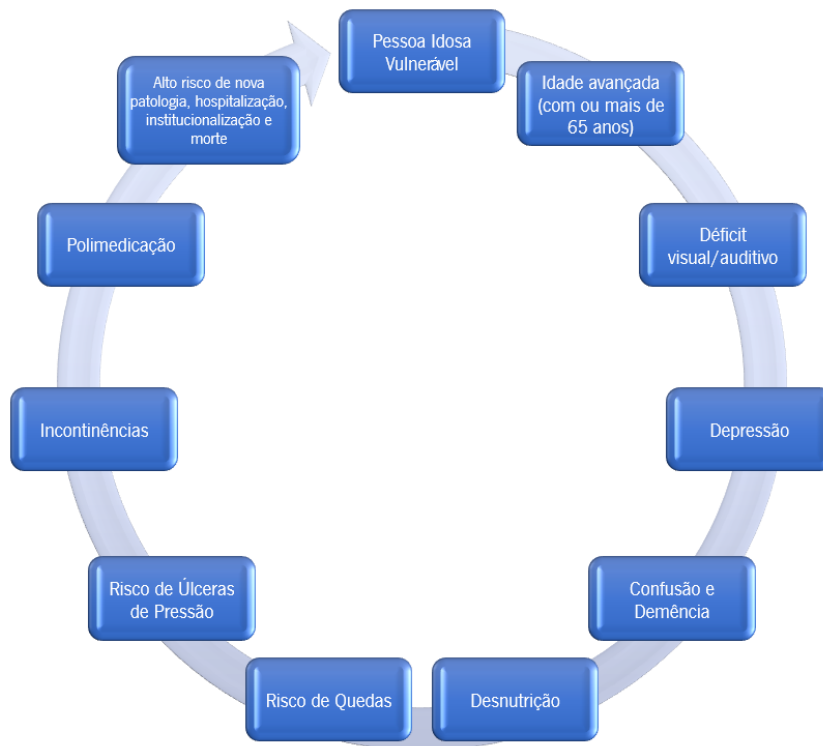
Em termos dimensionais, o referido programa convencionou três ações preponderantes:

1. Promoção de um envelhecimento ativo, no decurso do ciclo vital;
2. Adequação dos serviços de saúde às especificidades em saúde da pessoa idosa;

- Promoção e desenvolvimento transsetorial de ambientes capacitadores de autonomia e independência da pessoa idosa.

Recomenda, similarmente, uma atenção especial para com as pessoas idosas (identificadas como vulneráveis), valorizando neste contexto: a idade avançada (com ou mais de 65 anos), as alterações sensoriais (déficits de visão e audição), perturbações da esfera emocional (depressão), cognição (confusão e demência), a desnutrição (perda de peso ou de apetite), o risco de quedas, risco de úlceras de pressão, a incontinência de esfíncteres e a polimedicação.

Perante este conjunto de fenómenos há, de facto, um alto risco de descompensação com aparecimento de uma nova patologia, sendo os mesmos preditivos de hospitalização prolongada, de mortalidade, de institucionalização e de perda funcional (DGS, 2004) (Figura 3).



**Figura 3:** Condições de vulnerabilidade para a pessoa idosa segundo o PNSPI, 2004.

O plano em si visa, portanto, consolidar um pensamento tácito na área da política de saúde para os idosos, capaz de estimular a mudança e a inovação no SNS, aos diferentes níveis de intervenção.

De referir que, as estratégias presentes no PNSPI pretendem, desta forma, influenciar a adequação de respostas às necessidades em saúde da pessoa idosa e, num cenário prospetivo, serem capazes de se antecipar às novas realidades sociais que emergem, de forma rápida e progressiva. Em termos

operacionais o processo é gerido pelas ARS que deverão definir Planos de Ação, sustentados nas orientações do PNSPI e inclusive, as diversidades regionais e locais, com fomentação de parcerias e o bom aproveitamento dos recursos existentes.

Acresce-se a certeza de que, os serviços de saúde que assumem e procedem a uma leitura adequada das necessidades multidimensionais da pessoa idosa, numa perspetiva integrada e centrada no cidadão, demonstraram serem mais eficazes e eficientes do que aquelas que simplesmente reagem de uma forma fragmentada a patologias específicas (OMS, 2015).

A este nível, a OMS (2015), perspetivando uma adequada etapa de diagnóstico, planificação, implementação e avaliação de programas a este nível, identifica três abordagens fundamentais:

1. Concordância e validação de métricas, escalas e indicadores sobre o processo de envelhecimento saudável;
2. Compreensão e a identificação do estado de saúde e as reais necessidades da população idosa;
3. Identificação e otimização dos percursos em saúde da pessoa idosa (OMS, 2015).

Atualmente, o que se reconhece é que os instrumentos estratégicos praticados pelos profissionais de saúde, que consolidam as três abordagens, são limitados, condição “que impede uma compreensão sólida sobre os principais aspetos do envelhecimento saudável” (OMS, 2015, p. 23).

Na verdade, o desconhecimento “das particularidades do processo de envelhecimento pode gerar intervenções capazes de piorar a saúde do idoso”, conhecido concetualmente como um fenómeno de iatrogenia. Este traduz os efeitos deletérios gerados pelos “profissionais de saúde e pelo sistema de saúde despreparado para dar resposta adequada aos problemas de saúde do idoso” (OMS, 2012, p. 14). Condição que intensifica o risco e o perigo associado à presença de incapacidades nos idosos, principal preditor de mortalidade, hospitalização e institucionalização.

A multimorbilidade, associada à polimedicação são transversais à maioria dos idosos, constituindo um dos principais fatores de risco para a iatrogenia. Pelo que, o cuidado com a saúde do idoso frágil, vulnerável difere bastante de um jovem adulto (onde predomina a presença de uma única doença, de um único fator de risco).

Baseado na anterior premissa, Saliba, Elliott, Rubenstein, Solomon, Young, Kamberg, Roth, MacLean, Shekelle, Sloss e Wenger (2001), desenvolveram “um instrumento simples e eficaz capaz de identificar o idoso vulnerável, definido como aquele indivíduo com 65 anos ou mais que tem risco de declínio funcional ou morte em dois anos” (OMS, 2012, p. 15). Segundo a opinião de Lima-Costa e Camarano (2009), o referido instrumento de identificação do idoso vulnerável, designado acronicamente por VES-13 (*Vulnerable Elders Survey* proposto por Saliba *et al.*, 2001), revela um alto grau de confiabilidade e validade, predizendo de forma robusta e consistente a mortalidade e o declínio funcional do indivíduo.

Neste construto, a OMS (2012), no seu documento técnico intitulado “Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais”, num cenário mundial, orienta a ação dos profissionais de saúde para a necessidade e importância de, no contexto de trabalho e na relação direta com o idoso, proceder-se ao seu diagnóstico multidimensional. O mesmo, assumido como o processo de identificação das condições de saúde e doença (agudas e/ou crónicas), contempla a aceção de todas as necessidades multidimensionais do indivíduo.

Segundo Chaimowicz (2009), a conjuntura fundamental para uma correta tomada de decisão é a presença de informações fidedignas sobre o real estado de saúde do idoso e a repercussão funcional das suas incapacidades. A avaliação multidimensional revela-se por isso mesmo na “melhor metodologia para a avaliação integral do idoso e para o direcionamento das intervenções a serem propostas” (OMS, 2012, p. 50).

Importa referir que o diagnóstico do idoso extrapola a dimensão de avaliação dos sistemas fisiológicos principais, uma vez que para além da patologia, torna-se fundamental a estratificação do risco da pessoa baseada na sua classificação clínico funcional, a partir da qual todas as intervenções terapêuticas e propedêuticas serão iniciadas (OMS, 2012). Pelo que o mesmo, “deve ser complementado com as principais estimativas de risco utilizadas no idoso”, entre as quais pretende-se destacar o VES-13 (na validação do risco), incluindo o seu respetivo amplo painel de indicadores de qualidade para a saúde do idoso, denominado de ACOVE (OMS, 2012, p. 52).

Paralelamente ao VES-13, o ACOVE-3, é desta forma identificado e sugerido pela OMS (2012), como um recurso de mensuração da qualidade nos processos-chave dos serviços de saúde. O mesmo procura centrar os seus esforços ao validar, com fiabilidade, um conjunto de indicadores assistenciais que, prestados à pessoa idosa vulnerável, contribuem para o alcance de um envelhecimento saudável, atribuindo robustez aos programas de intervenção pública (Reuben, Roth, kamberg e Wenger, 2003).

Significa que é por esta via de ação que, simultaneamente reflete uma ameaça e por outro lado uma oportunidade de investimento (de gestão operacional), se devem agilizar esforços e identificar metodologias que respondam eficaz e eficientemente aos pressupostos anteriormente expressos pela OMS.

No global é fundamental dotarem-se as US, independentemente do seu nível de intervenção, de instrumentos de trabalho capazes de proceder a um diagnóstico eficaz do idoso vulnerável, resultando na implementação de cuidados antecipatórios (mensurados por indicadores de qualidade), capazes de modificar o risco de tratamentos excessivos (incluindo intervenções clínicas inapropriadas e eticamente inaceitáveis) – prevenção quaternária (prevenção da iatrogenia).

### **3. QUALIDADE EM SAÚDE**

No atual processo de enquadramento teórico, o conceito de qualidade em saúde assume uma particular relevância na medida em que suporta o objeto de estudo, sendo ele mesmo a dimensão nuclear que norteia a especificidade do campo de investigação.

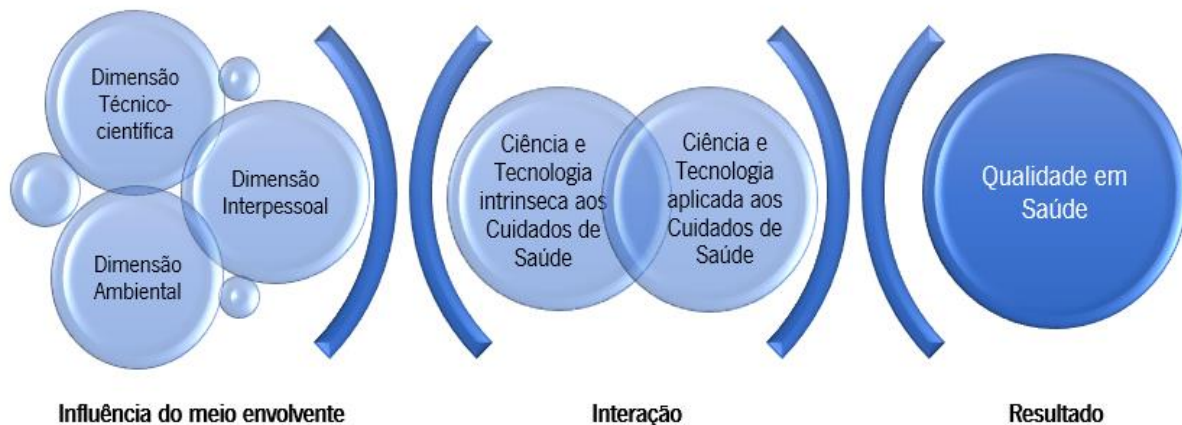
Apesar de serem amplas e diversificadas as significações conceituais que estruturam a qualidade em saúde, observa-se um ponto comum e transversal a todas elas - o enfoque nos IQ – aspeto que assume particular destaque e importância quando se objetivam processos de melhoria contínua e de qualidade em saúde.

Para efeitos de adequabilidade ao contexto de estudo, o conceito de qualidade em saúde proposto por Donabedian (2003) declara-se como um comum e excelente modelo conceitual.

O referido autor, nas suas primeiras tentativas de interpretação, começou por considerar a qualidade em saúde como o produto resultante da interação entre dois fatores, sob a influência de um conjunto de condicionantes envolventes.

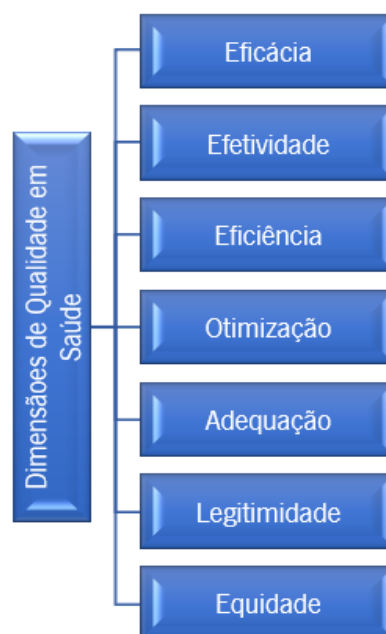
O primeiro acolhe a ciência e a tecnologia intrínseca aos cuidados de saúde, o segundo a aplicação desse mesmo conhecimento/tecnologia ao ato de prestação de cuidados. As condições envolventes consideram por isso mesmo: a dimensão técnico-científica (aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde do utente); a dimensão interpessoal (relação interpessoal, entre o profissional de saúde e o utente); e a dimensão ambiental (condições ambientais do contexto

onde se expressam os cuidados de saúde, vulgarmente designadas por amenidades de conforto e bem-estar ou condições hoteleiras). A ideia de qualidade em saúde resulta, por isso mesmo, da forma como se irão relacionar a variáveis anteriormente expostas (defendidas pelo autor como os elementos centrais) (Figura 4).



**Figura 4:** Conceito de qualidade proposto por Donabedian, 2013.

Donabedian (2003) atribui ainda robustez ao conceito, quando acrescenta ao mesmo a possibilidade de se obterem elevados benefícios (de resultado e processo) para o utente utilizador dos serviços/beneficiário dos cuidados de saúde, mas ao menor risco (de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes). Deste modo, corrobora a definição de qualidade em saúde sustentada em sete dimensões: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, adequação, legitimidade e equidade (Figura 5).



**Figura 5:** Dimensões de qualidade em saúde propostas por Donabedian, 2013.

De forma sucinta, Donabedian (2003) descreve:

- I. Eficácia: corresponde, habitualmente, a standards de qualidade que têm origem na experiência e na investigação, atuando como referência para comparar resultados;
- II. Efetividade: relação estabelecida entre os resultados obtidos e os esperados, com suporte na evidência científica;
- III. Eficiência: capacidade de reduzir os custos dos cuidados sem diminuir a sua efetividade. O mesmo é frequentemente usado na leitura de análises económicas. O autor refere diversas categorias de eficiência, tais como: a eficiência clínica que depende de aspetos como o julgamento clínico, os conhecimentos e competências, que poderão traduzir menores custos para o cliente; a eficiência produtiva, quando são aperfeiçoados pelo treino, determinados procedimentos terapêuticos com vista a reduzir a frequência de erros e consequentemente, a diminuir os custos; e, por último, a eficiência distributiva que se refere à capacidade de prestar assistência a quem dela mais necessita;
- IV. Otimização: componente da qualidade que remete para a relação entre os custos e os resultados, ou seja, os melhores resultados possíveis ao menor custo;
- V. Adequação: conformidade com os desejos, valores e expectativas do utente e da sua família. Congrega diferentes dimensões como a acessibilidade, a pertinência, relação terapêutica, ambientes confortáveis e preferências pessoais do utente. A acessibilidade remete para a facilidade com que os indivíduos acedem aos cuidados de saúde em tempo útil. A pertinência relaciona a disponibilidade dos cuidados de saúde tendo em consideração a sua indicação clínica. A relação interpessoal estabelecida entre o utente e o profissional de saúde, incorpora os princípios de respeito pelos valores, crenças e desejos da pessoa, sendo esta o centro dos cuidados. Por outro lado, a adequação dos cuidados exige igualmente condições ambientais e hoteleiras que garantam a privacidade e o conforto.
- VI. Legitimidade: congruência com que os cuidados são aceites pela sociedade e simultaneamente expressos pelos princípios éticos, valores, normas, leis ou regulamentos;

- VII. Equidade: conformidade com os princípios de justiça na distribuição dos cuidados de saúde e os benefícios para os membros dessa população. A equidade torna, desta forma, os cuidados de saúde aceitáveis para os indivíduos e legítimos para a sociedade.

Acresce dizer que a qualidade em saúde integra, no cenário nacional, um dos quatro eixos do PNS (revisão e extensão a 2020), pelo que a promoção de processos de melhoria contínua emerge como um dever que se impõe às organizações de administração pública em saúde considerando que “são os cidadãos que, na prática, financiam, na sua quase totalidade, os serviços que recebem” (DGS, 2013, p.20).

No citado documento (PNS, revisão e extensão a 2020), são abordadas as diferentes perspetivas do conceito de qualidade, entre as quais a: efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados na pessoa, continuidade e respeito – que se sobrepõem, também, às componentes estruturantes da qualidade em saúde anteriormente definidas por Donabedian (2003). Este último é considerado por muitos como o fundador do movimento moderno de avaliação da qualidade nos serviços de saúde, definindo um modelo assente em três componentes: estrutura, processo e resultados.

A estrutura refere-se às condições em que são prestados os cuidados. Os indicadores de estrutura procuram avaliar os aspetos relativos aos recursos materiais disponibilizados para os cuidados, os recursos humanos e as características organizacionais, como por exemplo as metodologias de trabalho ou o número de camas disponíveis num determinado serviço (Donabedian, 2003).

O processo é relativo à efetiva prestação dos cuidados ou às atividades que o constituem, prestados pelos profissionais de saúde, podendo incluir, igualmente, as atividades desenvolvidas pelas famílias dos utentes. Os indicadores de processo referem-se a aspetos relacionados com atividades de diagnóstico, tratamento e reabilitação, preparação da pessoa em termos cognitivos, terapêuticas médicas e cirúrgicas, entre outros (Donabedian, 2003).

Os resultados revelam os efeitos dos cuidados prestados no estado de saúde do indivíduo. Os indicadores de resultado, procuram mensurar demonstrações dos efeitos da combinação de fatores envolventes, da estrutura e processos nas condições de saúde/doença da pessoa. São exemplo: resultados económico-financeiros; clínicos, a satisfação dos utentes, entre outros.



Desta forma, Donabedian (2003) conseguiu a adaptação dos conceitos de qualidade num contexto geral, agora focados para a área da saúde. O autor refere que a avaliação e a promoção da qualidade, só é possível através das relações estabelecidas entre os distintos elementos – uma vez que uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo e, por sua vez, esta amplia a probabilidade de obtenção de um bom resultado (Figura 6).



**Figura 6:** Avaliação da qualidade nos serviços de saúde proposta por Donabedian, 2013.

Ao considerar-se que a prestação de cuidados de saúde se sustenta numa relação dinâmica entre o profissional/cuidador e a pessoa que pretende/procura a satisfação das suas necessidades, a mesma outorga que, entre ambas as partes, se estabeleça um compromisso genuíno e persistente, baseado em valores éticos e deontológicos.

No cumprimento de tal desígnio, um grande desafio se edifica ao pretender-se avaliar a qualidade, nomeadamente o requisito de se criarem condições para uma recolha sistemática e regular de informação. Significa que, a implementação de estratégias de promoção da qualidade não representa a etapa final dos sistemas da qualidade, mas antes o início de um processo cíclico e permanente de redefinição da qualidade, monitorização do desempenho, correção dos desvios detetados e promoção contínua de novos objetivos para a qualidade em saúde (Pereira, 2007; Donabedian, 2003).

### 3.1. Indicadores de Qualidade na Saúde do Idoso em Portugal

De acordo com Joling *et al.* (2018), a eficácia e a eficiência das organizações de saúde, quer de intervenção primária, quer secundária na assistência aos idosos vulneráveis baseia a sua chave de sucesso na capacidade de prestarem serviços com elevada qualidade. Neste sentido, como estratégia metodológica, os IQ afirmam-se como um pré-requisito na monitorização, na análise e nos processos de melhoria que sustentam os altos níveis de concretização de desempenho.

Os mesmos autores acrescentam que, num mundo perante o qual assistimos ao fenómeno de envelhecimento com impacto no fluxo de procura dos serviços de saúde, é fundamental que as políticas de saúde pública se antecipam e se adequem a um diferente perfil de necessidades que emerge da demografia social e invistam em sistemas de saúde cada vez melhores (técnica/humanamente) e mais sustentáveis.

É um facto que, os serviços de saúde têm vindo, crescentemente, a ser percecionados pelos idosos como uma rede de apoio formal que se tornou cada vez mais importante. Pelo que, para monitorizar e estimular elevados padrões de qualidade, se recorre aos indicadores como um pré-requisito crucial para a fase de diagnóstico (determinar onde, quando e sobre que condições possíveis ineficiências possam existir), de planeamento e de avaliação (Joling *et al.*, 2018).

Os IQ são por isso elementos de medida do desempenho da prática para os quais existem evidências e consenso que os permite serem usados para aceder com transparência e, inclusive, modificar a qualidade dos cuidados/serviços prestados.

Como defendem Burkett, Martin-khan e Gray (2017), as referidas métricas permitem definir e, inclusive, alcançar níveis de desempenho que avaliam, a este nível, a gestão dos sistemas de saúde (providenciando uma oportunidade de *benchmarking*) e, num cenário a jusante, a melhoria dos cuidados prestados ao utente.

Já neste sentido, Aleixo, Escoval, Fontes e Fonseca (2011, p. 142), asseveravam que a existência de um conjunto de IQ nos cuidados de saúde “mais do que uma necessidade é hoje um imperativo, na medida em que, poderá traduzir-se numa importante ferramenta de gestão de recursos humanos, de materiais e a nível financeiro”. Devem por isso mesmo serem perspetivados não como um fim, mas como um meio na procura constante da melhoria e das boas práticas em saúde.

Dependendo da sua estruturação, pode reproduzir informação sobre o processo e sobre os resultados, assim como sobre os recursos requeridos. No entanto, muito para além disso, é crucial que os IQ obedeçam a determinadas características que os fundamentam, concretamente:

- I. Importância – o efeito que os mesmos irão produzir na qualidade dos cuidados de saúde (Joling *et al.*, 2018);
- II. Aceitabilidade científica – devem ser confiáveis e validados (Joling *et al.*, 2018);
- III. Utilização – representa a extensão de utilidade que o setor irá obter (Joling *et al.*, 2018);
- IV. Especificidade (Burkett *et al.*, 2017);
- V. Recetivo a produzir melhorias no serviço/área a aplicar (Burkett *et al.*, 2017);

Em matéria de saúde, Portugal, no respeito pelos valores da responsabilidade e transparência, aprovou pela primeira vez em 2009 (sito Diário da República, 2ª série, n.º 102, despacho n.º 14223, 2009) a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Com atualmente dez anos de implementação e extensão até 2020, a mesma pretende contribuir para o reforço da equidade (dimensão essencial do SNS), entendida como uma garantia de que o acesso à prestação de cuidados de saúde se concretiza em condições adequadas de qualidade e segurança.

A qualidade e a segurança no Sistema de Saúde português são assumidas como uma obrigação ética, dado que contribuem, decisivamente, para “a redução de riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados” (Diário da República, 2ª série, n.º 102, p. 13551, 2009).

A qualidade em saúde definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um ótimo nível de desempenho profissional que tem em conta os recursos disponíveis no alcance da adesão e satisfação do utente, pressupõe a adequação dos serviços às necessidades e expectativas de cada pessoa (Diário da República, 2ª série, n.º 102, 2009). É igualmente distinguida como uma garantia de sustentabilidade do SNS e do Sistema de Saúde português.

Considerando os relatórios anuais de avaliação da implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (2009-2014), publicados pela DGS (Diário da República, 2ª série, n.º 102, 2009) e as respetivas discussões públicas, também decorridas anualmente, evidencia-se o avanço entretanto ocorrido neste âmbito, destacando-se em particular:

- I. A vasta elaboração de normas clínicas com a colaboração da Ordem dos Médicos e a respetiva verificação de conformidades na sua aplicação, pela realização de auditorias clínicas;
- II. O lançamento, a nível nacional dos projetos emanados pela OMS, do qual é exemplo, o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos, já implementado nas Unidades de Saúde;
- III. A integração dos programas de controlo de infeção e de resistência aos antibióticos, num único programa nacional prioritário;
- IV. A criação de regras para a identificação inequívoca de utentes;
- V. A criação de um sistema de informação de apoio ao médico e ao doente com doença rara, como instrumento de melhoria da segurança clínica, em situação de urgência ou emergência;
- VI. A implementação do modelo de acreditação das Unidades de Saúde do SNS.

Apesar de, em 2015, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) ter considerado Portugal com uma arquitetura de qualidade robusta que, ao contrário de muitos outros países europeus, cobre todo o Sistema de Saúde nacional (Revisão sobre a Qualidade dos Cuidados de Saúde em Portugal, 2015) e do recente Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema de Saúde Português (2015) ter demonstrado que 83% dos inquiridos consideram que a qualidade dos serviços prestados correspondeu às suas expectativas, o Ministério da Saúde reforça ser ainda “necessário, no caminho da melhoria contínua, aumentar a responsabilização pela qualidade de todos os patamares do sistema e aumentar o envolvimento dos profissionais e das lideranças” (Diário da República, 2ª série, n.º 102, 2009, p. 13552).

Face a esta realidade, a extensão 2015-2020, da estratégia nacional adotou várias prioridades dimensionais, concretamente:

- I. a melhoria da qualidade clínica e organizacional;
- II. o aumento da adesão a normas de orientação clínica;
- III. o reforço da segurança dos doentes;

- IV. o reconhecimento da qualidade das Unidades de Saúde;
- V. a informação transparente ao cidadão e o aumento da sua capacitação;
- VI. a monitorização permanente da qualidade e segurança (através de um painel de indicadores avalia a qualidade clínica e organizacional e a segurança dos utentes).

Neste sentido, para os CSP, tornou-se pública a leitura do designado Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários, produzido pela ACSS do Ministério da Saúde, transversal a todos os modelos de intervenção das respetivas US dos ACES (especificamente as Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)). O mesmo contém uma listagem detalhada das atuais métricas de desempenho disponíveis e validadas para utilização, quer na etapa de contratualização com ACES, USF, UCSP e UCC, quer posteriormente no seu acompanhamento e monitorização (Figura 7).

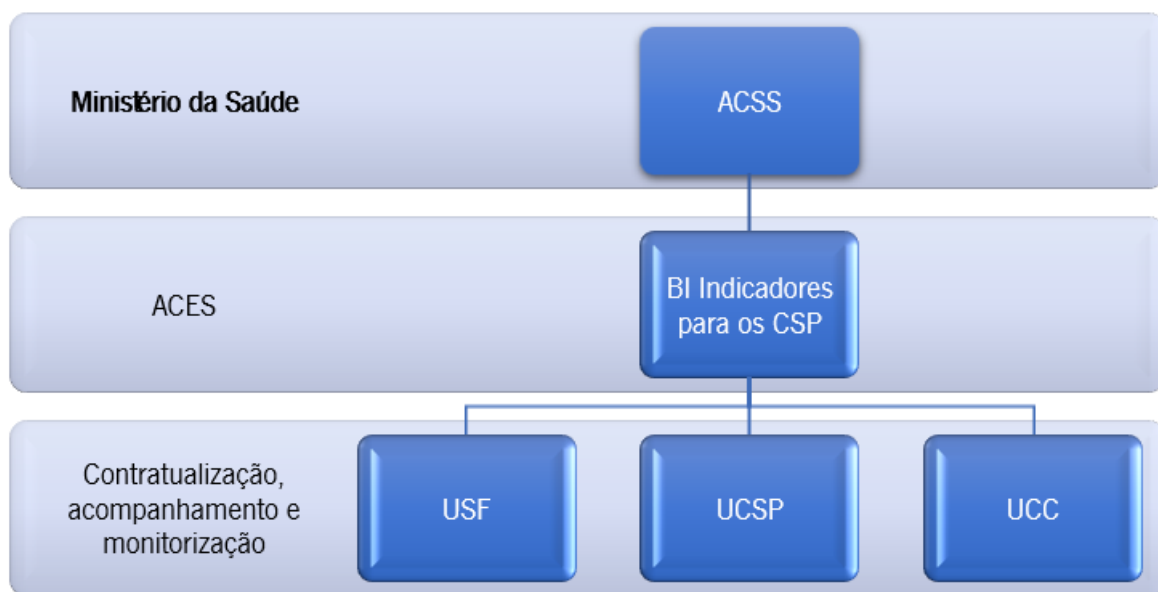
De salientar, para esclarecimento do leitor, que no presente ponto de discussão, sobre o regime da criação, estruturação e funcionamento dos ACES do SNS, o Decreto-Lei n.º 28/2008, citado no Diário da República n.º 38/2008, Série I (2008), expressa o forte reconhecimento atribuído aos CSP, consignando-os como o pilar central e estrutural do Sistema de Saúde. Deste modo, pela posição estratégica dos CSP no SNS estes emergem, no atual trabalho, como importante escolha contextual face à análise do objeto de estudo.

De facto, na gestão de percursos do utente no SNS, os CSP representam o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados, declarando importantes funções: promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados terapêuticos e, inclusive, o elo de integração intra e interinstitucional em prol da continuidade dos cuidados. Importa referir que, atualmente, por uma opção estratégica e organizativa, encontram-se operacionalmente estruturados pelos designados ACES, definidos como "serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Destas unidades funcionais constam as unidades de saúde familiar, as unidades de cuidados de saúde personalizados, as unidades de cuidados na comunidade" (Decreto-Lei n.º 28/2008, p. 1).

Mais se clarifica que as UCSP partilham com as USF a responsabilidade de prestação de cuidados de saúde individual e familiar aos utentes inscritos em cada ACES, que pretendam receber cuidados de

continuidade prestados por um médico/enfermeiro de família definido/atribuído, no contexto de uma equipa de saúde familiar. As diferenças entre ambas as US são, essencialmente, organizacionais (Ministério da Saúde, 2011).

As UCC, noutra vertente de intervenção, apresentam-se como microunidades funcionais vocacionadas para atuar especificamente na comunidade/domicílios (por área geográfica), sendo neste sentido capazes de mobilizar competências únicas, em parceria com outras US (numa lógica de rede), com objetivos bastante precisos de prestação cuidados, não só de natureza individual/familiar, mas concretamente dirigidas a grupos identificados como portadores de necessidades especiais de cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2011).



**Figura 7:** Gestão operacional dos IQ para os CSP.

Neste grau de análise, remetendo para o citante no próprio documento (BI dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários, 2017), torna-se compreensível que os referidos IQ promovam ao nível das US:

- I. Apoio aos profissionais de saúde na quantificação, qualificação e comparação da respetiva atividade;
- II. Base aos processos de contratualização;
- III. Apoio nas atividades de melhoria contínua de qualidade, racionalizando a gestão estratégica dos CSP.

Como destinatários identificam-se, entre outros, os seguintes interlocutores:

- I. Profissionais de saúde das USF, UCSP e UCC;
- II. Elementos das direções executivas, dos concelhos clínicos e de saúde, incluindo as unidades de apoio à gestão dos ACES;
- III. Conselhos diretivos, departamentos de contratualização e outros associados aos sistemas de informação e financiamento das ARS;

Importa referir que a versão do documento publicado encerra as definições de um conjunto de indicadores assumidos como pertinentes para os CSP, à luz da evidência científica, normas e orientações atualmente existentes, conferindo, contudo, a possibilidade de no futuro, caso se reconheçam como basilares outras distintas áreas de intervenção (avaliadas através de indicadores), as mesmas poderem ser acrescidas, produzindo efeitos de revisão.

Neste ponto evoca-se o empenho no presente estudo, na medida em que, considerando os dados que realçam a alteração progressiva dos padrões demográficos das regiões do país, com crescente aumento do fenómeno do envelhecimento, se reconhece que a gestão da saúde do idoso tem permanecido com um insignificante peso na definição do perfil de desempenho das equipas de saúde.

Num total de 365 indicadores, de resultado e processo, que consignam os distintos programas de saúde considerados prioritários no PNS (revisão e extensão a 2020), apenas quatro são remetidos para o PNSPI, dos quais se cita:

- I. “(...) a proporção de utentes com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses” (ACSS, 2017, p. 3);
- II. “(...) proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem nenhuma prescrição de trimetazidina no último ano” (ACSS, 2017, p. 4);
- III. “Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos idosos” (ACSS, 2017, p. 8);

- IV. “Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem prescrição prolongada de ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise” (ACSS, 2017, p. 8).

Significa que, perante a complexidade e multiplicidade do processo de envelhecimento, na qual se salienta a pessoa idosa vulnerável, cujo impacto sobre o Sistema de Saúde é uma realidade preocupante, com importantes efeitos sobre a sociedade, urge dedicar atenção, repensar nesta dimensão, inclusive torná-la mais evidente na cultura de qualidade do SNS.

### **3.2. Equidade no acesso aos cuidados de saúde**

A introdução da análise dos atuais conceitos de: equidade em saúde e acesso aos seus cuidados, tão fortemente indissociáveis dos IQ, sobretudo quando se aborda um grupo particularmente vulnerável nesta matéria, nomeadamente os idosos, legitima o empenho e o desafio de, neste ponto, serem perspetivados como dimensões maiores, inerentes à qualidade em saúde, especificamente na Saúde do Idoso.

Clark (2007), acresce como reforço do anterior paragrafo que a equidade do acesso aos cuidados de saúde constitui um atributo fundamental na avaliação da sua qualidade, verificando que qualquer que fosse a iniciativa de aperfeiçoamento, a mesma seria considerada incompleta, caso as iniciativas de superação de iniquidades não fossem minimizadas.

A equidade em saúde, definida como “a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos” (PNS, 2012, p. 2) e expressa como a idêntica oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde, é assumida como um dos princípios basilares de qualquer sistema de saúde moderno, estando contemplada na maioria das Constituições da República, incluindo a portuguesa (Giraldes, 2005, Frutado e Pereira, 2010).

A nível internacional, a OMS (Relatório de Primavera, 2017) realça que nunca deveria ser negado a ninguém o acesso a intervenções que salvam e promovam a saúde por motivos desmerecidos, incluindo causas económicas e sociais.



De destacar, neste sentido, os objetivos de equidade do SNS que consagram nas suas próprias características, o princípio de: universalidade (destinado a todos os cidadãos, sem discriminação), globalidade (contemplando os diferentes níveis de intervenção – prevenção, tratamento e reabilitação) e a tendencial gratuitidade (maioritariamente financiado pelo Estado, com escasso recurso ao pagamento direto pelo utente). O artigo 4º explicita claramente a intenção, “o acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social” (Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde, n.º 56/79, p. 2357).

De acordo com Nunes e Rego (2002), a equidade representa um dos principais fatores que mais contribui para a melhoria global da saúde populacional, sendo a mesma medida pelo recurso aos indicadores de desempenho (ao nível da distribuição de recursos, de custos, de utilização e de acesso) (Waters, 2000), incluindo a avaliação do grau de satisfação dos indivíduos.

O conceito de equidade implícito no presente estudo remete-se, ajustado ao nível de interesse de investigação, para a dimensão do acesso aos cuidados de saúde, capaz de atribuir um potencial de valor quando se pretende incrementar estrategicamente a operacionalização do PNSPI, ao nível de processos de governação clínica nos CSP.

É consensual, incluindo transversal na literatura dedicada ao setor da saúde, que a temática centrada na área da equidade reveste-se de uma imprescindibilidade única e muito singular na definição de políticas de saúde de um sistema. No entanto, ainda se observa pouca concordância relativamente à sua definição e formas de monitorização (Waters, 2000).

De facto, enquanto que o conceito de igualdade assenta na divisão objetiva, racional e análoga dos recursos de saúde disponíveis para todos (sendo por isso mais facilmente aceite pelos indivíduos), contrariamente, o de equidade declara-se bastante mais ambíguo, sujeito por isso mesmo a múltiplas interpretações (de acordo com os valores de cada país) (Giraldes, 2005). Este último implica, necessariamente, um sentido de coerência (justa medida na correta distribuição dos recursos de saúde disponíveis), em função das necessidades individuais e não do seu todo (o que na prática poderá exigir mais meios do que os que lhe seriam concedidos num cenário de distribuição igualitária dos mesmos) (Kinmam, 1999).

Quando se observam diferenças (evitáveis e desnecessárias) no estado de saúde de um indivíduo e nos respetivos determinantes sociais (entre os quais se destaca o acesso aos cuidados de saúde), no seio

dos diferentes grupos populacionais, está-se perante uma real desigualdade, uma iniquidade em saúde (PNS, 2012).

No atual momento de investigação, considera-se o enquadramento concetual proposto por Andersen (1995), adaptado por Frutado e Pereira (2010), como fundamental e necessário na clarificação dos fatores que influenciam as desigualdades em saúde, particularmente a relação entre as determinantes sociais, o acesso aos cuidados e o estado de saúde.

De acordo com os mesmos, a génese das iniquidades em saúde assenta nos determinantes sociais da saúde (dentro destes, são exemplos os fatores predisponentes e capacitantes - nível educacional, a profissão, a estrutura familiar e o potencial financeiro de cada indivíduo), mas igualmente nos fatores biológicos (idade), nos estilos de vida da população, na literacia (ambos fatores mediadores) e, crucialmente, no seu acesso aos cuidados de saúde (Figura 8). Significa que, se por um lado o estado de saúde de um país declara uma relação direta com a estrutura dos seus serviços, este também depende das condições sobre as quais as pessoas nascem, crescem, habitam e trabalham.



**Figura 8:** Equidade em Saúde e as suas determinantes propostas por Furtado e Pereira, 2010.

Importa referir que a diminuição das desigualdades em saúde “obtem-se atuando nos fatores determinantes, entre os quais o acesso aos cuidados de saúde. Ou seja, a equidade no acesso aos cuidados de saúde é apenas um dos fatores que promove a equidade no estado de saúde”. A questão do acesso aos cuidados de saúde é, sem dúvida, indissociável da temática de equidade (Frutado e Pereira, 2010, p. 6) e neste ponto, define-se “como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e

oportunos, no local apropriado e no momento adequado”, potenciador da redução de desigualdades (PNS, 2012, p. 2).

Ao nível do sistema de prestação de cuidados, Frutado e Pereira (2010), identificam cinco eixos inter-relacionados (Figura 9) que comprometem a atual variável - o acesso - nomeadamente a:

- I. disponibilidade – existência de uma oferta adequada de serviços às necessidades da população, que possibilite a oportunidade de utilização de cuidados de saúde;
- II. proximidade – traduz a acessibilidade física ou geográfica dos cuidados (fortemente associada à dimensão anterior);
- III. custos – refere-se aos gastos incorridos no consumo de serviços de saúde (custos financeiros diretos e indiretos de aquisição de cuidados);
- IV. qualidade – dimensão técnica e humanização, relacionada não só com os serviços prestados, mas igualmente com a organização dos mesmos (atendimento, horários de funcionamento, marcação de consultas, entre outros);
- V. aceitação – permite avaliar se a prestação de cuidados de saúde corresponde integralmente às necessidades e expectativas dos indivíduos (se os serviços de saúde são adequados às características dos diferentes grupos populacionais).



**Figura 9:** Cinco eixos inter-relacionados que afetam a equidade no acesso aos cuidados de saúde propostos por Frutado e Pereira, 2010.

Um estudo recente desenvolvido por Pita Barros (2015), intitulado de “Políticas Públicas em Saúde 2011-2014”, detalha igualmente os referidos eixos tendo verificado que, neste propósito, independentemente das necessidades dos indivíduos e da sua vontade na utilização dos cuidados, diferentes barreiras limitam o acesso, entre as quais a insuficiência das organizações de saúde, a desigual distribuição geográfica, os preços dos cuidados, ou a inadequação dos serviços às expectativas dos utentes.

A explicitação prévia dos distintos fatores que influenciam particularmente o acesso e, indiretamente, o sentido de equidade permite compreender que as introduções de melhorias nas desigualdades de acesso não envolvem unicamente o sistema de saúde, mas igualmente os fatores macro que determinam as condições socioeconómicas das populações. Contudo, muito embora os serviços de saúde não desempenham sobre estes uma ação direta, deverão ser e assumirem-se como os promotores de ações coordenadas entre si.

Pelo que, decorrente do anterior compromisso, de promoção da equidade e acesso aos cuidados de saúde, o PNS (2012), afigura as seguintes mais valias para o:

- I. cidadão – valorização da continuidade de cuidados, cuidados integrais e holísticos, personalizados e centrados na pessoa; melhoria da morbilidade e de incapacidades, pela identificação e resolução célere de problemas de saúde; gestão do percurso da pessoa dentro do sistema de saúde; melhoria da literacia e do *empowerment* dos utentes/familiares;
- II. profissional de saúde – melhoria dos processos de comunicação e de ação intra e interinstitucional, incluindo da própria dimensão de qualidade em saúde;
- III. instituição de saúde – *empowerment* como organizações responsáveis pelo estado de saúde da comunidade, através do reforço da avaliação de necessidades e da sua capacidade de resposta no planeamento dos seus serviços; redução de custos financeiros associados aos recursos disponíveis e consumidos.

De notar que, de acordo com a adaptação do modelo anteriormente proposto, a apreciação de qualquer intervenção destinada a promover o acesso aos cuidados de saúde “deve ser avaliada não só pelo nível de serviços que estão disponíveis para a população, mas também pela capacitação dos indivíduos para fazer uso desses serviços e beneficiar da sua utilização” (Frutado e Pereira, 2010, p. 8).

Opinião reforçada pelo exposto na Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007), ao afirmarem que para assegurar o direito de acesso aos serviços de saúde é perentório garantir, entre outros aspetos, a participação dos cidadãos.

Concretamente no sistema de saúde português, o que se verifica é que, desde o passado, tem havido pouca preocupação em concretizar, promover e monitorizar este princípio. Em 2010, a OMS, referente à avaliação operacional do anterior PNS, relembra-se o período vigorado de 2004 a 2010, identificou para além das suas potencialidades, algumas limitações e lacunas nesta área.

De mencionar que, segundo o seu relatório, *External Evaluation of the Portuguese National Health Plan (2001-2010)*, o PNS dedicou muito pouca atenção à temática da equidade em saúde, especificamente nos termos de estratégias e programas no combate das desigualdades. Não deixou, igualmente, de assinalar que ainda persistem diferenças significativas no estado de saúde dos portugueses de acordo com o género, região geográfica e nível socioeconómico (educacional e rendimento).

Findo o ano 2020, aguarda-se pela avaliação requerida pelo mesmo organismo mundial de saúde, no entanto é de realçar, de acordo com Frutado e Pereira (2010, p. 10), que os documentos programáticos que a partir de então se dirigiram a grupos de risco e vulneráveis (dos quais se destaca o PNSPI), “parecem retomar a centralidade da equidade e acesso no sistema de saúde, recolocando Portugal na órbita de outros países europeus”.

O PNSPI, entre outros programas nacionais, “consideram os cuidados de saúde primários como a estrutura base de promoção da equidade de acesso aos cuidados de saúde” (Frutado e Pereira, 2010, p. 40-41). Pelas suas características de proximidade geográfica, pelos seus planos de ação local, os CSP devem por isso desenvolver ações diferenciadas que aproximem os idosos do SNS, de entre os quais destacam o processo de contratualização dos cuidados de saúde, com inclusão de “indicadores e metas de desigualdades em saúde e no acesso aos cuidados de saúde” (Frutado e Pereira, 2010, p.45).

Os mesmos autores reforçam a dimensão valorativa atribuída aos IQ em saúde, consignando-os como um elemento essencial de uma estratégia de redução das iniquidades, “os indicadores podem constituir um elemento fundamental na redução das desigualdades pelo papel que têm ao nível da opinião pública e das entidades locais”, servindo igualmente como métricas de desempenho na monitorização evolutiva das medidas assumidas (Frutado e Pereira, 2010, p.45). Como decisão estratégica apelam à necessidade de concentrar tal potencial num número reduzido de indicadores, capazes de captar de uma

forma global a experiência dos utentes, permitindo o estabelecimento de analogias (de nível geográfico, institucional, entre outros).

Por outro lado, conforme expressa o PNS (2012-2020), serão os IQ que irão permitir identificar as necessidades não satisfeitas que requerem intervenção, facilitando os cuidados proativos e a definição de prioridades.

### ***3.3. Assessing Care of Vulnerable Elders***

A civilização moderna, a par dos avanços científicos e tecnológicos, sem dúvida que se destaca como um dos fatores contributivos para o aumento da esperança de vida, abrindo um importante caminho para o fenómeno atual do envelhecimento populacional (Wenger e Shekelle, 2001).

Significa que, face aos objetivos pelos quais os profissionais de saúde se direcionam, não só se pretende a maximização do ciclo vital do indivíduo, mas o incremento ou a manutenção da sua qualidade de vida (conceito multidimensional) como áreas paralelas e indissociáveis.

No entanto, se atualmente os fenómenos clínico-patológicos que acompanham o envelhecimento são passíveis de identificação e enunciação (conferindo aos sistemas de saúde um grau de previsibilidade e antecipação face às necessidades requeridas de recursos e disposição de serviços), é igualmente legítimo afirmar que a qualidade dos processos assistenciais prestados à pessoa idosa permanece largamente desconhecida e subavaliada (Wenger e Shekelle, 2001).

Opinião reforçada por Askari, Wierenga, Eslami, Medlock, Rooij e Abu-Hanna (2011), parafraseando Thomas (2000), ao consubstanciar a afirmação de que, não só os cuidados de saúde prestados ao idoso são complexos como, igualmente, não são ainda bem compreendidos, dado os reduzidos estudos dos quais são alvo.

Para os mesmos autores (Askari *et al.*, 2011), sustentados em Tinetti (2004), a justificação que se associa a este fenómeno poderá dever-se à multitude de entidades patológicas que uma só pessoa idosa pode apresentar (a designada multimorbilidade) e que frequentemente entra em conflito com a visão biomédica da saúde, em detrimento da interpretação holística e integral do sistema humano, complexificando todo o sistema de cuidados.

Como consequência, a vulnerabilidade da população idosa aumenta, sendo por esse motivo um grupo de intervenção também ele mais suscetível de não receber cuidados de saúde adequados (em termos de qualidade, acesso e equidade). Torna-se por isso urgente, uma análise a este nível, com definições estratégicas de melhoria (Askari *et al.*, 2011).

Burkett *et al.* (2017), no seu trabalho de revisão sistemática da literatura referente aos *Quality indicators in the care of older persons in the emergency departments*, cujos principais objetivos de investigação se centravam na identificação, comparação e análise crítica dos diferentes IQ existentes (resultado e processo), dirigidos ao idoso que recorre por vulnerabilidade ao Serviço de Urgência, concluíram que, de facto, existem ineficiências significativas (ao nível da confiabilidade e validade) na generalidade destas métricas específicas, com risco de subestimação.

O seguinte quadro comparativo (Quadro 2) entre os diferentes IQ em saúde existentes a nível mundial (independentemente da sua componente) e atualmente dirigidos aos idosos na atividade de prestação de cuidados, pretende sintetizar objetivamente, mediante organização por identificação nominal do respetivo autor (primeiro autor)/organismo, as suas dimensões avaliadas no estudo. De destacar ainda os seguintes pontos conclusivos:

1. Nenhum dos conjuntos de indicadores analisados respondeu à dimensão de avaliação referente à equidade no acesso aos cuidados de saúde;
2. Apenas quatro instrumentos produzidos pelos autores satisfazem a restante totalidade das dimensões (temporalidade, efetividade, eficiência, segurança e centralidade no idoso), especificamente o de Wenger – pelo ACOVE 3, o de McCuster, o Society of Academic Emergency Medicine e o United Kingdom Department of Health.

Autores/ Organismo	Indicador de Qualidade	Temporalidade	Efetividade	Eficiência	Segurança	Centralidade no Idoso	Equidade
Wenger	Processo	✓	✓	✓	✓	✓	
Rhew	Estrutura				✓		
<i>Australian Council on Healthcare Standards</i>	Processo		✓	✓	✓	✓	
Beattie	Processo/ Resultado	✓				✓	
Coleman	Processo		✓	✓	✓	✓	
Lin	Processo				✓		
Martin	Estrutura		✓	✓	✓	✓	
McCuster	Processo/ Resultado	✓	✓	✓	✓	✓	
Robertson	Processo	✓		✓	✓	✓	
<i>Society of Academic Emergency Medicine</i>	Processo	✓	✓	✓	✓	✓	
<i>United Kingdom Departmen t of Health</i>	Processo	✓	✓	✓	✓	✓	

**Quadro 2:** Quadro resumo, comparativo dos diferentes IQ de saúde existentes a nível mundial (independentemente da sua componente) dirigidos aos idosos na atividade de prestação de cuidados.

O recente estudo, de facto, revela a leitura de um significativo défice na resposta que poderá ser obtida perante a implementação dos atuais IQ, quando remetidos para os cuidados prestados ao idoso vulnerável. Conforme afirmam Vineet, Johnson, Olson, Podrazik, Levine, DuBeau, Sachs e Meltzer (2007), tal condição é especialmente preocupante, ao constatarmos o quão desafiante em termos clínicos poderá ser a gestão do seu regime terapêutico (em termos de período de tratamento e os custos financeiros associados), considerando igualmente o seu limite em termos de expectativa de vida.

Embora, neste ponto se evidenciem as designadas *guidelines* que suportam cientificamente as boas práticas, procurando a otimização dos cuidados orientados para uma só condição clínica, as mesmas



podem, contudo, revelar-se problemáticas perante um indivíduo frágil e vulnerável, com associação de multipatologia. Para Vineet *et al.* (2007), os IQ propostos no core do ACOVE-3, no seu estudo de investigação sobre a avaliação da qualidade dos cuidados hospitalares perante idosos vulneráveis, permitem colmatar a referida lacuna, dado que os mesmos assumem uma visão integral da pessoa, quer com uma só condição clínica, quer com mais entidades que caracterizam a comorbilidade.

Mais recentemente, em Portugal, Ramos, Mendonça, Pereira e Paiva (2017), assumindo que contexto de internamento se figura como uma oportunidade para avaliar de forma estruturada a vulnerabilidade dos doentes idosos, procederam à implementação de um projeto local de investigação, designado de AGE (Avaliação Geriátrica Estruturada). Em termos metodológicos, genericamente, o AGE caracterizou-se pela aplicação de uma escala de rastreio de vulnerabilidade (VES-13), a todos os idosos internados, seguida de uma lista de verificação de IQ (ACOVE-3), ambos instrumentos de trabalho credíveis e propostos pela OMS.

Como sugestões futuras partindo deste exemplo, Ramos *et al.* (2017), acrescem ser fundamental a validação do ACOVE-3 dado que, até ao momento, não se encontra adaptado transculturalmente para Portugal.

Em termos conclusivos os autores ressaltaram o projeto como “um exemplo de estratégias de melhoria de qualidade nos cuidados aos doentes geriátricos internados que permitem alterar os comportamentos da equipa de saúde”, acrescentando que “a implementação do maior número de recomendações ACOVE parece ter implicação no prognóstico do doente a médio e a longo prazo” (Whitehead, 2011, Arora, 2010, Ramos *et al.*, 2017, p. 269 e 271).

O repto na condução de esforços de investigação, incluindo o desenvolvimento de programas de melhoria contínua nesta área foi igualmente lançado por Aleixo *et al.* (2011, p. 148) ao recomendarem, no seu estudo sobre IQ sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos, um maior investimento por parte dos organismos governamentais na “monitorização dos ganhos em saúde, com base na estruturação dos cuidados (...) nos indicadores de saúde”.

A este nível estratégico, expondo a opinião de Mays, Saliba, Feldman, Smalbrugge, Hertogh, Booker, Fulbright, Hendriks e Katz (2018), no seu estudo sobre *Quality Indicators of Primary Care Provider Engagement in Nursing Home*, reforça-se que a estruturação de IQ, que reflitam os processos de cuidados prestados pelos profissionais de saúde irá, sem dúvida, permitir uma melhor avaliação de

desempenho de cada elemento e uma compreensão do seu valor acrescentado/impacto no Sistema de Saúde. Os mesmos autores acrescentam que, os IQ como ferramenta de pesquisa (essencial à tomada de decisão) irá permitir prever o sucesso de futuras intervenções na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, assumindo-se, igualmente, como um instrumento de aprendizagem clínica essencial aos profissionais de saúde.

Particularmente, a diversidade de IQ propostos pelo ACOVE-3, possibilita que cada realidade local selecione os que melhor se adequam ao seu contexto (tipologia de nível de intervenção), “estimulando a melhoria contínua dos cuidados prestados ou mesmo com estratégias de auditoria” (Ramos *et al.*, 2017, p. 273).

O ACOVE construído para ser assumido como um instrumento objetivo, indicativo da qualidade dos processos assistenciais que a pessoa idosa vulnerável deveria receber em função das suas necessidades de saúde, procura apoiar os profissionais nas decisões de boas práticas baseadas em evidências (Wenger e Shekelle, 2001).

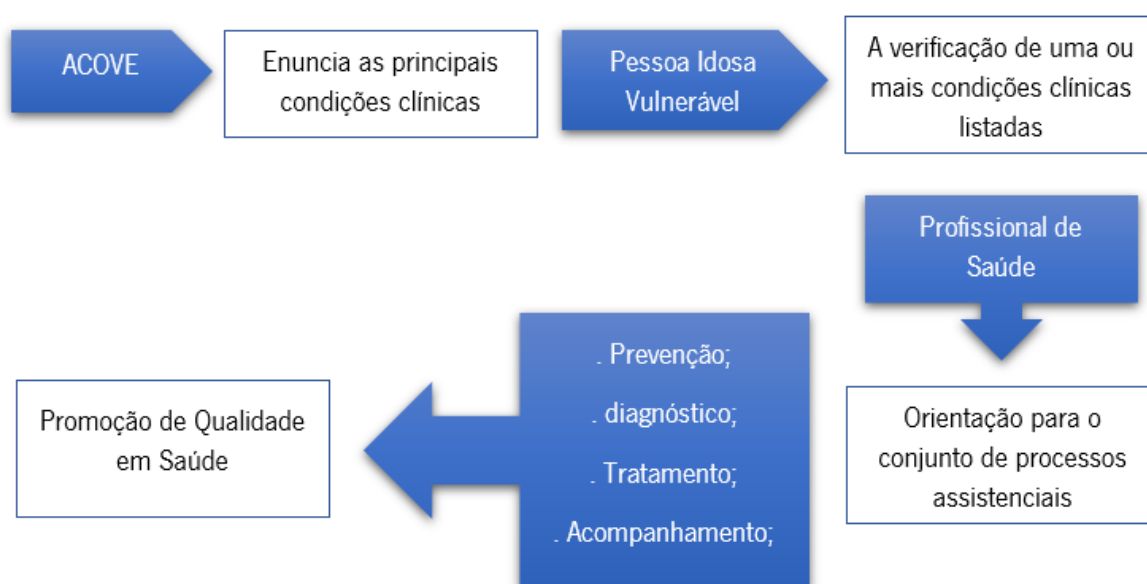
Os IQ postulados no ACOVE e definidos com a utilização simultânea do instrumento de identificação do idoso vulnerável (VES-13), representam, numa estratégia de qualidade, o nível mínimo de cuidados que, pelo menos, a pessoa idosa vulnerável deveria receber dentro de um sistema que deve sempre procurar alcançar a otimização dos processos (Askari *et al.*, 2011, referindo Wenger e Shekelle, 2001).

Foi no ano 2001 que, investigadores norte-americanos da RAND (*Researchers at research and Development*) e a Universidade da Califórnia (UCLA), projetaram, desenvolveram e validaram o ACOVE (*Assessing Care of Vulnerable Elders*). Para os seus autores, Wenger e Shekelle (2001), foi fundamental na estruturação da referida ferramenta, o cumprimento dos seguintes objetivos de trabalho, nomeadamente:

- I. Desenvolver uma definição de idoso vulnerável (considerado pelos mesmos como um grupo populacional com 65 anos ou mais, com elevado risco de morte ou de declínio da sua capacidade funcional/cognitiva);
- II. Identificar as principais condições clínicas que mais afetam as pessoas idosas, tornando-as vulneráveis e para cada uma proceder à descrição dos possíveis métodos considerados efetivos na prevenção e na gestão da saúde/doença;

- III. Desenvolver uma escala baseada em evidências e assumida como indicadora de qualidade dos processos assistenciais mais comumente solicitados pela pessoa idosa vulnerável, com base na opinião de peritos, revisão sistemática da literatura e *guidelines* clínicas internacionais;
- IV. Desenhar uma ferramenta genérica, um instrumento de apoio ao profissional de saúde que se assuma no Sistema de Saúde como uma métrica de qualidade dos cuidados.

O conjunto de IQ do ACOVE são transversais a todos os domínios assistenciais prestados à pessoa idosa, especificamente ao nível da prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento (Figura 10). São, portanto, genéricos, amplos e integrados baseados nas condições clínicas mais comumente presentes no processo de senescência, não substituindo, em nenhuma etapa, as *guidelines* clínicas. Apenas monitorizam a qualidade dos cuidados no Sistema de Saúde, não podendo um único profissional ser responsável pelo resultado do processo (Wenger, Roth e Shekelle, 2007).



**Figura 10:** ACOVE na gestão de qualidade em saúde.

Os indicadores do ACOVE sintetizam o essencial da revisão bibliográfica face às necessidades mais comuns de saúde presentes na pessoa idosa, o que irá permitir aos profissionais avaliarem a informação de processo, basilar na avaliação e na gestão do desempenho assistencial.

Em termos estruturais o instrumento consiste, explicitamente, na identificação da condição clínica presente na pessoa idosa (introduzindo o *If*), perante a qual irá preceder o processo/intervenção (*Then*), o designado conjunto de orientações de gestão de percurso que o profissional deverá seguir na obtenção da qualidade de cuidados, adequado ao nível assistencial no qual se encontra (Askari *et al.*, 2011 e OMS, 2012) (Figura 11).



**Figura 11:** Operacionalização do ACOVE.

A seguinte citação pretende exemplificar a regra anterior: *“IF a vulnerable elder reports a history of two or more falls (or one fall with injury) in the previous year, THEN there should be documentation of a basic fall history (circumstances, medications, chronic conditions, mobility, alcohol intake) within three months of the reports (or within four weeks of the report if the most recent fall occurred in the previous four weeks)”* (Askari *et al.*, 2011, p. 1).

De acordo com a OMS (2012, p. 17), o recurso aos indicadores de processo constantes no ACOVE “foram associados à melhoria nos indicadores de resultados (mortalidade). Ao verificar a relação entre os IQ e a mortalidade (indicador de resultado) detetou-se uma relação robusta, indicando que a aplicação dos IQ nos idosos vulneráveis com condições de saúde preestabelecidas está associada à redução da mortalidade em três anos”.

Pelas suas propriedades científicas o ACOVE apresenta-se como a única ferramenta que permite, perante a pessoa idosa vulnerável, monitorizar a qualidade dos cuidados que lhe são dirigidos (Askari *et al.*, 2011).

Desde 2001 até 2007 foram desenvolvidas três versões do ACOVE, as designadas:

1. ACOVE-1 (a primeira versão original);
2. ACOVE-2 (passa a incluir um conjunto de intervenções assistenciais que integram o nível de cuidados de saúde primários);
3. ACOVE-3 (última versão editada em 2007, emerge da necessidade de incluir um conjunto de mais cinco condições clínicas, nomeadamente, a Doença Pulmonar

Obstrutiva Crónica, o cancro colon retal, o cancro da mama, distúrbios do sono e a hipertrofia benigna da próstata) (Askari *et al.*,2011).

A tradução e a adaptação transcultural entre os Estados Unidos da América e outros países tem se revelado possível, o que traz benefícios à luz do conhecimento científico, permitindo a comparação de resultados (Askari *et al.*,2011, reportando-se a Steel, 2004, Kroger, 2007, Ploeg, 2008). Contudo, a utilização prática dos IQ para a saúde do idoso ainda é relativamente baixa (Askari *et al.*,2011).

## CAPÍTULO III - Considerações técnico-metodológicas

### 1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

1.1. Validação e adaptação transcultural do ACOVE-3 para o contexto dos CSP

1.2. Construção e validação de IQ (dimensão de equidade no acesso a cuidados de saúde)

### 2. CARACTERIZAÇÃO DO PAINEL DE PERITOS/PARTICIPANTES

2.1. Relação entre o Painel de Peritos/Participantes

### 3. RECOLHA E ANÁLISE DOS DADOS

### 4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

## **1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Na prossecução clara dos objetivos anteriormente definidos considerou-se, a este nível, ser fundamental esclarecer o leitor relativamente à definição e seleção metodológica que alicerça e consubstancia o presente estudo.

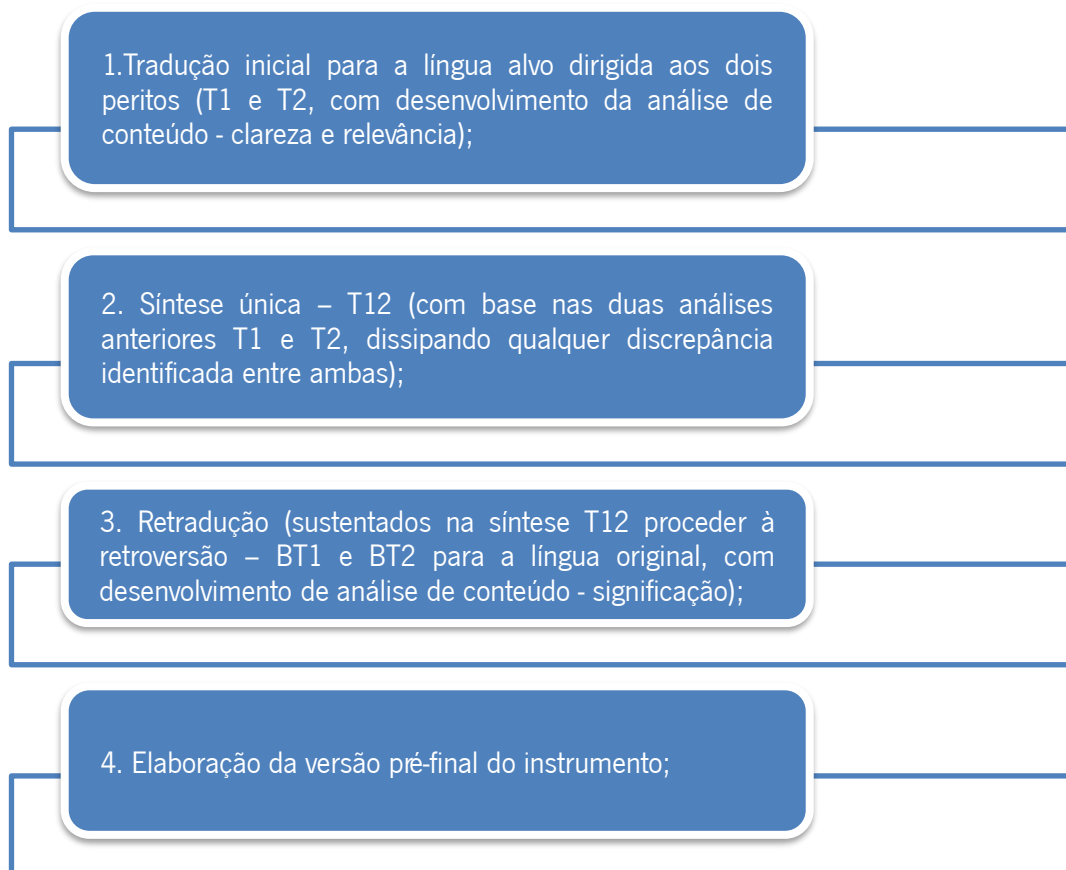
Para a sua fácil leitura discriminam-se, inicialmente, os principais pontos que percorreram e balizam as intervenções de cada etapa do processo (tradução/adaptação transcultural, incluindo a construção/validação de instrumentos), optando-se por, posteriormente, se conciliar de forma transversal as restantes posições metodológicas (confinam-se entre si como genéricas e com referências similares), concretamente: Painel de Peritos/Participantes; Relação entre o Painel de Peritos e Recolha e análise dos dados do Painel de Peritos.

### **1.1. Validação e adaptação transcultural do ACOVE-3 para o contexto dos CSP**

Sustentada em Alexandre e Coluci (2011), Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2007), pretende-se nesta etapa salientar que a adaptação de um instrumento de investigação para uma diferente língua da original (considerando as diferenças culturais e semânticas inerentes a cada contexto) descreve-se como um processo complexo e sequencial. Pelo que nunca deverá ser cometido o equívoco de se proceder meramente à realização de uma tradução para posterior utilização válida e confiável. De facto, o processo de adaptação pressupõe uma metodologia que engloba distintas e insubstituíveis etapas que vão além da simples tradução do instrumento, atribuindo relevo aos aspetos culturais e de linguagem do público-alvo.

Herdman, Rushby e Badia (1998), ao enfatizarem o facto de ser imprescindível preservar um significado ou sentido idêntico dos itens que compõem o instrumento, assegurando a integridade e a validade do mesmo em contextos culturais diferentes propõem, no domínio linguístico, o cumprimento de plano designado de equivalência semântica. Segundo os mesmos autores o processo em si, genericamente, assume intervenções consideradas fundamentais, são exemplo: a transferência de sentido dos conceitos contidos no instrumento original para a versão da língua alvo, com a respetiva análise da equivalência gramatical e do vocabulário. De salientar a importância da retroversão como parte integrante da metodologia utilizada, assumindo o objetivo de preservação do significado entre versões dos textos traduzidos (a dita significação do conteúdo).

O presente estudo metodológico, alicerçado em Beaton *et al.* (2007), fundamentou-se predominantemente no respeito pelas normas internacionais a esse nível, concretamente no cumprimento dos seguintes passos figurativos (Figura 12), que permitiram obter a operacionalização da equivalência semântica entre a língua original e o idioma ao qual se destina:



**Figura 12:** Síntese metodológica do processo de tradução/adaptação transcultural de instrumentos.

Acresce-se que, apesar do instrumento original do ACOVE-3 totalizar vinte e seis condições clínicas (às quais correspondem os respetivos indicadores de processo), o referido modelo adaptado e traduzido apresenta-se organizado apenas por doze que, descritas no PNSPI e pela OMS, se conclui que não constam na atual atividade operacional de governação clínica para a gestão de qualidade contratualizada pela ACSS (no seu BI de Indicadores nacionais). As mesmas, identificadas como condições de vulnerabilidade no idoso, são passíveis de rastreamento/avaliação no nível de intervenção dos CSP. De mencionar as seguintes: Continuidade e Coordenação de Cuidados; Demência; Depressão; Quedas e Problemas de Mobilidade; Perda de Audição; Uso de Medicação; Úlceras de Pressão; Rastreios e Prevenção; Distúrbios do Sono; Subnutrição; Incontinência Urinária; Visão (Figura 13).



O contributo da revisão da literatura efetuada, a este nível, foi sem dúvida basilar conferindo uma maior solidez e rigor à seleção dos enunciados/itens que constituíram as atuais *check-lists* de trabalho.

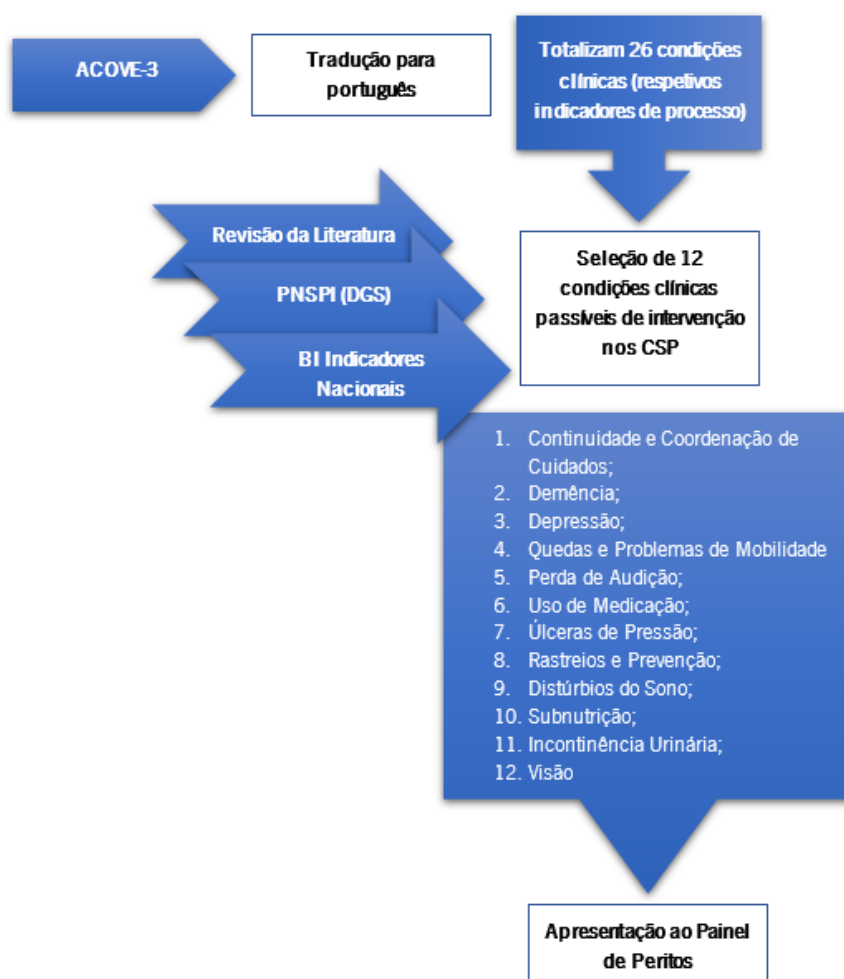


Figura 13: Processo de seleção das condições clínicas do ACOVE-3.

## 1.2. Construção e Validação de IQ (dimensão da equidade no acesso a cuidados de saúde)

Relembra-se o hiato concetual assinalado por Burkett *et al.* (2017), no seu trabalho de revisão sistemática da literatura referente aos *Quality indicators in the care of older persons in the emergency departments*, ao salientar que nenhum dos conjuntos de indicadores analisados respondeu ao domínio de avaliação referente à equidade no acesso aos cuidados de saúde, com igual destaque para o ACOVE-3.

Neste sentido, ao partir do enquadramento teórico e face ao extenso referencial científico, em torno dos conceitos de envelhecimento, vulnerabilidade, qualidade em saúde e IQ, entre os quais se pretende destacar os identificativos da dimensão de equidade no acesso aos cuidados, considerou-se a este nível

ser um valioso contributo de gestão operacional, associado ao ACOVE-3, a iniciativa de se proceder igualmente à sua construção e validação complementar. Por respeito a uma harmonização de componente estrutural na elaboração de indicadores (de processo) presentes no referido modelo, obedeceu-se à mesma linha de definição e orientação (serem aplicados ao nível dos CSP, para modelos de intervenção das US do ACES - USF, UCSP e UCC, dirigidos aos profissionais de saúde - médicos e enfermeiros que prestem cuidados assistenciais a idosos vulneráveis).

Desta forma, prevendo a matriz organizativa já firmada na apresentação técnica da *check-list* do ACOVE-3 (SE/ENTÃO) e considerando os cinco eixos inter-relacionados que comprometem a atual variável – de equidade no acesso, propostos por Frutado e Pereira (2010) e por Pita Barros (2015), relembra-se: a disponibilidade, a proximidade, os custos, a qualidade e a aceitação, justificam-se as opções lógicas de construção dos indicadores presentes no atual estudo.

A título ilustrativo (Figura 14), para uma rápida compreensão, expõe-se o seguinte padrão:

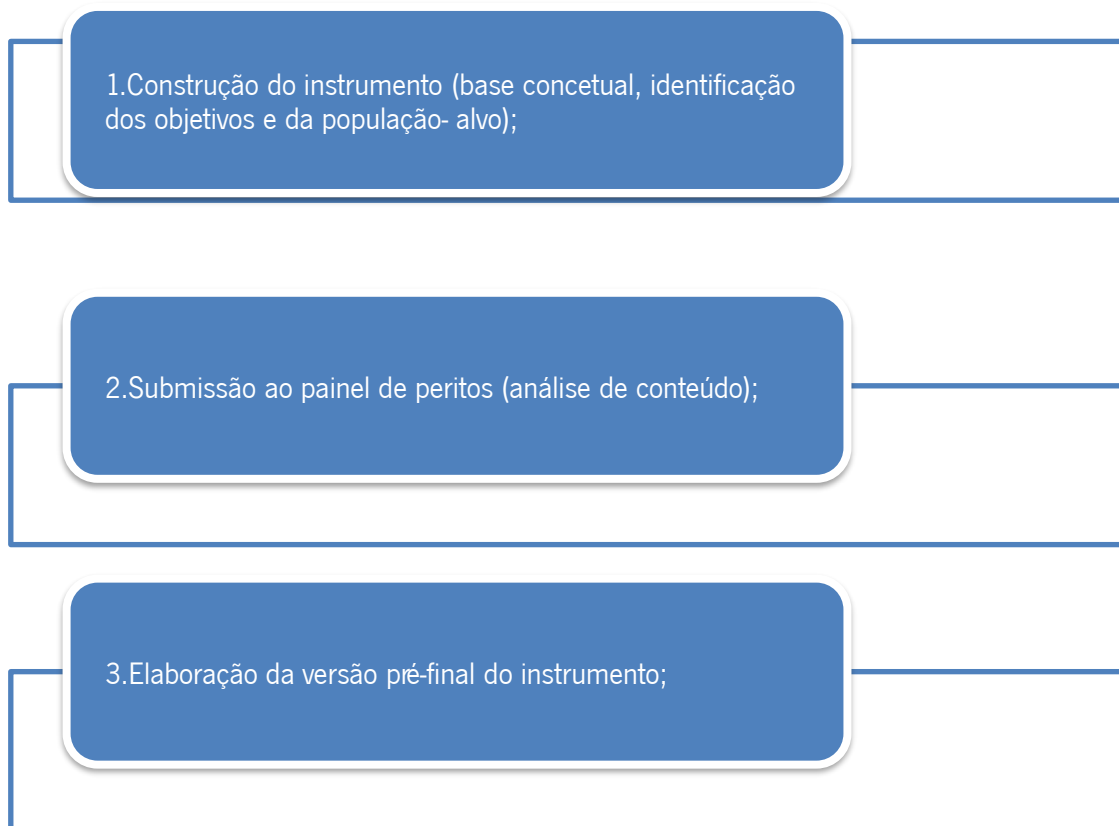
<b>1. Continuidade e Coordenação de Cuidados</b>
<b>Continuidade da medicação</b>
<b>• A medicação não foi iniciada, porque não foi necessária ou foi alterada.</b>
SE, excluindo o anterior motivo, a medicação não foi iniciada pelo idoso vulnerável, ENTÃO deve avaliar e registar as seguintes possibilidades: indisponibilidade do fármaco (na farmácia/hospital); inacessibilidade geográfica/física (farmácia/hospital); custos financeiros incorridos (especificar quais); qualidade associada ao processo (atendimento dos profissionais, horários); recusa do utente/prestador de cuidados (não corresponde às suas necessidades/expetativas).

**Figura 14:** Exemplo ilustrativo da estruturação de IQ referente à dimensão da equidade no acesso.

Significa que, por exemplo, extraído da *check-list* do ACOVE-3, traduzida para português, o item que permite avaliar a componente de continuidade e coordenação de cuidados prestados a um idoso vulnerável (o mesmo se observa para os restantes selecionados), posteriormente aos seus pressupostos conceituais já testados (visíveis na célula preenchida a azul mais escuro), poder-se-á ler na última linha (azul mais claro), o IQ proposto no estudo para avaliação da dimensão da equidade no seu acesso.

De salientar que, de acordo com as orientações consensuais descritas por Hill e Hill (2002) e por Beaton *et al.* (2007), as fases que envolvem o desenvolvimento/validação de um instrumento de colheita de dados requerem o cumprimento dos seguintes pressupostos, nomeadamente: a definição da base

conceptual; dos objetivos e da população-alvo; a revisão por um painel de peritos; o pré-teste do modelo; e, por último, a definição da versão final do instrumento a usar (Figura 15).



**Figura 15:** Síntese metodológica do processo de construção/validação de instrumentos.

## 2. CARACTERIZAÇÃO DO PAINEL DE PERITOS/PARTICIPANTES

Para Hill e Hill (2002), Beaton *et al.* (2007), qualquer instrumento, na sua versão preliminar deve ser submetido à análise de peritos. O painel de peritos, também designado por painel de especialistas (comissão de experts), pretende consolidar a dimensão de fidedignidade, minorando o viés metodológico (Pinheiro, Farias e Abe-Lima, 2013). Para Quivy e Campenhoudt (2008), este poderá, inclusive, fazer parte da etapa de colheita de dados, propriamente dita, ou incorporar a fase preliminar de certificação da validade de conteúdo, garantindo simultaneamente a representatividade do fenómeno a avaliar.

No presente estudo, ao considerar os dois momentos distintos de análise de conteúdo:

- I. *check-list* do ACOVE-3 traduzida do inglês americano para português;

## II. IQ propostos para a avaliação da dimensão de equidade no acesso a cuidados de saúde;

optou-se por recorrer, por escolha intencional considerando o seu perfil académico, à participação de dois Professores Doutores das Ciências da Saúde (integrados na equipa pedagógica da Escola de Enfermagem e de Medicina da Universidade do Minho) e, numa fase ulterior fundado na especificidade do contexto de aplicação do estudo (CSP), à análise orientada por um profissional de saúde (da área médica, com especialização em Medicina Geral e Familiar), em exercício de atividade na prestação direta de cuidados assistenciais dirigidos a idosos vulneráveis, complementando todos os contributos associados, inclusive, os cedidos pela formação funcional do investigador (da área de enfermagem). Desta forma, harmonizaram-se os interesses fundamentais do estudo, minorando o risco de se produzirem efeitos de erro interpretativo, por desconsideração das distintas perspetivas (técnicas e práticas).

Na subsequente etapa, inerente à retroversão do ACOVE-3 para a língua original (permitindo a comparação da versão síntese com o original, na possível deteção de equívocos de significação de conteúdo) solicitou-se a intervenção de dois licenciados em Línguas Aplicadas, Mestres em Tradução e Comunicação Multilíngue. A escolha dos mesmos sustentou-se, igualmente, na perspetiva de obtenção de um contributo relevante para o estudo, prevendo a sua experiência e área de formação.

Para Pinheiro, Farias e Abe-Lima (2013), a referida presença de peritos na fase preambular de um estudo aproxima-se ao formato de um trabalho piloto, no qual o investigador se dispõe a testar um determinado procedimento ou instrumento prévio à aplicação perante os seus (reais) destinatários. Expecta-se que, sustentados nos seus conhecimentos e/ou experiência, os mesmos elaborarem uma síntese crítica (relatório de análise), em função dos objetivos pretendidos no estudo.

Acresce dizer que o referido painel assumiu como principal objetivo a cooperação para a definição das bases/dimensões de análise de investigação – os designados indicadores de processo que possibilitam a avaliação da qualidade nas intervenções assistenciais prestadas aos idosos vulneráveis em CSP.

Associado à última fase do processo de validação do instrumento, com a realização do pré-teste dirigido aos profissionais de saúde do ACES Cávado III Barcelos/Esposende e pretendendo, igualmente, a leitura da perceção de valor, face à introdução do ACOVE-3 (como estratégia de gestão de qualidade na atividade de governação clínica), recorreu-se, como alternativa às entrevistas ou questionários pessoais, à metodologia de colheita de dados por *focus* grupo, através da interação da amostra sobre o tópico

apresentado (mediante questões previamente estruturadas pelo investigador), com o objetivo de gerar dados sustentados em diferentes olhares sobre o mesmo fenómeno (Krueger e Casey, 2000).

Autores como Kitzinger (1994) e Kreuger (1994) corroboram o facto de que as discussões em grupo, por viabilizarem uma exploração aberta, podem por si gerar comentários mais ricos na análise de conteúdo, comparativamente com a técnica de entrevista/questionário. Os mesmos consideram igualmente que o objetivo do *focus grupo* é sintetizar e sistematizar informação, o que se revela bastante apropriado perante a necessidade de validação de instrumentos de avaliação. Gray-Vickrey (1993) descreve inclusive as seguintes vantagens no uso da referida metodologia: (1) possibilita a partilha de conhecimento numa determinada área; (2) constitui uma forma de recolher dados de um modo menos dispendioso.

De acordo com Morgan (1997), no *focus grupo* identificam-se três componentes fundamentais: (1) método de investigação dirigido à recolha de dados; (2) a interação na discussão do grupo apresenta-se como a fonte dos dados; (3) reconhece o papel ativo do investigador na dinamização da discussão. Baseada em Krueger e Casey (2009) e considerando os elementos anteriores, acrescenta-se ainda: (4) a facilidade de focalização da discussão num determinado tema; (5) o seu contributo para a compreensão do tópico de interesse; (6) os participantes apresentarem alguma característica em comum e relevante face ao tema em discussão.

De referir que, no atual estudo, pela fácil acessibilidade à população-alvo (médicos e enfermeiros) e prevendo-se os seus objetivos simultâneos (adaptação transcultural do ACOVE-3 e a construção/validação de IQ que avaliem a dimensão de equidade no acesso aos cuidados de saúde), constituíram-se três *focus grupo* compostos por cinco elementos cada (n=5), cujos tópicos de discussão foram orientados e assumidos pelo próprio investigador (Anexo 2 - guião do *focus grupo*).

Os elementos selecionados intencionalmente para metodologia de *focus grupo*, apesar de multiprofissionais, asseguraram um certo nível de homogeneidade (especificamente a execução, para além da sua prática diária de prestação de cuidados, a atividade de governação clínica/gestão de qualidade). Condição que permitiu o diálogo mais fluente entre todos os intervenientes, com análise de diferentes perspetivas. Neste ponto, Morgan (1997) reforça que a limitação do grupo à sua integral similitude condicionaria a legitimidade e a riqueza de qualquer investigação.

O quadro 3, infra, pretende consolidar a descrição objetiva da informação previamente exposta, dispondo por participantes na pesquisa os seus pré-requisitos e funções associadas:

Participantes	Pré-Requisitos	Funções	
Painel de Peritos - Saúde	Grau de Doutoramento ou Especialização em Medicina Geral e Familiar, com experiência prévia na prestação de cuidados de saúde dirigidos a idosos vulneráveis	I.leitura das <i>check-list</i> do ACOVE-3, já traduzida para português; II.leitura da <i>check-list</i> referente à proposta de construção de indicadores de desempenho (dimensão de equidade no acesso); III.avaliação da mesma no domínio da clareza (sintaxe e semântica) e relevância (conteúdo) de construto; IV.atribuição avaliativa de cada item na escala, confirma (quando obtém classificação de 3 ou 4, na referida métrica) ou, por outro lado, rejeita-os (perante uma apreciação de 1 ou 2); V.elaboração uma síntese crítica (relatório de análise);	
Painel de Peritos - Línguas Aplicadas	Grau de Mestres em Tradução e Comunicação Multilíngue	VI.leitura das <i>check-list</i> do ACOVE-3, retraduzida para inglês; VII.avaliação da mesma no domínio da significação de conteúdo (detecção de erros de significado de tradução), comparando a versão original com a retraduzida; VIII.atribuição avaliativa de cada item na escala, confirma (quando obtém classificação de 3 ou 4, na referida métrica) ou, por outro lado, rejeita-os (perante uma apreciação de 1 ou 2); IX. elaboração uma síntese crítica (relatório de análise);	
Profissionais de Saúde ( <i>Focus Grupo</i> )	Prestação de cuidados com tarefas de Gestão de Qualidade/Governança Clínica	<i>Focus Grupo</i> 1 e 2	I. Discussão/análise da perceção de valor no recurso aos IQ (ACOVE) nos processos assistenciais e de gestão em saúde
		<i>Focus Grupo</i> 3	I. Discussão/análise da proposta dos IQ complementares ao ACOVE na avaliação da dimensão de equidade no acesso aos cuidados de saúde pelo idoso

**Quadro 3:** Identificação dos participantes no estudo, pré-requisitos e funções.

Numa diferente variante, a figura 16 esquematiza o circuito metodológico selecionado pelo investigador, identificando as etapas genéricas e os momentos de participação dos seus elementos que, integralmente, robustecem os propósitos do estudo:

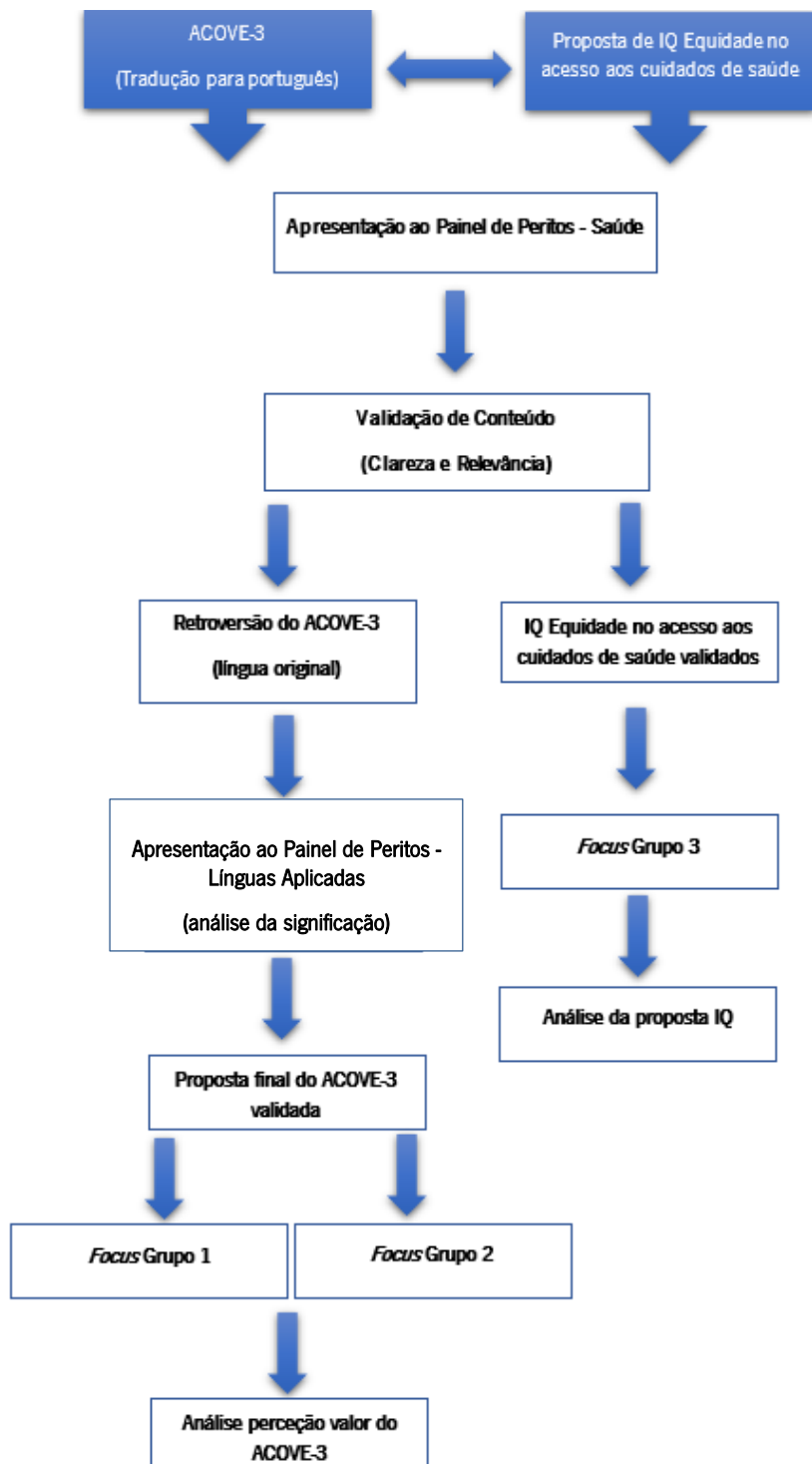


Figura 16: Esquematização das etapas metodológicas do estudo.

## 2.1. Relação entre o Painel de Peritos/Participantes

O trabalho de um painel de peritos poderá ser desenvolvido, quer individualmente, quer baseado nas dinâmicas de grupo (Pinheiro, Farias e Abe-Lima, 2013). No estudo concreto, face aos objetivos definidos, revelou-se pertinente a interação entre os mesmos (quer por recurso ao e-mail, telefone e pela via presencial), ainda que salvaguardando uma fase prévia de atividade individual, sobre privilégio de garantirem entre si a melhor partilha de experiências e o enriquecimento da discussão da informação.

No desenvolvimento da metodologia de *focus* grupo, a relação entre os participantes, incluindo com o investigador, considerando os pré-requisitos à sua adequada aplicabilidade, foi totalmente presencial e direta, desenvolvida num ambiente neutro e geograficamente próximo de todos. Decorreu numa única sessão, de aproximadamente 30-40 min, com cada conjunto de elementos (Quadro 4).

Participantes	N.º de elementos	Duração das Sessões	Local
<i>Focus Grupo 1</i>	5	30-40 min	Sede do ACES
<i>Focus Grupo 2</i>	5	30-40 min	Sede do ACES
<i>Focus Grupo 3</i>	5	30-40 min	Sede do ACES

Quadro 4: Caraterização das sessões de *focus* grupo.

Com a intenção de preservar o espaço adequado para o efeito, utilizou-se uma mesa redonda de modo a aproximar os participantes, intenção que viabilizou a intervenção de todos sem interrupções dos restantes elementos (os mesmos foram solicitados a colocar a sua identificação nominal na mesa de modo a auxiliar a abordagem).

## 3. RECOLHA E ANÁLISE DOS DADOS

Neste ponto, partindo para a primeira etapa metodológica do processo de tradução e adaptação cultural descrito por Beaton *et al.* (2007), consignou-se como estratégia adequada a elaboração prévia do modelo do ACOVE-3, transposto e revisto para a língua alvo (por um profissional especializado na tradução de instrumentos de colheita de dados na área clínica), com posterior apresentação ao painel de peritos (Saúde). No atual domínio e face ao objetivo igualmente identificado, de validação de indicadores de



processo que respondam à avaliação da dimensão de equidade no acesso aos cuidados de saúde no SNS anexou-se, pela mesma via, a proposta para análise dos mesmos, com a clara especificação dos objetivos e respetiva população-alvo.

Acresce-se que, uma vez concluída a referida fase e obtida a versão sintetizada do ACOVE-3, a mesma submeteu-se ao processo de retroversão para a língua original (retraduzida e revista por um licenciado em educação, residente em Portugal, cuja língua nativa é o inglês), sendo posteriormente submetida à análise do subsequente painel de peritos (Línguas Aplicadas).

Importa referir que a gestão do painel de peritos foi assumida como uma estratégia que apelou a um perfil de liderança no seu exercício. Significa que, por parte do investigador, revelou-se fulcral a orientação da atividade dos especialistas, a sua predisposição para a ouvir a opinião individual/coletiva, confrontando a possibilidade do diferencial de respostas obtidas, fundamental no alicerce da sua análise/resultados. No atual enquadramento, assume-se que o mesmo constitui uma metodologia apropriada aos objetivos do estudo, na medida em que possibilitou a tomada de decisão, com consenso alargado.

Em termos sequenciais (tradução inicial, com posterior retroversão) e uma vez efetuados os convites para integrar o painel, procedeu-se ao envio, por correio eletrónico, dos modelos preliminares das *check-lists*, solicitando-se individualmente a análise prévia dos *drafts* do instrumento e seus respetivos itens em formato *Excell*. Simultaneamente, foi dirigida a proposta de ordem de trabalhos, com definição de um conjunto de aspetos organizativos da atividade: data de entrega da análise; identificação dos participantes envolvidos, na qualidade de peritos; objetivos e estratégias de discussão.

Há clara noção de que a validade do conteúdo é assumida como um atributo fundamental que deve estar presente em qualquer instrumento de colheita de dados (Alexandre e Coluci, 2011). O presente estudo solicitou a mensuração do grau de validade do ACOVE-3 e dos IQ complementares que avaliam a dimensão de equidade no acesso aos cuidados, pelo que, na situação particular, a mesma foi determinada com recurso ao Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Para a avaliação do IVC, Beaton *et al.* (2007) propõem a análise da tabela por um painel de avaliadores (recomenda-se no mínimo três e num máximo dez participantes), realizada de forma independente por cada um. Afirmação que robustece a opção metodológica alicerçada no atual estudo.

Segundo Alexandre e Coluci (2011), o IVC é o método que permite medir a razão de validade de conteúdo, calculando a concordância entre os avaliadores e os diferentes sentidos de análise de cada item na tabela. Na opinião de Ribeiro (1999, p. 113) a avaliação desta propriedade nos instrumentos de recolha de dados “é a garantia que o teste dá e mede o que se propõe a medir”, pelo que a mesma não se poderá referir à validade de um teste em termos gerais, mas determinada com referência ao seu uso particular, para o qual foi construído (Medeiros, Júnior, Pinto, Vitor, Santos e Barichello, 2015). A validade de conteúdo, no processo de desenvolvimento e de adaptação de instrumentos, é sem dúvida fundamental, não se negligenciando o conhecimento sobre a complexidade e as limitações impostas pela sua subjetividade (Alexandre e Coluci, 2011).

Desta forma, os peritos foram solicitados a avaliar, discriminadamente, as *check-lists* no domínio da sintaxe e da semântica (Figura 17), mediante a utilização de uma escala tipo Likert, que variou entre 1 e 4 (Alexandre e Coluci, 2011). O investigador, mediante atribuição avaliativa sincrónica de cada item na escala, confirma (quando obtém classificação de 3 ou 4, na referida métrica) ou, por outro lado, rejeita-os (perante uma apreciação de 1 ou 2).

Clareza da linguagem (considera a percepção dos conceitos utilizados em cada um dos itens, face às características da população que fará uso do instrumento)				Descrição/justificação de problemas identificados	Sugestão de adaptação transcultural	Comentários gerais
1 - Não é claro	2 - Pouco claro	3 - Bastante claro	4 - Totalmente claro			
1	2	3	4			

**Figura 17:** Exemplo ilustrativo da *check-list* no domínio da clareza de conteúdo.

Pretendeu-se que a análise da *check-list* ACOVE-3 (fase tradução/retroversão) e, complementarmente, dos IQ equidade, fosse construída com a intervenção ativa de todos os participantes, obtendo-se sistematicamente o seu feedback, até ao ponto de consenso sobre a sua: relevância, clareza e significação de conteúdo.

Salienta-se que estava prevista, no caso de se evidenciarem maiores dificuldades na harmonização de opinião, a planificação de reuniões de trabalho presenciais, com a concretização de uma votação anónima que, posteriormente analisada pelo investigador e perante empate, este seria declarado o elemento decisor final. Neste ponto, excluir-se-ia a necessidade de recorrer a técnicas consideradas mais complexas na aquisição de consenso, são disso exemplo: a técnica de Delphi ou a técnica de grupo nominal. Contudo, ressalva-se que as mesmas não foram necessárias pela fácil obtenção de consenso de análise, ajustada pela definição prévia e cumprimento dos seguintes critérios de seleção de conteúdo, em função da composição do painel (Figura 18):

Critérios de seleção de conteúdo		
	Painel Saúde - 3 peritos	Painel Linguas Aplicadas - 2 peritos
Confirmação	- A avaliação qualitativa do item requer a obtenção de valor igual ou superior a 67% de confirmação;	- A avaliação qualitativa do item requer a obtenção de valor superior a 50% de confirmação;
Rejeição	- A avaliação qualitativa do item requer a obtenção de valor igual ou superior a 67% de rejeição;	- A avaliação qualitativa do item requer a obtenção de valor igual ou superior a 50% de rejeição;
Nota	- Todo o item que apresente valor de rejeição pelo painel superior ou igual a 67%, requer interpretação do motivo de rejeição atribuído, discussão entre o investigador e o painel na obtenção de confirmação pelo consenso.	- Todo o item que apresente valor de rejeição pelo painel superior ou igual a 50%, requer interpretação do motivo de rejeição atribuído, discussão entre o investigador e o painel na obtenção de confirmação pelo consenso.

**Figura 18:** Quadro síntese dos critérios de seleção de conteúdo/painel.

Acresce dizer que o investigador, na sua relação de trabalho com o elemento perito identificado como especialista em Medicina Geral e Familiar, assegurou, por proximidade de contexto laboral e de forma intencional, a possibilidade de um contacto presencial com o mesmo, sob intenção de obtenção de uma interpretação clara do material em análise. Neste ponto e conforme salienta Krueger (1998), paralelamente às decisões sobre a informação colocadas, o investigador conseguiu associar o discurso do referido participante à linguagem não verbal que este apresentou. Ou seja: a intensidade das afirmações; o entusiasmo com que falou; a espontaneidade e a congruência entre a linguagem não verbal e a verbal. Considera-se que a referida decisão foi crucial para a obtenção de conformidade dos itens face a determinados comentários dos participantes, essencialmente nos que obtiveram rejeição de relevância de conteúdo (remetendo justificação do perito para decisão clínica) na aplicabilidade prática dos IQ propostos.

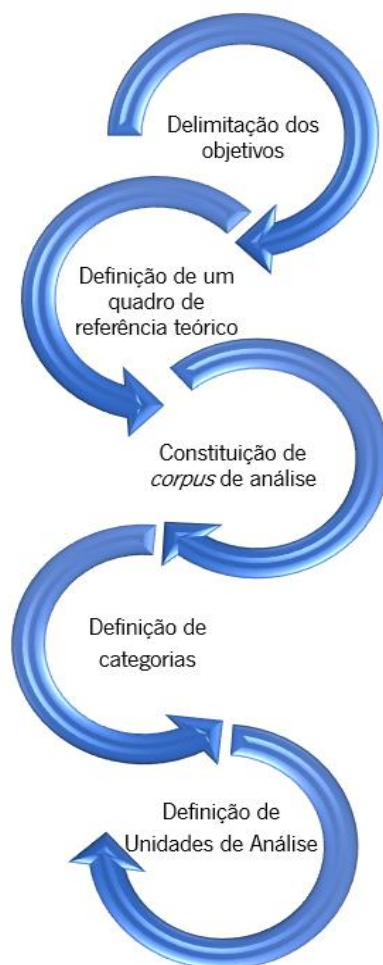
Perante a metodologia de *focus grupo*, na análise da perceção de valor dos profissionais de saúde face à utilização do instrumento ACOVE-3 (validado e adaptado para português) e, complementarmente, dos IQ propostos para a avaliação da dimensão da equidade no acesso a cuidados de saúde, o conteúdo de cada sessão encontra-se registado em áudio para facilitar o estudo a partir das transcrições. Ressalva-se

que o moderador/investigador conduziu as sessões, apelando à participação de todos os intervenientes, com particular cuidado de intervir sem, contudo, tornar-se parte da própria discussão.

Acresce-se, que o tratamento da respetiva informação obtida na relação com os profissionais de saúde (transversal ao conjunto das três sessões de *focus grupo*) foi sujeito a um processo de análise de conteúdo. Pelo que se assume um pressuposto fundamental defendido por Vala (2005), na medida em que o próprio considera que a mesma nunca poderia ser desenvolvida como um método de colheita de dados, mas, metodologicamente, como uma técnica de tratamento de informação cuja aplicabilidade é versátil e se estende a qualquer procedimento lógico de investigação, capaz de servir os requisitos dos diferentes níveis de estudo empírico.

O citado autor ressalva ainda a vantagem de, em muitos casos, intervir como uma prática de análise de informação consignada como não obstrutiva, sobretudo quando se evocam os constrangimentos associados à participação de indivíduos (consciência de que estão a ser observados, interação entrevistado-entrevistador, entre outros).

Em termos operacionais, explicitam-se distintamente as designadas operações mínimas que, no processo de análise de conteúdo, se devem reconhecer como basilares, concretamente: (1) delimitação dos objetivos, com definição de um quadro de referência teórico; (2) constituição de um *corpus* de análise; (3) definição de categorias; (4) definição de unidades de análise (Vala, 2005) (Figura 19).



**Figura 19:** Operações mínimas para análise de conteúdo, segundo Vala, 2005.

Neste sentido, pretende-se evocar a importância da conjugação de rigor na atividade de análise de conteúdo, porque tal como expõe Bardin (1977) é fundamental, a este nível, serem ultrapassadas as incertezas e explorar-se o que, de facto, é questionado.

No atual trabalho, as intervenções previamente descritas foram consignadas como referenciais metodológicos (em função dos objetivos de investigação inicialmente identificados), capazes de, neste sentido, conferir fiabilidade e validade ao estudo. Os seguintes quadros (Quadro 5 e 6) tornam desta forma explícitas as operações associadas, sendo posteriormente transportadas, como alicerce teórico, para a fase de análise/tratamento de informação.

Operações de Análise de Conteúdo					
Objetivo: Análise da percepção de valor dos profissionais de saúde no recurso ao ACOVE-3 nos processos assistenciais e de gestão em saúde					
<b>Categoria (termo chave)</b>	Pessoa Idosa Vulnerável		PNSPI		ACOVE-3
<b>Subcategorias (Indicadores referentes à categoria)</b>	Condições clínicas de vulnerabilidade	Gestão Saúde do Idoso – IQ CSP		Vantagens	Limitações operacionais Sugestões
<b>Corpus de Análise</b>	Todo o material obtido pela áudio gravação referente às questões estruturalmente colocadas aos participantes				
<b>Unidade de Análise</b>	<p><b>Unidade de registo formal</b> (considerada um determinado segmento mínimo de conteúdo - frase ou palavra, obtido do <i>corpus</i> de análise que caracteriza/identifica cada categoria)</p> <p><b>Unidade de enumeração</b> (visa a quantificação do conteúdo, atribuindo-se por opção a inicial "E" a cada participante, seguida de uma numeração ordinal crescente em função de dois pressupostos: distribuição dos elementos na mesa e realização do <i>focus</i> grupo)</p>				

**Quadro 5:** Discriminação das operações de análise de conteúdo, de acordo com Vala (2005), para a atividade de avaliação da percepção de valor dos profissionais de saúde no recurso ao ACOVE-3.

Operações de Análise de Conteúdo					
Objetivo: Análise da proposta de construção dos IQ - dimensão de equidade no acesso a cuidados de saúde complementares no recurso ao ACOVE-3					
<b>Categoria (termo chave)</b>	Equidade no Acesso a Cuidados de Saúde			IQ propostos - dimensão de Equidade no acesso a cuidados de saúde	
<b>Subcategorias (Indicadores referentes à categoria)</b>	Conceito	Eixos	Qualidade em saúde (IQ)	Sugestões	
<b>Corpus de Análise</b>	Todo o material obtido pela áudio gravação referente às questões estruturalmente colocadas aos participantes				
<b>Unidade de Análise</b>	<p><b>Unidade de registo formal</b> (considerada um determinado segmento mínimo de conteúdo - frase ou palavra, obtido do <i>corpus</i> de análise que caracteriza/identifica cada categoria)</p> <p><b>Unidade de enumeração</b> (visa a quantificação do conteúdo, atribuindo-se por opção a inicial "E" a cada participante, seguida de uma numeração ordinal crescente em função de dois pressupostos: distribuição dos elementos na mesa e realização do <i>focus</i> grupo)</p>				

**Quadro 6:** Discriminação das operações de análise de conteúdo, de acordo com Vala (2005), para a atividade de avaliação da proposta de construção de IQ - Dimensão de Equidade no Acesso a Cuidados de Saúde.

Salvaguarda-se que perante a exploração do conteúdo das entrevistas obtidas junto dos profissionais de saúde, a construção do presente sistema categorial, ainda que delineado previamente, em nenhum momento, mediante pertinência científica, deixou de estar sujeito a alterações.

#### 4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A vertente ética inerente a qualquer estudo científico declara-se como uma componente indissociável ao bom processo de investigação, sobretudo quando envolvemos pessoas, cujos interesses e bem-estar individual devem prevalecer sobre todo e único proveito da sociedade.

No atual trabalho, lembrando que a definição da respetiva população/amostra apela à participação de profissionais de saúde (imprescindíveis em distintas etapas metodológicas) abordando o contexto de prestação de cuidados, importa referir que, em todos os momentos, houve a salvaguarda de uma adequada conduta ética. Ao nível do ACES, local onde o estudo se desenvolveu, similarmente foi formalizado e consentido o seu pedido de autorização pelo respetivo diretor executivo.

Baseados em Polit, Beck e Hungler (2004), seguidamente expressam-se os domínios que na relação com os elementos participantes nortearam a nossa conduta:

##### I. Clarificar os benefícios e prejuízos da participação no estudo

Na vontade de participação no estudo não se identificaram prejuízos pessoais/laborais associados, no entanto, ao nível da análise da perceção de valor dos profissionais de saúde no recurso aos IQ nos processos assistenciais, foi dada a salvaguarda e a garantia de não penalização dos mesmos face às respostas obtidas.

##### II. Enfatizar o carácter voluntário da participação

A decisão de presença no estudo foi integralmente voluntária.

##### III. Assegurar a dignidade dos participantes e o respeito com que serão tratados

Sempre que se percecionasse (verbalmente ou não) a indução de algum tipo de desconforto (incompatibilidade associadas à função versus questões colocadas) prevíamos que as etapas subjacentes ao estudo excluiriam o profissional de saúde em questão.

##### IV. Assegurar a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes

O sigilo e a confidencialidade dos dados obtidos foram garantidos mediante a não associação de nomes ao conteúdo de informação em análise, recorrendo à atribuição de códigos de identificação. Aos participantes garantiu-se inclusive que, no termino do estudo, o conteúdo das gravações seria eliminado.

## V. Assegurar o consentimento informado dos participantes

Na carta convite dirigida aos profissionais para participação no projeto foram listadas informações chave referentes à contextualização da problemática em estudo, finalidade, instruções de trabalho, inclusive as garantias de respeito pelos aspetos éticos (anteriormente descritos). Tal como descrevem Polit *et al.* (2004), só com base na transmissão de informações oportunas, assegurando que os potenciais participantes a compreendam e têm possibilidade de livre escolha – participação voluntária, se firmam as condições basilares para a tomada de decisão, livre e esclarecida.

Segundo Streubert e Carpenter (2011) o formulário de consentimento informado deve incluir uma declaração amplamente definida e expressa da vontade do participante para integrar o projeto e cooperar com o investigador. No presente estudo considerou-se a obtenção do consentimento informado pela anuência dos profissionais de saúde na sua participação ao longo das distintas etapas que estruturaram a metodologia de investigação.

De ressaltar que apesar de, à *priori* se garantir a decisão informada de cada participante, a mesma não anulava inteiramente a possibilidade de nos confrontarmos com dilemas éticos durante a execução do projeto. Neste ponto, prevíamos o parecer imediato da Comissão de Ética da ARS Norte, IP na obtenção de aconselhamento solucionável face à não conformidade identificada.



## ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O atual capítulo expressa a análise e a discussão dos resultados que perfilam a leitura de concretização das anteriores etapas metodológicas. O mesmo alia um cunho reflexivo do investigador, perante os objetivos propostos, não desmesurando a neutralidade requerida ao processo de fiabilidade e validade da informação.

Salvaguarda-se que os dados obtidos (quer na etapa de validação de conteúdo pelo painel de peritos, referente ao ACOVE-3 e aos IQ - dimensão equidade no acesso, quer de análise da perceção dos profissionais de saúde) apresentam-se, sempre que se justifique, organizados pelo recurso a quadros (primando pela facilidade e harmonização da leitura).

Pelo respeito a um racional técnico-metodológico definido no corpo do estudo, considerando os seus objetivos base (tradução e adaptação transcultural do ACOVE-3 para o contexto português dos CSP, com estruturação complementar de IQ para a dimensão de equidade no acesso a cuidados de saúde), procede-se à apresentação sequencial da informação resultante da atividade do: Painel de Peritos - Saúde; Painel de Peritos - Línguas Aplicadas e Análise de Conteúdo - *Focus* Grupo.

### Painel Peritos - Saúde

No processo de tratamento dos resultados obtidos, findado na análise geral desenvolvida (ao nível da clareza e relevância de conteúdo do ACOVE-3 e IQ Equidade) pelos três *experts* que constituíram o painel de peritos (P1; P2 e P3) e em função dos critérios procedimentais pré-determinados metodologicamente (de seleção de conteúdo dos itens), o mesmo assume-se pelo recurso à estatística não inferencial (considerando o desenho de investigação proposto). Neste sentido, optou-se por determinar a média aritmética (como elemento de estatística descritiva simples e de tendência central) para o IVC, com identificação de frequências relativas face ao conjunto de itens avaliados (confirmados e rejeitados) individualmente por cada participante (Quadros 7 e 8).

Painel de Peritos Saúde	Clareza de Conteúdo			Relevância de Conteúdo		
	IVC (média aritmética)	% itens confirmados	% itens rejeitados	IVC (média aritmética)	% itens confirmados	% itens rejeitados
P1 Prof. Doutor - Medicina	4	100	0	3.61	88	12
P2 Prof. Doutor - Enfermagem	4	100	0	3.96	99	1
P3 Medicina Geral e Familiar	4	100	0	3.91	96	4

**Quadro 7:** Análise descritiva individual dos dados atribuídos pelo painel de peritos - saúde na avaliação da tradução e adaptação transcultural do ACOVE-3.

Painel de Peritos Saúde	Clareza de Conteúdo			Relevância de Conteúdo		
	IVC (média aritmética)	% itens confirmados	% itens rejeitados	IVC (média aritmética)	% itens confirmados	% itens rejeitados
P1 Prof. Doutor - Medicina	4	100	0	3.57	89	11
P2 Prof. Doutor - Enfermagem	4	100	0	4	100	0
P3 Medicina Geral e Familiar	4	100	0	3.89	95	5

**Quadro 8:** Análise descritiva individual dos dados atribuídos pelo painel de peritos - saúde na avaliação da proposta de IQ para a dimensão de equidade no acesso a cuidados de saúde.

Sustentado na prévia exposição dos dados, procedeu-se à leitura das médias de ponderações atribuídas pelo conjunto dos peritos, face ao ACOVE-3 e IQ propostos, pelo que se observa em termos genéricos e conclusivos (Quadro 9 e 10) uma ampla aceitabilidade e validação dos instrumentos pelo painel - Saúde (de 94% e 95%, respetivamente), o que vigora um perfil fundamental científico, o de confiabilidade dos mesmos.

ACOVE	Clareza de Conteúdo			Relevância de Conteúdo		
	IVC (média aritmética)	% itens confirmados	% itens rejeitados	IVC (média aritmética)	% itens confirmados	% itens rejeitados
Painel de Peritos Saúde	4	100	0	3.82	94	6

**Quadro 9:** Média das ponderações atribuídas pelo painel de peritos - saúde na avaliação da tradução e adaptação transcultural do ACOVE-3.

IQ Equidade	Clareza de Conteúdo			Relevância de Conteúdo		
	IVC (média aritmética)	% itens confirmados	% itens rejeitados	IVC (média aritmética)	% itens confirmados	% itens rejeitados
Painel de Peritos Saúde	4	100	0	3.82	95	5

**Quadro 10:** Média das ponderações atribuídas pelo painel de peritos - saúde na avaliação da proposta de IQ para a dimensão de equidade no acesso a cuidados de saúde.

Ao partir da leitura do conjunto de itens rejeitados (atribuídos particularmente por cada elemento do painel - P1; P2 e P3), considerando a visão coletiva e a pertinência/justificação dos problemas identificados, os seguintes quadros figurativos pretendem, desta forma, veicular as propostas individuais obtidas pelo investigador, com o respetivo contributo sugestivo de adaptação transcultural (ACOVE-3) e de construção (IQ Equidade no acesso a cuidados de saúde) (Quadros 11, 12, 13, 14 e 15).

ACOVE-3		
Painel de Peritos Saúde	Relevância de Conteúdo	
	Descrição/justificação de problemas identificados	Sugestão de adaptação transcultural
P1 Prof. Doutor - Medicina	SE um idoso vulnerável apresenta sintomas de depressão, ENTÃO o paciente deve ser inquirido relativamente à depressão/tratamento ou deve ser encaminhado para psiquiatria num espaço de 2 semanas após a apresentação dos sintomas.	SE um idoso vulnerável apresenta sintomas de depressão, ENTÃO o paciente deve ser inquirido relativamente à depressão, <b>medicado nos CSP e apenas, após falência de tratamento, deve ser encaminhado para psiquiatria.</b>
	SE um idoso vulnerável for diagnosticado com um novo episódio de depressão, ENTÃO a história clínica deve documentar, pelo menos, três dos nove sintomas-alvo de depressão grave do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4. <sup>a</sup> edição (DSM-IV), num prazo de 2 semanas após o diagnóstico.	SE um idoso vulnerável for diagnosticado com um novo episódio de depressão, ENTÃO a história clínica deve documentar, pelo menos, três dos nove sintomas-alvo de depressão grave do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5. <sup>a</sup> edição (DSM-V), num prazo de 2 semanas após o diagnóstico.
	SE um idoso vulnerável iniciar medicação antidepressiva, ENTÃO os seguintes medicamentos não devem ser utilizados como terapia de primeira ou segunda linha: amins terciárias tricíclicas (amitriptilina, imipramina, doxepina, clomipramina, trimipramina), inibidores da monoamina oxidase (IMAO; exceto se se tratar de uma depressão atípica), benzodiazepinas ou estimulantes (exceto metilfenidato).	SE um idoso vulnerável iniciar medicação antidepressiva, ENTÃO os seguintes medicamentos não devem ser utilizados como terapia de primeira ou segunda linha: amins terciárias tricíclicas (amitriptilina, imipramina, doxepina, clomipramina, trimipramina), inibidores da monoamina oxidase (IMAO; exceto se se tratar de uma depressão atípica) ou estimulantes (exceto metilfenidato).
	SE um idoso vulnerável apresentar depressão com características psicóticas, ENTÃO deve ser encaminhado para um psiquiatra ou deve receber tratamento com uma combinação de um antidepressivo e um antipsicótico ou TEC.	SE um idoso vulnerável apresentar depressão com características psicóticas, ENTÃO deve ser encaminhado para um psiquiatra ou deve receber tratamento com uma combinação de um antidepressivo e um antipsicótico
	Nos restantes 19 itens rejeitados o perito não procede a identificação objetiva de problemas de conteúdo e neste sentido remete a decisão de ativação do processo assistencial, perante o idoso vulnerável, para a exclusividade de autonomia do clínico	

**Quadro 11:** Identificação de problemas de análise da relevância de conteúdo (P1), com respetiva sugestão de adaptação transcultural do ACOVE-3.

IQ Equidade no acesso a cuidados de saúde		
Painel de Peritos Saúde	Relevância de Conteúdo	
	Descrição/justificação de problemas identificados	Sugestão de construção
P1 Prof. Doutor - Medicina	Nos 4 itens rejeitados pelo perito, o mesmo não procede a identificação objetiva de problemas de conteúdo e neste sentido remete a decisão de ativação do processo assistencial, perante o idoso vulnerável, para a exclusividade de autonomia do clínico	

**Quadro 12:** Identificação de problemas de análise da relevância de conteúdo (P1), com respetiva sugestão de construção do IQ Equidade no acesso a cuidados de saúde.

ACOVE-3		
Painel de Peritos Saúde	Relevância de Conteúdo	
	Descrição/justificação de problemas identificados	Sugestão de adaptação transcultural
P2 Prof. Doutor - Enfermagem	SE um idoso vulnerável apresentar depressão com características psicóticas, ENTÃO deve ser encaminhado para um psiquiatra ou deve receber tratamento com uma combinação de um antidepressivo e um antipsicótico <del>ou TEC</del> .	SE um idoso vulnerável apresentar depressão com características psicóticas, ENTÃO deve ser encaminhado para um psiquiatra ou deve receber tratamento com uma combinação de um antidepressivo e um antipsicótico.
	(...) Considerar TEC.	

**Quadro 13:** Identificação de problemas de análise da relevância de conteúdo (P2), com respetiva sugestão de adaptação transcultural do ACOVE-3.

IQ Equidade no acesso a cuidados de saúde		
Painel de Peritos Saúde	Relevância de Conteúdo	
	Descrição/justificação de problemas identificados	Sugestão de construção
P3 Medicina Geral e Familiar	SE for receitado um inibidor da ECA a um idoso vulnerável e a creatinina sérica/potássio sérico não foram monitorizados no espaço de 2 semanas após o início da terapêutica e, posteriormente, pelo menos, uma vez por ano ENTÃO deve avaliar e registar as seguintes possibilidades: indisponibilidade no acesso à consulta/exame (especificar o motivo); inacessibilidade geográfica/física; custos financeiros incorridos (especificar quais); qualidade associada ao processo (atendimento dos profissionais, horários); recusa do utente/prestador de cuidados (não corresponde às suas necessidades/expetativas).	SE for receitado um inibidor da ECA a um idoso vulnerável e a creatinina sérica/potássio sérico não foram monitorizados no espaço de 2 a 4 <b>semanas</b> após o início da terapêutica e, posteriormente, pelo menos, uma vez por ano ENTÃO deve avaliar e registar as seguintes possibilidades: indisponibilidade no acesso à consulta/exame (especificar o motivo); inacessibilidade geográfica/física; custos financeiros incorridos (especificar quais); qualidade associada ao processo (atendimento dos profissionais, horários); recusa do utente/prestador de cuidados (não corresponde às suas necessidades/expetativas).
	SE a um idoso vulnerável for prescrito um diurético de ansa e, posteriormente, não se verificarem os eletrólitos no espaço de 2 semanas após o início e, pelo menos, uma vez por ano ENTÃO deve avaliar e registar as seguintes possibilidades: indisponibilidade no acesso à consulta/exame (especificar o motivo); inacessibilidade geográfica/física; custos financeiros incorridos (especificar quais); qualidade associada ao processo (atendimento dos profissionais, horários); recusa do utente/prestador de cuidados (não corresponde às suas necessidades/expetativas)	SE a um idoso vulnerável for prescrito um diurético de ansa e, posteriormente, não se verificarem os eletrólitos no espaço de 2 a 4 <b>semanas</b> após o início e, pelo menos, uma vez por ano ENTÃO deve avaliar e registar as seguintes possibilidades: indisponibilidade no acesso à consulta/exame (especificar o motivo); inacessibilidade geográfica/física; custos financeiros incorridos (especificar quais); qualidade associada ao processo (atendimento dos profissionais, horários); recusa do utente/prestador de cuidados (não corresponde às suas necessidades/expetativas)

**Quadro 14:** Identificação de problemas de análise da relevância de conteúdo (P3), com respetiva sugestão de adaptação transcultural do ACOVE-3.

ACOVE-3		
Painel de Peritos Saúde	Relevância de Conteúdo	
	Descrição/justificação de problemas identificados	Sugestão de adaptação transcultural
P3 Medicina Geral e Familiar	SE um idoso vulnerável apresenta sintomas de depressão, ENTÃO o paciente deve ser inquirido relativamente à depressão/tratamento ou <del>deve ser encaminhado para psiquiatria num espaço de 2 semanas após a apresentação dos sintomas.</del>	SE um idoso vulnerável apresenta sintomas de depressão, ENTÃO o paciente deve ser inquirido relativamente à depressão, <b>medicado nos CSP e apenas, após ineficácia de tratamento, deve ser encaminhado para especialidade.</b>
	SE um idoso vulnerável for diagnosticado com um novo episódio de depressão, ENTÃO a história clínica deve documentar, pelo menos, três dos nove sintomas-alvo de depressão grave do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, <del>4.ª edição (DSM-IV)</del> , num prazo de 2 semanas após o diagnóstico.	SE um idoso vulnerável for diagnosticado com um novo episódio de depressão, ENTÃO a história clínica deve documentar, pelo menos, três dos nove sintomas-alvo de depressão grave do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, <b>5.ª edição (DSM-V)</b> , num prazo de 2 semanas após o diagnóstico.
	SE um idoso vulnerável iniciar medicação antidepressiva, ENTÃO os seguintes medicamentos não devem ser utilizados como terapia de primeira ou segunda linha: aminas terciárias tricíclicas (amitriptilina, imipramina, doxepina, clomipramina, trimipramina), inibidores da monoamina oxidase (IMAO), exceto se se tratar de uma depressão atípica, <del>benzodiazepinas</del> ou estimulantes (exceto metilfenidato).	SE um idoso vulnerável iniciar medicação antidepressiva, ENTÃO os seguintes medicamentos não devem ser utilizados como terapia de primeira ou segunda linha: aminas terciárias tricíclicas (amitriptilina, imipramina, doxepina, clomipramina, trimipramina), inibidores da monoamina oxidase (IMAO), exceto se se tratar de uma depressão atípica) ou estimulantes (exceto metilfenidato).
	SE um idoso vulnerável apresentar depressão com características psicóticas, ENTÃO deve ser encaminhado para um psiquiatra ou deve receber tratamento com uma combinação de um antidepressivo e um antipsicótico <del>ou TEC</del> .	SE um idoso vulnerável apresentar depressão com características psicóticas, ENTÃO deve ser encaminhado para um psiquiatra ou deve receber tratamento com uma combinação de um antidepressivo e um antipsicótico.
	SE um idoso vulnerável com depressão apenas apresentar uma resposta parcial após 12 semanas de tratamento, ENTÃO deve seguir-se uma das opções de tratamento seguintes <del>na 16.ª semana de tratamento.</del>	SE um idoso vulnerável com depressão apenas apresentar uma resposta parcial após 12 semanas de tratamento, ENTÃO deve seguir-se uma das opções de tratamento seguintes.
	(...) Considerar TEC.	
	SE for receitado um inibidor da ECA a um idoso vulnerável, ENTÃO a creatinina sérica e o potássio sérico devem ser monitorizados no espaço de 2 semanas após o início da terapêutica e, posteriormente, pelo menos, uma vez por ano.	SE for receitado um inibidor da ECA a um idoso vulnerável, ENTÃO a creatinina sérica e o potássio sérico devem ser monitorizados no espaço de 2 a 4 <b>semanas</b> após o início da terapêutica e, posteriormente, pelo menos, uma vez por ano.
	SE a um idoso vulnerável for prescrito um diurético de ansa, ENTÃO deve verificar-se os eletrólitos do idoso vulnerável no espaço de 2 semanas após o início e, pelo menos, uma vez por ano.	SE a um idoso vulnerável for prescrito um diurético de ansa, ENTÃO deve verificar-se os eletrólitos do idoso vulnerável no espaço de 2 a 4 <b>semanas</b> após o início e, pelo menos, uma vez por ano.

**Quadro 15:** Identificação de problemas de análise da relevância de conteúdo (P3), com respetiva sugestão de construção do IQ Equidade no acesso a cuidados de saúde.

Face ao conjunto de contributos obtidos, inclusive ao nível da identificação de problemas de harmonização (com respetivas sugestões) e com base nos critérios de seleção de conteúdo, verificamos que em ambos os instrumentos, igualmente, se destaca uma percentagem bastante residual, de apenas 2% dos itens que obtiveram 67% de rejeição pelos peritos (Quadro 16 e 17).

Critérios de seleção de conteúdo				
ACOVE	Clareza de Conteúdo		Relevância de Conteúdo	
	% itens com valor igual ou superior a 67% de confirmação	% itens rejeitados com valor igual ou superior a 67% de rejeição	% itens com valor igual ou superior a 67% de confirmação	% itens rejeitados com valor igual ou superior a 67% de rejeição
Painel de Peritos Saúde	100	0	98	2

Quadro 16: Análise genérica de ponderações face aos critérios de seleção de conteúdo para o ACOVE-3.

Critérios de seleção de conteúdo				
IQ Equidade	Clareza de Conteúdo		Relevância de Conteúdo	
	% itens com valor igual ou superior a 67% de confirmação	% itens rejeitados com valor igual ou superior a 67% de rejeição	% itens com valor igual ou superior a 67% de confirmação	% itens rejeitados com valor igual ou superior a 67% de rejeição
Painel de Peritos Saúde	100	0	98	2

Quadro 17: Análise genérica de ponderações face aos critérios de seleção de conteúdo para o IQ Equidade.

Neste sentido e no atual ponto de discussão, face aos valores verificados, foi aberto o pressuposto de discussão, entre o investigador e o painel, na obtenção de conciliação de conteúdo dos instrumentos até se gerar confirmação pelo consenso. Os seguintes quadros expressam os itens perante os quais foi necessário intervir, com respetivas sugestões finais de adaptação transcultural (Quadro 18 e 19):

	Harmonização de relevância de conteúdo	
	Descrição/justificação de problemas identificados	Sugestão de adaptação transcultural
ACOVE-3	SE um idoso vulnerável apresenta sintomas de depressão, ENTÃO o paciente deve ser inquirido relativamente à depressão/tratamento ou <del>deve ser encaminhado para psiquiatria num espaço de 2 semanas após a apresentação dos sintomas.</del>	SE um idoso vulnerável apresenta sintomas de depressão, ENTÃO o paciente deve ser inquirido relativamente à depressão, <b>medicado nos CSP e apenas, após ineficácia de tratamento, deve ser encaminhado para especialidade.</b>
	SE um idoso vulnerável for diagnosticado com um novo episódio de depressão, ENTÃO a história clínica deve documentar, pelo menos, três dos nove sintomas-alvo de depressão grave do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, <del>4.ª edição (DSM-IV)</del> , num prazo de 2 semanas após o diagnóstico.	SE um idoso vulnerável for diagnosticado com um novo episódio de depressão, ENTÃO a história clínica deve documentar, pelo menos, três dos nove sintomas-alvo de depressão grave do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, <b>5.ª edição (DSM-V)</b> , num prazo de 2 semanas após o diagnóstico.
	SE um idoso vulnerável iniciar medicação antidepressiva, ENTÃO os seguintes medicamentos não devem ser utilizados como terapia de primeira ou segunda linha: amins terciárias tricíclicas (amitriptilina, imipramina, doxepina, clomipramina, trimipramina), inibidores da monoamina oxidase (IMAO; exceto se se tratar de uma depressão atípica), <del>benzodiazepinas</del> ou estimulantes (exceto metilfenidato).	SE um idoso vulnerável iniciar medicação antidepressiva, ENTÃO os seguintes medicamentos não devem ser utilizados como terapia de primeira ou segunda linha: amins terciárias tricíclicas (amitriptilina, imipramina, doxepina, clomipramina, trimipramina), inibidores da monoamina oxidase (IMAO; exceto se se tratar de uma depressão atípica) ou estimulantes (exceto metilfenidato).
	SE um idoso vulnerável apresentar depressão com características psicóticas, ENTÃO deve ser encaminhado para um psiquiatra ou deve receber tratamento com uma combinação de um antidepressivo e um antipsicótico <del>ou TEG.</del>	SE um idoso vulnerável apresentar depressão com características psicóticas, ENTÃO deve ser encaminhado para um psiquiatra ou deve receber tratamento com uma combinação de um antidepressivo e um antipsicótico.

Quadro 18: Itens do ACOVE-3 com procedimento de harmonização de conteúdo.

	Harmonização de relevância de conteúdo	
	Descrição/justificação de problemas identificados	Sugestão de construção
IQ Equidade no acesso a cuidados de saúde	SE for receitado um inibidor da ECA a um idoso vulnerável e a creatinina sérica/potássio sérico não foram monitorizados no espaço de 2 semanas após o início da terapêutica e, posteriormente, pelo menos, uma vez por ano ENTÃO deve avaliar e registar as seguintes possibilidades: indisponibilidade no acesso à consulta/exame (especificar o motivo); inacessibilidade geográfica/física; custos financeiros incorridos (especificar quais); qualidade associada ao processo (atendimento dos profissionais, horários); recusa do utente/prestador de cuidados (não corresponde às suas necessidades/expetativas).	SE for receitado um inibidor da ECA a um idoso vulnerável e a creatinina sérica/potássio sérico não foram monitorizados no espaço de 2 a 4 semanas após o início da terapêutica e, posteriormente, pelo menos, uma vez por ano ENTÃO deve avaliar e registar as seguintes possibilidades: indisponibilidade no acesso à consulta/exame (especificar o motivo); inacessibilidade geográfica/física; custos financeiros incorridos (especificar quais); qualidade associada ao processo (atendimento dos profissionais, horários); recusa do utente/prestador de cuidados (não corresponde às suas necessidades/expetativas).
	SE a um idoso vulnerável for prescrito um diurético de ansa e, posteriormente, não se verificarem os eletrólitos no espaço de 2 semanas após o início e, pelo menos, uma vez por ano ENTÃO deve avaliar e registar as seguintes possibilidades: indisponibilidade no acesso à consulta/exame (especificar o motivo); inacessibilidade geográfica/física; custos financeiros incorridos (especificar quais); qualidade associada ao processo (atendimento dos profissionais, horários); recusa do utente/prestador de cuidados (não corresponde às suas necessidades/expetativas)	SE a um idoso vulnerável for prescrito um diurético de ansa e, posteriormente, não se verificarem os eletrólitos no espaço de 2 a 4 semanas após o início e, pelo menos, uma vez por ano ENTÃO deve avaliar e registar as seguintes possibilidades: indisponibilidade no acesso à consulta/exame (especificar o motivo); inacessibilidade geográfica/física; custos financeiros incorridos (especificar quais); qualidade associada ao processo (atendimento dos profissionais, horários); recusa do utente/prestador de cuidados (não corresponde às suas necessidades/expetativas)

Quadro 19: Itens do IQ com procedimento de harmonização de conteúdo.

Finda esta etapa elaborou-se a respetiva síntese única dos instrumentos.

### Painel de Peritos - Línguas Aplicadas

No presente ponto de atividade, como reforço de qualidade acrescida ao trabalho, após elaboração de uma tradução reversa da síntese única para a língua original (resultante da harmonização de conteúdo pelo contributo do anterior painel), obedeceu-se ao pressuposto fundamental de complementaridade de avaliação semântica, agora ao nível da significação de conteúdo. Conforme expressam Borsa, Damásio e Bandeira (2012), este é o momento metodológico que objetiva a minimização de possíveis inconsistências de significado ou erros conceituais entre as duas versões (a original e a retraduzida), dado que as incongruências gramaticais de clareza e relevância do instrumento (objeto de estudo) foram previamente transpostas.

Importa referir que, atualmente, a consecução de uma equivalência de tradução está mais comumente associada à necessidade de ser reproduzirem os mesmos efeitos do que à obtenção e à escolha de palavras literalmente correspondentes (Canabarro, Teixeira e Schmidt, 2018). Reforça-se que este foi sem dúvida o pressuposto de análise dos dois peritos que constituíram o presente painel (Línguas Aplicadas - P1 e P2), com idêntico recurso ao IVC e às respetivas normas procedimentais (de seleção de conteúdo dos itens), pré-concebidas metodologicamente.

O processo de análise dos resultados obtidos (unicamente expressa para o ACOVE-3), comparavelmente ao Painel da Saúde, assumiu-se pelo recurso à média aritmética para o IVC, com identificação de frequências relativas face ao conjunto de itens avaliados (confirmados e rejeitados) individualmente por cada participante (Quadro 20).

Painel de Peritos Línguas Aplicadas	Significação de Conteúdo		
	IVC (média aritmética)	% itens confirmados	% itens rejeitados
P1	4	100	0
P2	4	100	0

**Quadro 20:** Análise descritiva individual dos dados atribuídos pelo painel de peritos - Línguas Aplicadas na avaliação da retroversão da síntese única do ACOVE-3.

Constata-se que, pela a anterior residual necessidade de harmonização de conteúdo do ACOVE-3 (relembra-se que apenas 2% do total de itens exibiram problemas mínimos ao nível de relevância pelos peritos da saúde), os possíveis efeitos de variabilidade de significado na versão retraduzida (ajustados ao processo de adaptação transcultural) foram nulos (obtendo-se 100% de itens com significação inalterada, valor relativo confirmado pela leitura da média do IVC=4 para ambos os peritos), pelo que é garantida a conservação dos conceitos, a adequação de termos e a mesma referência cultural do instrumento nos diferentes contextos.

Neste sentido, concluída a atual fase, procedeu-se à estruturação da versão pré-final exigida (Anexo 3 - versão pré-final).

### ***Focus Grupo - Análise da perceção de valor no recurso ao ACOVE-3/análise da proposta complementar IQ Equidade no Acesso***

No desígnio inerente de conferir robustez metodológica e corroboração de valor ao processo de equivalência semântica do ACOVE-3 para o contexto português dos CSP incluindo, associado ao instrumento, a análise da proposta elaborada pelo investigador na introdução complementar de IQ – dimensão Equidade no acesso, considerou-se fundamental o desenvolvimento adicional da etapa de validação qualitativa capaz de explorar a perceção de valor (potencial de adesão) atribuída pela equipa

multiprofissional de saúde do ACES Cávado III Barcelos/Esposende face ao recurso dos citados IQ na atividade assistencial prestada ao idoso vulnerável.

Neste sentido, no atual ponto de discussão, com recurso ao sistema de operações de análise de conteúdo (previamente desenvolvido, segundo Vala, 2005, no capítulo 3, recolha e análise de dados), são expostos e descritos, face à primeira atividade, os testemunhos gerados pelos elementos integrantes no *focus* grupo 1 e 2 (composto, no seu conjunto, por um total de dez profissionais) (Quadro 21) e, posteriormente, o *focus* grupo 3 (disposto por cinco elementos) (Quadro 22).

Reforça-se que a opção pela presente estratégia de tratamento de dados qualitativos, percorrendo as questões estruturadas que serviram de base ao trabalho de campo do investigador na atividade de *focus* grupo, proporcionou ao leitor o perfil de integralidade e transversalidade perante o objeto temático. De salientar a perceção social inerente à metodologia de análise de conteúdo, na medida em que fica testemunhada a capacidade de produção inferências com base em narrações para seu contexto social de forma objetiva (Bauer e Gaskell, 2002).

Ressalva-se ainda que, associada às unidades de registo que compõem a análise de conteúdo (quadros infra), é destacada a citação por ordem de disposição na mesa e de referência dos elementos no desenvolvimento da atividade. Mais se acresce que as características de exaustividade e exclusividade propostas por Vala (2005), foram igualmente consideradas. Pretende-se assim garantir, no primeiro caso, que todas as unidades de registos possam ser colocadas numa das categorias e, no segundo caso, que a mesma unidade de registo possa caber numa só categoria.



CATEGORIA (Termo chave)	SUBCATEGORIAS (Indicadores referentes à categoria)	UNIDADE DE REGISTO FORMAL
Pessoa Idosa Vulnerável	Condições clínicas de vulnerabilidade	(...) alterações próprias do envelhecimento (E1) (...) sem dúvida as co-morbidades (E5) (...) os problemas de saúde mental (E3) (...) alterações da visão e da audição (E10) (...) limitações da mobilidade (E6) (...) as demências, por exemplo (E7) (...) a depressão também (E9)
PNSPI	Gestão Saúde do Idoso – IQ CSP	(...) dificulta a adequação dos cuidados de saúde face às necessidades específicas das pessoas idosas (E4) (...) não se atua no sentido da obtenção de ganhos em saúde para o idoso (E5) (...) as métricas existentes não clarificam a qualidade dos processos (E1) (...) apenas estão parametrizadas quatro métricas de avaliação de desempenho relacionadas com a saúde do idoso (E3) (...) faltam mais indicadores relacionados com essa vertente (E2) (...) levam a um aumento de risco de agravamento das condições de saúde/doença (E4) (...) provavelmente o aumento de casos de hospitalização e até morte nos idosos é por causa da pouca monitorização (E1) (...) os indicadores que temos são muito poucos (E8) (...) e são muito dirigidos, diria que limitadores (E9) (...) acho que até nem nos permitem ver as dificuldades, as vulnerabilidades do idoso (E10) (...) os que existem avaliam quantidades de medicamentos, mas não são focados nas reais necessidades do utente (E7) (...) leva à subvalorização do que são os verdadeiros problemas dos idosos (E9) (...) com tão poucos indicadores contratualizados eu diria que pode resultar uma diminuição da qualidade dos nossos cuidados (E6) (...) agora tenho noção que a avaliação que fazemos é mesmo muito pouco completa (E7) (...) aborda vários aspetos ainda pouco valorizados pelos profissionais de saúde (E3) (...) através da aplicação do ACOVE-3 surge um grupo de intervenções específicas que implementadas em prática clínica podem resultar em ganhos em saúde (E2) (...) a implementação da check-list ia trazer mais valias, sem dúvida (E1) (...) o conteúdo retrata aquilo que deve ser avaliado em CSP (E3) (...) permite uma vigilância apertada das várias condições clínicas (E5) (...) permite maximizar a promoção da saúde, a prevenção da doença e a gestão de cuidados de saúde/doença (E4) (...) eu acrescento que nos ia permitir melhorar os cuidados prestados aos nossos utentes (E5) (...) reúne os aspetos essenciais que devem fazer parte daquilo que é o papel do profissional de saúde neste contexto (E1) (...) dá uma noção completa e adequada às necessidades mais prevalentes dos idosos (E6) (...) uma ferramenta que complementaria a prática clínica dos profissionais de saúde (E9) (...) é mais fácil reconhecer se realmente o processo assistencial é adequado às necessidades da pessoa idosa (E10) (...) o ACOVE está bastante completo (E8) (...) ao ver a check-list é que realmente nos apercebemos que existem muitas condições que não valorizamos, isto porque nos concentramos em queixas muito específicas dos idosos (E10) (...) pode ser utilizada para tirar conclusões relacionadas com a boa prática dos profissionais de saúde (E6) (...) permite-nos filtrar os problemas dos idosos e ajustar os cuidados em função disso (E7) (...) ajuda a adequação dos cuidados prestados ao idoso (E9) (...) ajudaria a ter idosos mais bem controlados e, portanto, com menos co-morbidades (E6)
ACOVE-3	Vantagens	(...) o tempo limitado das consultas (E3) (...) como é extensa vai haver resistência por parte dos profissionais (E1) (...) tudo que é novidade é sempre mais difícil (E4) (...) dado que exige uma possível mudança da prática, há profissionais que provavelmente não vão aderir (E10) (...) os profissionais, em geral, são muito renitentes a tudo que seja diferente e dê mais trabalho (E9) (...) uma coisa que ocupe espaço na consulta é sempre algo que os profissionais tentam evitar (E7) (...) seria interessante desenvolver uma aplicação de preenchimento automático mediante os diagnósticos, capaz de nos dar no final o resultado geral e específico para corrigirmos a prática (E1) (...) era bom estar integrado nos nossos sistemas de informação (E4) (...) devia haver tipo um algoritmo de escolha, avalia, tem demência? Sim ou não e passa à frente (E2) (...) devia-se dizer que o que se vai gastar a mais (o tempo de aplicação) depois vai ser recompensado (E5) (...) o desenvolvimento de uma check-list breve, que depois era complementada com a completa (E6) (...) se nos focarmos nas mais valias do ACOVE, pode ser bem aceite pela equipa (E9) (...) apresentar aos profissionais que este é um instrumento que acrescenta qualidade (E10) (...) podia-se começar por fazer tipo auditorias com o ACOVE, tipo um trabalho de melhoria continua e depois os profissionais iam ver a vantagem, na prática (E7) (...) não pegariamos em todos os idosos de uma vez, mas faríamos um género de um trabalho piloto (E8) (...) como não estamos muito habituados com a grelha, aos bocadinhos iam-nos familiarizando (E6)
	Limitações operacionais	(...) o tempo limitado das consultas (E3) (...) como é extensa vai haver resistência por parte dos profissionais (E1) (...) tudo que é novidade é sempre mais difícil (E4) (...) dado que exige uma possível mudança da prática, há profissionais que provavelmente não vão aderir (E10) (...) os profissionais, em geral, são muito renitentes a tudo que seja diferente e dê mais trabalho (E9) (...) uma coisa que ocupe espaço na consulta é sempre algo que os profissionais tentam evitar (E7) (...) seria interessante desenvolver uma aplicação de preenchimento automático mediante os diagnósticos, capaz de nos dar no final o resultado geral e específico para corrigirmos a prática (E1) (...) era bom estar integrado nos nossos sistemas de informação (E4) (...) devia haver tipo um algoritmo de escolha, avalia, tem demência? Sim ou não e passa à frente (E2) (...) devia-se dizer que o que se vai gastar a mais (o tempo de aplicação) depois vai ser recompensado (E5) (...) o desenvolvimento de uma check-list breve, que depois era complementada com a completa (E6) (...) se nos focarmos nas mais valias do ACOVE, pode ser bem aceite pela equipa (E9) (...) apresentar aos profissionais que este é um instrumento que acrescenta qualidade (E10) (...) podia-se começar por fazer tipo auditorias com o ACOVE, tipo um trabalho de melhoria continua e depois os profissionais iam ver a vantagem, na prática (E7) (...) não pegariamos em todos os idosos de uma vez, mas faríamos um género de um trabalho piloto (E8) (...) como não estamos muito habituados com a grelha, aos bocadinhos iam-nos familiarizando (E6)
	Sugestões	(...) o tempo limitado das consultas (E3) (...) como é extensa vai haver resistência por parte dos profissionais (E1) (...) tudo que é novidade é sempre mais difícil (E4) (...) dado que exige uma possível mudança da prática, há profissionais que provavelmente não vão aderir (E10) (...) os profissionais, em geral, são muito renitentes a tudo que seja diferente e dê mais trabalho (E9) (...) uma coisa que ocupe espaço na consulta é sempre algo que os profissionais tentam evitar (E7) (...) seria interessante desenvolver uma aplicação de preenchimento automático mediante os diagnósticos, capaz de nos dar no final o resultado geral e específico para corrigirmos a prática (E1) (...) era bom estar integrado nos nossos sistemas de informação (E4) (...) devia haver tipo um algoritmo de escolha, avalia, tem demência? Sim ou não e passa à frente (E2) (...) devia-se dizer que o que se vai gastar a mais (o tempo de aplicação) depois vai ser recompensado (E5) (...) o desenvolvimento de uma check-list breve, que depois era complementada com a completa (E6) (...) se nos focarmos nas mais valias do ACOVE, pode ser bem aceite pela equipa (E9) (...) apresentar aos profissionais que este é um instrumento que acrescenta qualidade (E10) (...) podia-se começar por fazer tipo auditorias com o ACOVE, tipo um trabalho de melhoria continua e depois os profissionais iam ver a vantagem, na prática (E7) (...) não pegariamos em todos os idosos de uma vez, mas faríamos um género de um trabalho piloto (E8) (...) como não estamos muito habituados com a grelha, aos bocadinhos iam-nos familiarizando (E6)

**Quadro 21:** Sistema categorial de operações para análise de conteúdo – percepção de valor dos profissionais no recurso ao ACOVE-3.

Em termos genéricos, pela análise exposta do discurso dos profissionais face à dimensão avaliada – percepção de valor no recurso ao ACOVE-3 – revelam-se evidentes os seguintes pontos inferenciais:

- I. a dificuldade expressa na objetivação/enunciação clara das condições clínicas (pelo menos as constantes no PNSPI) que, uma vez identificadas no idoso, se associam a fenómenos de vulnerabilidade. As mesmas foram descritas como genéricas (próprias de um declínio fisiológico que acompanha o envelhecimento), associadas a processos de co-morbilidades.
- II. ao refletirem nas doze condições clínicas de vulnerabilidade expressas, quer no PNSPI, quer na *check-list* do ACOVE-3, os profissionais referiram que os atuais indicadores nacionais contratualizados para a Gestão da Saúde do Idoso nos CSP (que identificam ser quatro), de facto, são limitadores, não permitem sensibilizar, valorizar, inclusive, orientar as equipas de saúde para a necessidade de uma avaliação integral da pessoa e, associado à atividade de governação clínica, obterem-se ilações face à qualidade dos processos assistenciais que lhe são prestados. O que, posteriormente, resultaria numa adequação dos cuidados/serviços em prol da obtenção de ganhos em saúde (menos agudizações, hospitalizações, mortalidade). A este nível, evidenciam a necessidade de acrescentarem mais métricas de avaliação de desempenho.
- III. a apresentação da *check-list* ACOVE-3 assumiu-se, na perspetiva dos profissionais de saúde presentes, como um instrumento que, uma vez integrado nas atividades de trabalho das equipas, permitiria dar resposta às necessidades anteriormente identificadas. Evidencia-se a característica de integralidade e de transversalidade que a *check-list* assume ao percorrer as condições clínicas citadas no PNSPI, ainda pouco consideradas pelas equipas no atendimento do idoso, o que complementariam os restantes indicadores dos CSP. Por outro lado, muito para além do ACOVE-3 (versão adaptada) destacar o conjunto de fenómenos de vulnerabilidade, o mesmo permite orientar o utilizador para o grupo de intervenções que, uma vez assumidos, concluem, com qualidade, o processo de cuidados prestados ao idoso. De referir ainda a vantagem do ACOVE-3 ser perspetivado como um instrumento que se ajusta ao nível dos CSP, com reflexos quer no nível primário e secundário (promoção da saúde/prevenção da doença/adesão aos rastreios), terciário e quaternário (gestão da doença). Neste ponto,

a *check-list* irá permitir avaliar, obter informações sobre a qualidade dos cuidados, sobre a consecução das boas práticas prestadas à pessoa, adequando-as nas equipas.

- IV. as limitações operacionais, apresentadas pelo grupo, que possivelmente condicionariam a intenção de utilização da *check-list* ACOVE-3 pelas equipas de saúde, seriam a extensibilidade do instrumento, o que perante os tempos aferidos de consulta (parte da estrutura orgânica das US) evidenciariam uma resistência à mudança (comportamento organizacional previsível), associada à alteração da prática dos profissionais.
- V. como fator estratégico na operacionalização da *check-list* destaca-se a proposta de, perante as equipas, o foco da abordagem inicial se centrar de forma objetiva e efetivamente nas suas vantagens/impacto que a mesma condicionará na qualidade dos cuidados prestados ao idoso. Por outro lado, seria crucial a integração/internalização do instrumento nos atuais sistemas de informação utilizados pelas equipas. Segundo os mesmos, ao nível do processo clínico do idoso, por via de algoritmos ou mediante a listagem de diagnósticos médicos/enfermagem ativados, deveria resultar um preenchimento automático da *check-list*, cujo resultado lido pelo profissional lhe permitiria adequar a prática dos seus cuidados. Seria igualmente vantajoso a elaboração de uma *check-list* breve de indicadores assessórios ao instrumento integral, inclusive propor-se a implementação do ACOVE-3 nos processos de trabalho de uma US piloto (projeto contratualizado de melhoria contínua), cujos resultados comparativos, pudessem revelar as mais valias da sua utilização futura, reforçando a proposta de extensibilidade às restantes unidades.

CATEGORIA (Termo chave)	SUBCATEGORIAS (Indicadores referentes à categoria)	UNIDADE DE REGISTO FORMAL
Equidade no Acesso a Cuidados de Saúde	Conceito	(...) igual oportunidade de atingir o seu potencial de saúde pelo acesso a cuidados necessários e de qualidade (E4) (...) é o acesso a cuidados de saúde ajustado às necessidades de cada pessoa (E1) (...) qualquer pessoa, de qualquer estrato social, com qualquer patologia, tem as mesmas condições de acesso aos cuidados (E5)
	Eixos	(...) os custos interferem com o acesso (E2) (...) a distância física entre a pessoa e os recursos, se mora longe e tiver de vir de táxi pode já nem vir, por ser caro (E4) (...) os níveis de literacia em saúde (E5) (...) a vontade da pessoa querer o cuidado (E1)
	Qualidade em saúde (IQ CSP)	(...) equidade no acesso é uma dimensão dos IQ, sem dúvida (E3) (...) obrigatoriamente tem de ser (E2) (...) se não existir equidade já não há qualidade, comprometem-se uma à outra (E1) (...) se monitorizarmos os níveis de equidade da população também teremos melhores níveis de saúde e satisfação das populações, no fundo, melhor qualidade dos cuidados (E5) (...) sem atenção à equidade no acesso com IQ a sua saúde pode ficar comprometida, sobretudo nos idosos (E2) (...) tem sido pouco valorizada pelos profissionais (E1) (...) os indicadores que nós temos mostra essa subvalorização da equidade no acesso (E5) (...) o painel de indicadores não tem nada para avaliar o acesso dos idosos aos cuidados, apenas aos domicílios (E3) (...) os indicadores atuais que avaliam o acesso são gerais para toda a população, mas nos idosos que são um grupo vulnerável, como as crianças e as grávidas, deviam exigir mais atenção (E4)
IQ propostos - dimensão de Equidade no acesso a cuidados de saúde	Sugestões	(...) não existem sugestões de melhoria, uma vez que o conteúdo retrata aquilo que deve ser avaliado em CSP (E3) (...) são propostas completas (E5) (...) ajuda os profissionais a explorar os motivos, sem ficar pela rama do sim ou não iniciou a medicação. Era não e pronto (E2) (...) eu acho que estão muito bem (E1)

**Quadro 22:** Sistema categorial de operações para análise de conteúdo – Análise da proposta de construção dos IQ - dimensão de equidade no acesso a cuidados de saúde complementares ao ACOVE-3.

Na exploração de conteúdo obtido próximo dos profissionais participantes na atividade, análise da proposta de IQ – dimensão de equidade no acesso a cuidados de saúde complementares ao ACOVE-3, destacam-se os principais pontos de reflexão:

- I. os elementos revelam conhecimento, a noção concetual da dimensão de equidade no acesso a cuidados de saúde alinha-se com o descrito pelo referencial teórico. No entanto, em termos de identificação dos eixos que operacionalizam a sua avaliação, apenas são mencionados três de entre os cinco que, de facto, sustentam objetividade. Embora referido, realça-se que o nível de literacia não é incluso na sua parametrização. Segundo Furtado e Pereira (2010) este assume-se, igualmente, como um determinante da equidade em saúde, complementar, mas díspar do acesso aos cuidados. De destacar a associação indissociável da referida dimensão (ainda que pouco valorizada, segundo opinião dos mesmos) com o domínio de qualidade em saúde (em termos de IQ). Para os profissionais presentes a monitorização dos níveis de equidade da população (presentemente subvalorizada e pouco integral) apresenta uma relação direta e proporcional com os níveis de saúde e de satisfação das pessoas, destacando, neste

ponto, os idosos como um grupo preocupante e vulnerável. De salientar a ideia de que os IQ definidos para esta dimensão e atualmente existentes nos CSP são, no entanto, genéricos para toda a população.

- II. perante a análise da proposta de IQ, associados ao ACOVE-3 e face ao pedido de sugestões de melhoria/adaptação de conteúdo foi consensual não existir necessidade de adequação ou mudança uma vez que os mesmos estão adaptados às necessidades e ao nível de intervenção dos CSP, assumindo-se como completas.

## CONCLUSÃO

Chegado ao término do presente estudo de investigação urge a necessidade de se aferir o nível de execução dos objetivos a que inicialmente o investigador se propôs, quer na sua essência académica, quer pessoal. Assevera-se, neste ponto, que a diversidade de competências técnicas (conceituais/operacionais) e humanas (relacionais, comunicacionais e de liderança), requeridas nas distintas etapas de desenvolvimento do trabalho de campo, culminaram na concretização integral das metas inicialmente propostas, reforçando o potencial de aprendizagem inerente ao processo formativo. Pretende-se igualmente salientar, com atributo qualitativo, o papel orientador e tutorial da equipa pedagógica da Unidade Curricular Dissertação/Projeto assumida pelo Professor Doutor José Crispim, em parceria com a Professora Doutora Ana Paula Macedo, da Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho. Foram, sem dúvida, elementos fundamentais na definição e na estruturação de um adequado percurso académico.

De evidenciar que, muito embora tenham sido experienciadas algumas adversidades, próprias da natureza do estudo, realçam-se as seguintes:

- I. a extensibilidade de conteúdo da *check-list* ACOVE-3 balizou a execução temporal das etapas requeridas na fase empírica. Foi expresso pelos peritos e tradutores a necessidade de um período extenso de trabalho, com imputação de elevados custos financeiros associados na remuneração das atividades (tradução – retradução);
- II. a dificuldade sentida no encontro de disponibilidade pessoal dos elementos solicitados para estudo, quer na execução do processo de equivalência semântica do instrumento original americano ACOVE-3, quer na atividade de *focus grupo*.

O trabalho obtido reflete, no final, a capacidade e a motivação do investigador, mas sobretudo a satisfação expressa pelo próprio, uma vez que, face à problemática eminente e sem precedentes que o fenómeno de envelhecimento demográfico representa em Portugal, com impacto significativo no Sistema de Saúde, o mesmo pode contribuir (via académica e profissional) para um incremento na qualidade dos processos assistenciais prestados ao idoso vulnerável ao nível dos CSP. E este foi, particularmente, o ponto inovador e de partida do estudo.

Relembra-se que em Portugal, até ao momento, apesar da solicitação/sugestão de alguns estudos na área dirigidos ao idoso, com evocação do ACOVE-3 como instrumento estratégico de trabalho (inclusive

pela própria OMS), o mesmo nunca foi sujeito a um processo de equivalência semântica e de adaptação cultural. Pelo que, o presente trabalho apela não só a uma atenção científica/académica para o atual campo temático (aspirando futuros processos de investigação), mas introduz, paralelamente, uma oportunidade de se fomentar um nível distinto de leitura, de gestão organizacional, para a qualidade, via IQ, dos processos assistenciais prestados ao nível dos CSP pelas equipas de saúde. Mais se acresce, o empenho do investigador na elaboração/validação complementar ao ACOVE-3 de IQ – dimensão equidade no acesso a cuidados de saúde, que respondessem ao vazio estrutural apresentado pelo mesmo.

Importa referir que pelos reconhecidos sentidos de análise (clareza, relevância e significação de conteúdo), o integro sistema de obtenção de equivalência semântica do ACOVE-3, não se assumiu como uma mera transcrição do texto original para uma diferente língua, mas uma reconstrução do instrumento originalmente norte americano aplicado para o contexto português, com a plena consciência de que, no referido processo, a língua e a cultura foram indissociáveis e elementos complementares.

Perante a análise do ACOVE-3 e IQ propostos (dimensão equidade no acesso a cuidados de saúde), observa-se em termos genéricos e conclusivos uma ampla aceitabilidade e validação dos instrumentos pelo painel - Saúde (de 94% e 95%, respetivamente) e pelo painel – Línguas (de 100% para o ACOVE-3), o que vigora um perfil fundamental científico, o de confiabilidade dos mesmos.

Em termos de Gestão de Saúde do Idoso, a análise do atual contexto organizacional dos CSP (reiterada pelo painel de IQ contratualizados pela tutela e os seus ACES/US) identificam, a este nível, apenas quatro métricas de avaliação de desempenho das equipas de saúde. Condição que, no estudo, julga-se poder reforçar a dificuldade expressa pelos profissionais na objetivação/enunciação clara das condições clínicas constantes no PNSPI as quais, uma vez presentes no idoso, se associam a fenómenos de vulnerabilidade. As mesmas foram descritas pelos participantes como genéricas (próprias de um declínio fisiológico que acompanha o envelhecimento), associadas a processos de co-morbilidades.

Análise que corrobora com o descrito por Barbosa *et al.* (2017, p. 2), ao afirmarem que, “apesar do crescente número de publicações científicas envolvendo a temática, observa-se que ainda há uma insuficiência no conhecimento acerca da compreensão da vulnerabilidade da pessoa idosa”.

Na verdade, o desconhecimento “das particularidades do processo de envelhecimento pode gerar intervenções capazes de piorar a saúde do idoso”, conhecido concetualmente como um fenómeno de iatrogenia. Este traduz os efeitos deletérios gerados pelos “profissionais de saúde e pelo sistema de

saúde despreparado para dar resposta adequada aos problemas de saúde do idoso” (OMS, 2012, p. 14). Requisito que, perante este grupo populacional, intensifica o risco e o perigo de mortalidade, hospitalização e institucionalização.

Neste ponto, é ainda importante salientar que os profissionais ao refletirem nas doze condições clínicas de vulnerabilidade expressaram uma tomada de consciência e a preocupação perante o facto dos atuais IQ contratualizados não permitirem sensibilizar, inclusive, orientar as equipas de saúde para a necessidade de uma avaliação integral da pessoa e, associado à atividade de governação clínica, obterem-se ilações válidas face à qualidade dos processos assistenciais que lhe são prestados. Fica, a este nível, a evidente necessidade de se incluírem mais métricas, que associadas ao IQ existentes, possam contribuir para a avaliação do desempenho das equipas.

De facto, o que atualmente se reconhece é que os instrumentos estratégicos praticados pelos profissionais de saúde são limitados, razão “que impede uma compreensão sólida sobre os principais aspetos do envelhecimento saudável” (OMS, 2015, p. 23). Esta perspetiva vem reiterar a posição defendida pela DGS (2004, p.1) ao considerar que, apesar dos enormes progressos das ciências da saúde nas últimas décadas terem demonstrado um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa “fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionados com situações suscetíveis de prevenção”.

Na análise da perceção de valor associada ao ACOVE-3 pelos profissionais, evidencia-se que o mesmo foi descrito como um instrumento que, uma vez integrado nas atividades de trabalho das equipas, poderá dar resposta às necessidades anteriormente identificadas. Distingue-se a característica de integralidade e de transversalidade que a *check-list* assume ao percorrer as doze condições clínicas citadas no PNSPI (pouco valorizados pelas equipas no atendimento do idoso).

Por outro lado, muito para além do ACOVE-3 destacar o conjunto de fenómenos de vulnerabilidade, os participantes afirmaram que este orienta, igualmente, o utilizador para um grupo de intervenções adstritas a cada dimensão clínica. E, uma vez assumidas, concluirão com qualidade o processo de cuidados prestados ao idoso. De referir ainda, como vantagem associada, a noção de este ser perspetivado como um instrumento que se ajusta ao nível dos CSP, com reflexos quer no nível primário e secundário (promoção da saúde/prevenção da doença/adesão aos rastreios), quer no terciário e



quaternário (gestão da doença). Neste ponto, a *check-list* possibilitaria a avaliação e a obtenção de informações válidas e acrescidas sobre a qualidade dos cuidados.

Como fator estratégico, na operacionalização do instrumento, destaca-se a proposta de, perante as equipas, o foco da abordagem inicial se centrar de forma objetiva e efetivamente nas suas vantagens e no impacto que a mesma condicionará no perfil de desempenho das US. É acrescida ainda a sugestão de integração/internalização do ACOVE-3 nos atuais sistemas de informação utilizados pelos profissionais. Segundo os mesmos, ao nível do processo clínico do idoso, mediante a listagem de diagnósticos médicos/enfermagem ativados, deveria resultar um preenchimento automático da *check-list*, cujo *score* lido pelo profissional lhe aconselharia uma possível adequação ou reforço dos seus cuidados. Seria igualmente vantajoso a elaboração de uma listagem breve de indicadores assessórios ao instrumento integral.

Considera-se que, nesta etapa, se realça um importante desafio futuro de trabalho, de carácter académico, que acrescente continuidade ao circuito de investigação e valor prático ao instrumento ACOVE-3 junto das equipas de saúde.

Relativamente à leitura da proposta de IQ – dimensão de equidade no acesso a cuidados de saúde complementares ao ACOVE-3, importa demonstrar o conhecimento exposto pelos profissionais. Neste sentido, salienta-se que a noção concetual da referida dimensão se alinha com o descrito pelo referencial teórico. Ainda que, perante o pedido de identificação dos eixos que operacionalizam a sua avaliação, apenas dois tenham sido mencionados de entre um total de cinco que, de facto, sustentam a sua objetividade. Condição que, julga-se, poder comprometer a análise prática da dimensão.

Acresce-se que, apesar de citada pelos participantes, a literacia não é incluída na sua parametrização. Segundo Furtado e Pereira (2010) esta assume-se, igualmente, como uma determinante da equidade em saúde, complementar, mas díspar do acesso aos cuidados.

De destacar a associação feita entre a equidade no acesso (segundo opinião dos profissionais, uma dimensão ainda que pouco valorizada) com o domínio de qualidade em saúde (em termos de IQ). Para os profissionais presentes, a monitorização dos níveis de equidade no acesso da população apresenta uma relação direta e proporcional com os níveis de saúde e de satisfação das pessoas, destacando os idosos como um grupo preocupante e vulnerável. Foi salientada a ideia de que, apesar disso, os IQ

definidos pela tutela (atualmente existentes nos CSP) são gerais e não dirigidos a nichos específicos de população de risco.

Perante a análise da proposta de IQ, associados ao ACOVE-3 e face ao pedido de contributos de melhoria/adaptação de conteúdo foi consensual não existir necessidade de adequação ou alteração, uma vez que os mesmos estão adaptados às necessidades e ao nível de intervenção dos CSP, assumindo-se como integrais.

Distingue-se a benéfica recetividade demonstrada pelos elementos convidados para participar na atividade de *focus* grupo, condição que se revelou como vetor facilitador no desenvolvimento de trabalho de campo liderado pelo investigador (muito porventura, pelo facto do mesmo ser, igualmente, profissional de saúde no seu local de trabalho).

Para futuros estudos complementares, resta ainda sugerir, no empenho prospetivo de trabalho académico a necessidade de, associada à presente metodologia de validação qualitativa do ACOVE-3 para o contexto português dos CSP (que avalia o potencial de adesão dos profissionais de saúde, face à sua utilização em prática clínica), se desenvolver uma vertente empírica de natureza quantitativa. Deste modo, pelo recurso a grupos de controlo e experimental, temporalmente limitado, propõe-se objetivamente a análise exploratória na aplicação prática da *check-list*, com interpretação dos seus possíveis efeitos ao nível da qualidade dos cuidados prestados ao idoso vulnerável.

Face ao fenómeno real de envelhecimento da sociedade portuguesa, condição alarmante e desafiadora a distintos níveis (sobretudo para órgãos de gestão e governação), pretende-se contribuir para a sensibilização de cada profissional/equipa de saúde e, numa visão global, do próprio Sistema de Saúde. Deseja-se, deste modo, intervir antecipada e estrategicamente na evicção de possíveis efeitos deletérios induzidos pelo processo de envelhecimento. Neste sentido, face às principais conclusões do presente estudo, a *check-list* ACOVE-3, poderá ser assumida como um instrumento que, na prática clínica, confira vantagem competitiva às organizações de saúde e muito, particularmente, à pessoa idosa utilizadora dos serviços.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2017). *Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2017*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Aleixo, T., Escoval, A., Fontes, R. & Fonseca, C. (2011). Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 141-149.
- Alexandre, N.M.C. & Coluci, M.Z.O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciências & Saúde Coletiva*, 16 (7), 3061-3068.
- Andersen, R.M. (1995). Revisiting the Behavioural Model and Access to Medical Care: Does it Matter?. *Journal of Health and Social Behaviour*, 36 (1) 1-10.
- Arora, V.M., Johnson, M., Olson, J., Podrazik, P.M., Levine, S., DuBeau, C.E., Sachs, G.A & Meltzer, D.O. (2007). Using Assessing Care of Vulnerable Elders Quality Indicators to Measure Quality of Hospital Care for Vulnerable Elders. *Journal American Geriatrics Society*, 55 (11), 1705-1711.
- Askari, M., Wierenga, P.C., Eslami, S., Medlock, S., Rooij, S. & Abu-Hanna, A. (2011). Assessing Quality of Care of Elderly Patients Using the ACOVE Quality Indicator Set – A Systematic Review. *PLOSone*, 6, 1-7.
- Barbosa, K., T., F., Costa, K., N., F., M., Pontes, M., L., F., Batista, P., S., S., Oliveira, F. M., R., L. & Fernandes, M., G., M. (2017). Envelhecimento e Vulnerabilidade Individual: Um Panorama dos Idosos vinculados à Estratégia Saúde da Família. *Contexto Enfermagem*, 26 (2), 3-10.
- Bardin, L. (1977). *L'Analyse de contenu*. Editora: Presses Universitaires de France.
- Basto, M. L. (1998). *Da intenção de mudar à mudança: Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Bauer, M., & Gaskell G. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M.B. (2007). *Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures*. Institute for Work & Health.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (2010). *Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F. & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432.
- Burkett, E., Martin-Khan, M.G. & Gray, L. C. (2017). Quality indicators in the care of older persons in the emergency department: A systematic review of the literature. *Australian Journal on Ageing*, 36(4), 286-298.
- Canabarro, R.C.C, Teixeira, M.C.T.V & Schmidt, C. (2018). Tradução e adaptação transcultural da escala de avaliação de autoeficácia de Professores de Alunos com Autismo: Autism selfefficacy scale for teachers (ASSET). *Rev. Bras.*, 24 (2), 229-246
- Clark, J.P. (2007). Performance Measurement and Equity. *British Medical Journal*, 334, 1333-1334.
- Chaimowicz, F. (2009). *Tomada de decisão em geriatria*. In: Moraes, E.N. *Princípios Básicos de geriatria e gerontologia*. (pp. 149-155). Belo Horizonte: Coopmed.

- Carrilho, M.J., Gonçalves, C. (2007). Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. Ageing – An increasing phenomenon with geographical differences. *Revista de Estudos Demográficos*. Instituto Nacional de Estatística, 40, 22-37.
- Chandola, T., Ferrie, J., Sacker, U. & Marmota, M. (2007). Social inequalities in self reported health in early old age – follow-up of prospective cohort study. *The BMJ*, 334 (7601), 1-7.
- Comissão Europeia (2012). *The 2012 Ageing Report Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)*. Bruxelas: European Commission.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (Eds.). (1994). *Handbook of qualitative research*. Califónia: Sage.
- Diário da República (2015). Despacho n.º 14223/2009. 2ª série – n.º 102. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Ministério da Saúde. Consultado em abril 6, 2019, em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67324029/details/normal?!=1>.
- Diário da República (2015). Despacho n.º 5613/2015. 2ª série – n.º 102. Ministério da Saúde. Consultado em abril 6, 2019, em <https://dre.pt/home/-/dre/69909973/details/2/maximized?serie=II&drelid=69909934>.
- Diário da República n.º 214/1979 (2018). Lei de Bases 56/79. 1ª série. Ministério da Saúde. Consultado em agosto 8, 2019, em [https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75088180/201803231413/diploma?p\\_p\\_state=maximized&rp=indice](https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75088180/201803231413/diploma?p_p_state=maximized&rp=indice).
- Diário da República n.º 38/2008 (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008. 1ª série. Ministério da Saúde. Consultado em outubro 27, 2019, em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>.
- Direção Geral de Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa n.º 13/DGCG. Consultada em abril 14, 2019, em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004.aspx>.
- Direção Geral de Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Versão Resumo). Consultada em julho 7, 2019, em [http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012\\_2016\\_versaoresumo\\_mai20134.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_mai20134.pdf).
- Direção Geral de Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (3.2. Eixo Estratégico – Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde). Consultada em agosto 8, 2019, em <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Acesso-e-Equidade3.pdf>.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press.
- Frutado, C., Pereira, J. (2010). Equidade e acesso aos cuidados de saúde. Documento de trabalho do Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Consultado em agosto 8, 2019, em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/EA1.pdf>.
- Giraldes, M.R. (2005). Avaliação do SNS em Portugal: Equidade versus Eficiência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (2), 21-44.
- Gray-Vickrey, P. (1993). Gerontological research: use and application of focus groups. *Journal of Gerontological Nursing*, 19(5), 21-27.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1994). *Competing paradigms in qualitative research*. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.), *Handbook of qualitative research*. (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Herdman, M, Rushby, F., Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQOL instruments: the Universalist approach. *Quality of Life Research*, 7, 323-326
- Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª ed. rev.). Lisboa: Edições Sílabo.

Instituto Nacional de Estatística (2017). Destaque – Dia Mundial da População. Consultado em abril 6, 2019, em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_pesquisa&frm\\_acciao=PESQUISAR&frm\\_show\\_page\\_num=1&frm\\_modos\\_pesquisa=PESQUISA\\_SIMPLES&frm\\_texto=envelhecimento+demografico&frm\\_modos\\_texto=MODOS\\_TEXTO\\_ALL&frm\\_data\\_ini=&frm\\_data\\_fim=&frm\\_tema=QUALQUER\\_TEMA&frm\\_area=o\\_ine\\_area\\_Destaques&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_acciao=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modos_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_texto=envelhecimento+demografico&frm_modos_texto=MODOS_TEXTO_ALL&frm_data_ini=&frm_data_fim=&frm_tema=QUALQUER_TEMA&frm_area=o_ine_area_Destaques&xlang=pt).

Instituto Nacional de Estatística (2017). Destaque - Projeções de População Residente. Consultado em abril 6, 2019, em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaque&DESTAQUESdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)

Joling, J.K., Eenoo L., Vetrano, L.D, Smaardijk, R.V, Declercq, A., Onder, G., Hout, H.P.J., Roest, H.G. (2018). Quality indicators for community care for older people - A systematic review. *PLoSone*, 13 (1), 1-19.

Kinman, E.L. (1999). Evaluating Health Service Equity at a Primary Care Clinic in Chilimarca, Bolivia. *Social Science and Medicine*, 49, 663-678.

Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus group: the importance of interactions between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16, 103-121.

Kreuger, R. A. (1994). *Focus Groups: a Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Krueger, R. A. (1998). *Analyzing & reporting focus group results* (Vol. 6). Thousand Oaks: Sage Publications.

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks, CA.: Sage Publications.

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks, CA. (4th edition): Sage Publications.

Kuhn, K. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. In *International Encyclopedia of Unified Science*. Chicago: The University of Chicago.

Lima-Costa, M. F., Camarano, A. A. (2009). *Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil*. In: Moraes, E. N. *Princípios Básicos de geriatria e gerontologia*. (pp. 3-19). Belo Horizonte: Coopmed.

Lourenço, R.A., (2008). A síndrome de fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 7, 21-29.

Machado, C. (2014). *O que é um Bom Desenho de Investigação?* In Gomes, J.F.S & Cesário, F. (Eds), *Investigação em Gestão de Recursos Humanos – Um Guia de Boas Práticas*. (pp. 203-205). Lisboa: Escolar Editora.

Machado, R.T. (2016). *Tradução, Adaptação Transcultural e validação do Waisman Activities of Daily Living Scale for Adolescents and Adults with developmental disabilities para o português do Brasil*. Universidade federal de Viçosa.

Marques, T.G. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia. Instituto Superior de Psicologia Aplicada*, 4 (1), 65-90.

Martins, J.M.B. (2015). *Desigualdades Sociais em Saúde nos Idosos – Um retrato para Portugal*. Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública.

- Mays, A.M., Saliba, D., Feldman, S., Smalbrugge, M., Hertogh, C.M.P.M., Booker, T.L., Fulbright, K.A., Hendriks, S.A. & Katz, P.R. (2018). Quality Indicators of Primary care Provider Engagement in Nursing Home Care. *JAMDA*, 19, 824-832.
- Medeiros, K.K.A.S, Júnior, E.P.P, Bousquat, A. & Medina, G.M. (2017). O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da atenção primária à saúde. *Saúde debate*. 288 – 294.
- Medeiros, R.K.S, Júnior, M.A.F, Pinto, D.P.L.R, Vitor, A.F; Santos, V.E.P & Barichello, E. (2015). Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em enfermagem. *Revista de Enfermagem referência*, 4, 127-135.
- Ministério da Saúde (2007). Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Plano Estratégico 2007 – 2009. Consultado em agosto 8, 2019, em [http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Plano\\_Estrategico\\_2007\\_2009.pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Plano_Estrategico_2007_2009.pdf).
- Ministério da Saúde (2011). Cuidados de Saúde Primários Portugal. Coordenação Estratégica. Consultado em outubro 27, 2019, em [http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/trabalhosemcurso\\_versao20110430.pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/trabalhosemcurso_versao20110430.pdf).
- Moraes, E.N. (2009). *Princípios Básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed.
- Morgan. D. (1997). *Focus Groups as qualitative research*. Thousand Oaks, CA.: Sage Publications.
- Nunes, R. & Rego, G. (2002). *Prioridades na Saúde*. Porto: McGraw-Hill.
- Pinheiro, J. Q., Farias, T. M., & Abe-Lima, J. Y. (2013). Painel de especialistas e estratégia multimétodos: Reflexões, exemplos, perspectivas. *Psico*, 44(2), 184-192.
- Pita Barros, P. (2015). *Políticas públicas em saúde: 2011-2014. Avaliação do impacto*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2017). Relatório de Primavera. Viver em tempos incertos, sustentabilidade e equidade na saúde. Consultado em agosto 8, 2019, em <https://www.newsfarma.pt/noticias/5465-relat%C3%B3rio-de-primavera-2017-equidade-de-acesso-aos-cuidados-de-sa%C3%BAde-%C3%A9-principal-preocupa%C3%A7%C3%A3o.html>.
- Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Consultado em abril 14, 2019, em [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6).
- Organização Mundial de Saúde (2012). Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Consultado em julho 14, 2019, em <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.
- Quintal, C., Lourenço, O. & Ferreira, P. (2012). Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 35-46.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais* (5ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Ramos, R., Mendonça, C., Pereira, C. & Paiva, P. (2017). AGE – Avaliação Geriátrica Estruturada: Um Projeto de Melhoria da Qualidade no Serviço de Medicina Interna. *Revista Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 24(4), 269-264.

- Reuben, D.B, Roth, C., Kamberg, C. & Wenger, N.S. (2003). Restructuring Primary Care Practices to Manage Geriatric Syndromes – The ACOVE – 2. Intervetion. Models and Systems of Geriatric Care. *American Geriatrics Society*, 1788-1793.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Climepsi Editores.
- Rodrigues, A.M., Gregório, M.J., Sousa, R.D., Dias, S.S., Santos, M.J., Mendes, J.M., Coelho, P.S., Branco, J.C. & Canhão, H. (2018). Os desafios do envelhecimento em Portugal – dados da coorte EpiDoC. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 31 (2), 80-93.
- Saliba, D., Elliott, M., Rubenstein, L.Z., Solomon, D.H., Young, R.T., kamberg, C.J., Roth, C., MacLean, C.H., Shekelle, P.G., Sloss, E.M. & Wenger, N.S. (2001). The vulnerable elders survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. *Journal American Geriatric Society*, 49, 1691-1699.
- Santana, P. (2002). Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. *Social Science and Medicine*, 50, 1025-1036.
- Santos, L. (2002). *A investigação e os seus implícitos: contributos para uma discussão*. In Murillo, J. A., Petra, M., Escolano, R. & Gairin, J. M. (Eds.), *Actas del VI Simposio de la SEIEM* (pp. 157-170). Logroño: Sociedad Española de Investigación en Educación Matemática, SEIEM.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2011). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Vala, J. (2005). *A análise de conteúdo*. In Santos Silva, A. & Madureira Pinto, J. (orgs), *Metodologia das ciências sociais*. (pp. 101-128). Porto: Afrontamento.
- Weiga, M. (2014). *Legislação da União Europeia para o Envelhecimento. Debater a Europa. Que Europa (s)? Contextos e Desafios* (pp. 373-394). Aveiro: Centro de Informação Europe Direct Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX.
- Waters, H.R. (2000). Measuring equity in access to health care. *Social Science and Medicine*, 51, 599-612.
- Wenger, N.S. & Shekelle, P.G. (2001). Assessing Care of Vulnerable Elders – ACOVE Project Overview. *Ann Intern Medicine*, 8, 642-646.
- Wenger, N.S., Roth, C.P. & Shekelle, P.G. (2007). Introduction to the Vulnerable People Care Assessment Quality Indicators Measurement Suite - 3. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (2), 247-252.
- World Health Organization (2010). External Evaluation of the Portuguese National Health Plan (2004-2010). Consultado em agosto 8, 2019, em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/83991/E93701.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/83991/E93701.pdf).

**ANEXO 1**

Pedido de autorização para utilização do ACOVE



Permission to use ACOVE  Caixa de entrada x



**adriana taveira** <adricasofia@gmail.com>  
para paul.shekelle@med.va.gov, Sofia ▾

sábado, 23/02, 15:46   

Dear Dr. Shekelle,

I'm a portuguese pós-graduate university student (in University of Minho, Braga) and also a health professional in activity.  
At this moment, as a school final work, i consider crucial for national demography profile to develop a transcultural adaptation to portuguese system health reality of your ACOVE project.  
My main goal it's to improve our quality indicators in vulnerable elderly client, using in scope of primary care your validated scale. Therefore, my first intention it's asking you permission to proceder my efforts investigation.

I would be gratefull if you could attend me as soon it's possible.  
Also, If you need fruther information i'm available to answer you.

Kind regards

Adriana Taveira

Enviado do [Correio](#) para Windows 10



**Shekelle, Paul W.** <Paul.Shekelle@va.gov>  
para eu, Sofia ▾

quinta, 28/03, 17:11   

 inglês ▾ > português ▾ [Traduzir mensagem](#)

[Desativar para mensagens em: inglês](#) x

Dear Adriana,

The ACOVE indicators are in the public domain and you are free to use them however you wish.



-paul shekelle

## ANEXO 2

Guião do *focus* grupo

## Guião da Entrevista (*Focus* Grupo 1 e 2)

**Público – Alvo:** médicos e enfermeiros cujo conteúdo funcional das suas atividades contempla a prestação de processos assistenciais em saúde dirigidos a idosos, associada a tarefas de gestão de qualidade/governança clínica;

**Objetivo:** Análise da perceção de valor dos profissionais de saúde no recurso ao ACOVE-3 nos processos assistenciais e de gestão em saúde;

**Local:** Sede do ACES Cávado III Barcelos/Esposende;

**Duração:** aproximadamente 30-40 minutos;

**Material necessário:** gravador áudio, caneta e papel;

Etapas	Procedimentos	Tópicos temáticos
<p style="text-align: center;">I</p> <p style="text-align: center;">Receção</p>	<p>I.Boas vindas/abertura da sessão com apresentação e contextualização da temática;</p> <p>II.Obtenção verbal do consentimento livre e esclarecido;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problema de investigação;</li> <li>• Objetivos do estudo;</li> <li>• Funções (instruções de trabalho) associadas à participação dos elementos na estratégia de <i>focus</i> grupo, incluindo estimativa de duração e respetivas garantias/considerações éticas;</li> </ul>
<p style="text-align: center;">II</p> <p style="text-align: center;">Desenvolvimento</p>	<p>I.Início da discussão;</p> <p>II.Apresentação do instrumento de análise/trabalho – alvo de adaptação e de tradução;</p> <p>III.Moderação da análise individual e de grupo;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação da pessoa idosa vulnerável (PNSPI, OMS) e impacto no SNS;</li> <li>• ACOVE-3: <i>check- list</i> de indicadores de processo; público-alvo; operacionalização;</li> <li>• Análise SOWT no recurso aos indicadores de desempenho contratualizados pela ACSS/Ministério da Saúde ao nível da Gestão da Saúde do Idoso, qualidade em saúde;</li> <li>• Análise SOWT no recurso ao ACOVE-3 ao nível da Gestão da Saúde do Idoso, qualidade em saúde;</li> </ul>

### Questões para debate

- Que possíveis condições clínicas identificáveis na pessoa idosa são capazes de induzir vulnerabilidade na gestão da sua saúde/doença?
- Partindo da leitura das 12 condições clínicas presentes na check-list do ACOVE-3, qual a sua opinião relativamente à pertinência das mesmas? Incluiria mais alguma(s), ou caso contrário, excluiria?
- Considera que os IQ, atualmente existentes e parametrizadas nos Sistemas de Informação dos CSP permitem a leitura da qualidade dos processos assistenciais prestados ao nível da gestão da saúde do idoso? Justifique.
- Se não permitem, qual o seu impacto na monitorização/avaliação dos processos assistenciais prestados à pessoa idosa, face à gestão operacional do PNSPI?
- A este nível, associado aos IQ atualmente existentes no SNS, consideraria importante, como uma ferramenta de gestão de qualidade, a introdução de um conjunto de indicadores de processo, pelo recurso ao ACOVE-3? Justifique.
- No recurso ao ACOVE-3, de que forma, na sua atividade (de prestação/gestão de padrões de qualidade), poderia ser usada a informação recolhida?
- Face ao contexto de intervenção dos CSP (ambulatório ou domiciliário) na prestação de cuidados dirigidos ao idoso vulnerável, sugere alguma adaptação de conteúdo associado à listagem dos IQ no ACOVE-3?
- Ao nível dos SI e de forma a assumir um perfil amigável e atrativo, como sugere que poderia ser operacionalizado o instrumento ACOVE-3?
- Identifica limitações operacionais ao nível da implementação do ACOVE-3 na sua equipa de saúde/ACES? Se sim, quais?
- Que condição/fator estratégico facilitaria a aplicabilidade do ACOVE-3 nas equipas de saúde/ACES?

Etapas	Procedimentos
III Conclusão	I. Síntese reflexiva sobre os principais pontos de discussão na sessão; II. Agradecimentos pela participação no estudo;

## Guião da Entrevista (*Focus Grupo 3*)

**Público – Alvo:** médicos e enfermeiros cujo conteúdo funcional das suas atividades contempla a prestação de processos assistenciais em saúde dirigidos a idosos, associada a tarefas de gestão de qualidade/governança clínica;

**Objetivo:** Análise da proposta de construção dos IQ - dimensão de equidade no acesso a cuidados de saúde complementares ao ACOVE-3;

**Local:** Sede do ACES Cávado III Barcelos/Esposende;

**Duração:** aproximadamente 30-40 minutos;

**Material necessário:** gravador áudio, caneta, papel, diapositivos/PC.

Etapas	Procedimentos	Tópicos temáticos
I  Receção	I. Boas vindas/abertura da sessão com apresentação e contextualização da temática;  II. Obtenção verbal do consentimento livre e esclarecido;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problema de investigação;</li> <li>• Objetivos do estudo;</li> <li>• Funções (instruções de trabalho) associadas à participação dos elementos na estratégia de <i>focus grupo</i>, incluindo estimativa de duração e respetivas garantias/considerações éticas;</li> </ul>
II  Desenvolvimento	III. Início da discussão;  IV. Apresentação da proposta de construção de IQ, complementares ao instrumento de trabalho;  V. Análise da proposta (operacional, conteúdo), pedido de contributos;  VI. Moderação da análise individual e de grupo;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito de pessoa idosa vulnerável (PNSPI, OMS) e impacto no SNS;</li> <li>• Objetivos funcionais da equipe de saúde na gestão do PNSPI;</li> <li>• ACOVE-3: <i>check- list</i> de indicadores de processo (dimensões de qualidade em saúde associadas); público-alvo/interlocutores; operacionalização;</li> <li>• Conceito de Equidade no Acesso a cuidados de saúde;</li> </ul>
	<b>Questões para debate</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O que entende por equidade no acesso a cuidados em saúde?</li> <li>• Considera a avaliação da equidade no acesso a cuidados de saúde uma dimensão dos IQ? Justifique.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais os eixos que, associados à dimensão de equidade no acesso, são necessários para procedermos à sua adequada parametrização/avaliação?</li> <li>• Considera que a avaliação da equidade no acesso a cuidados de saúde pela pessoa idosa é atualmente, pelo recurso aos IQ, uma dimensão valorizada, ou pelo contrário, subvalorizada? Justifique.</li> <li>• Após a leitura da proposta, referente aos IQ na avaliação da equidade no acesso a cuidados de saúde (complementares ao ACOVE-3), que sugestões de melhoria introduz?</li> </ul>
--	---

Etapas	Procedimentos
III  Conclusão	I. Síntese reflexiva sobre os principais pontos de discussão na sessão;  II. Agradecimentos pela participação no estudo;

**ANEXO 3**

Versão pré-final

Os indicadores de qualidade (IQ) para a avaliação do atendimento de idosos vulneráveis (AAIV) são aplicados com recurso a histórias clínicas (salvo especificação em contrário) tal como de seguida descrito. Se estiver documentado que um paciente recusa o processo de atendimento especificado ou que há uma justificação para não implementar o processo de atendimento, considera-se que os IQ foram cumpridos. Se não for recomendado um processo de atendimento devido a contraindicações ou outras razões médicas, os IQ não são aplicáveis. Se a documentação referir uma preferência genérica do paciente (por exemplo, não ser hospitalizado ou ser submetido a cirurgia) que contradiga o processo de atendimento, os IQ não são aplicáveis. Alguns indicadores de qualidade não são aplicáveis aos pacientes com demência avançada ou prognóstico desfavorável (por exemplo, previsão de sobrevivência inferior a 6 meses).

## CONTINUIDADE E COORDENAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO

### Continuidade da medicação

1. SE for receitado um novo medicamento para uma doença crónica a um idoso vulnerável em ambulatório e o paciente tiver uma consulta de acompanhamento com o médico responsável pela receita, ENTÃO deve registar-se um dos seguintes na consulta de acompanhamento:

- A medicação está a ser tomada.
- O paciente foi questionado sobre a medicação (por exemplo, efeitos secundários, cumprimento do tratamento, disponibilidade).
- A medicação não foi iniciada, porque não foi necessária ou foi alterada.

### Continuidade da consulta

2. SE um idoso vulnerável em ambulatório for encaminhado para um médico especialista e consultar novamente o médico responsável pelo encaminhamento, ENTÃO a história clínica do médico responsável pelo encaminhamento deve confirmar as recomendações do médico especialista, incluir o relatório do médico especialista ou indicar a razão pela qual a consulta não teve lugar.

### Continuidade do exame

3. SE um idoso vulnerável em ambulatório receber a indicação para efetuar um exame de diagnóstico, ENTÃO um dos seguintes deve ser documentado na consulta de acompanhamento:

- Resultado do exame rubricado ou confirmado.
- Indicação de que o exame não foi necessário ou a razão para não ter sido realizado.
- Indicação de que o exame está pendente.

### Acompanhamento pós-hospitalização

4. SE um idoso vulnerável tiver alta hospitalar para casa e sobreviver 6 semanas ou mais após a alta, ENTÃO deve existir registo de uma consulta médica ou contacto telefónico num espaço de 6 semanas após a alta e a história clínica deve confirmar a hospitalização recente.

### Medicamentos pós-hospitalização

5. SE um idoso vulnerável tiver alta hospitalar para casa e receber um novo medicamento para uma doença crónica ou for realizada qualquer alteração à medicação antes da alta, ENTÃO a história clínica em ambulatório deve documentar a mudança da medicação num espaço de 6 semanas após a alta.



#### **Exames pós-hospitalização**

6. SE um idoso vulnerável tiver alta hospitalar para casa ou para um hospital residencial e o formulário de transferência ou relatório de alta indicar que um resultado de exame está pendente, ENTÃO a história clínica de ambulatório ou do hospital residencial deve incluir o resultado do exame até 6 semanas após a alta hospitalar ou indicar que o resultado foi acompanhado noutra local ou a razão pela qual o resultado não pode ser obtido.

#### **Consultas pós-hospitalares**

7. SE um idoso vulnerável tiver alta hospitalar para casa ou para um hospital residencial e a história clínica especificar uma consulta de acompanhamento junto de um médico ou um tratamento (por exemplo, fisioterapia ou radioterapia), ENTÃO a história clínica deve documentar a ocorrência ou o adiamento da consulta ou do tratamento ou que o mesmo não foi necessário.

#### **Relatório de alta**

8. SE um idoso vulnerável tiver alta hospitalar para casa ou para um hospital residencial, ENTÃO a história clínica em ambulatório ou hospital residencial deve incluir um relatório de alta.

### **DEMÊNCIA**

#### **Caracterização Cognitiva e Funcional**

1. SE se tratar de um novo idoso vulnerável numa clínica de cuidados primários ou em serviços de internamento, ENTÃO deve ser efetuada uma avaliação da capacidade cognitiva e do estado funcional.

2. TODOS os idosos vulneráveis devem ser avaliados anualmente no que concerne a alterações na memória e função.

#### **Avaliação cognitiva**

3. SE um idoso vulnerável for diagnosticado com demência, ENTÃO o médico deve documentar uma avaliação cognitiva objetiva que avalie duas ou mais funções cognitivas.

#### **Reavaliação da medicação**

4. SE um idoso vulnerável for diagnosticado com demência, ENTÃO o médico deve reavaliar os medicamentos do paciente (incluindo medicamentos não sujeitos a receita médica) para detetar o medicamento ou os medicamentos que possam estar associados a alterações do estado mental.

5. SE um idoso vulnerável for diagnosticado com demência e estiver a tomar medicamentos que são normalmente associados a alterações do estado mental de idosos, ENTÃO o médico deve interromper ou justificar a não interrupção dos mesmos.

#### **Exame neurológico**

6. SE um idoso vulnerável tiver sido recentemente diagnosticado com demência, ENTÃO o médico deve efetuar um exame neurológico que inclua a avaliação da marcha, da função motora e dos reflexos.

#### **Exame laboratorial**

7. SE um idoso vulnerável tiver sido recentemente diagnosticado com demência, ENTÃO deve realizar-se um hemograma, exames à tireóide, eletrólitos, exames de função hepática, glicose, exames de ureia sanguínea, vitamina B12 e exame de sífilis.

8. SE um idoso vulnerável tiver sido recentemente diagnosticado com demência e caso se apliquem fatores de risco para o vírus da imunodeficiência humana (VIH), ENTÃO deve disponibilizar-se um teste de VIH.

#### **Exames de diagnóstico de depressão**

9. SE um idoso vulnerável tiver sido recentemente diagnosticado com demência, ENTÃO devem ser efetuados exames de diagnóstico de depressão no período de avaliação inicial.

### Informação sobre medicação

10. SE um idoso vulnerável tiver sido diagnosticado com doença de Alzheimer ligeira a moderada, demência com corpos de Lewy ou demência vascular ligeira a moderada, ENTÃO deve ter lugar uma conversa documentada com o paciente ou o cuidador sobre o tratamento com inibidores da colinesterase.

### Profilaxia para acidente vascular cerebral

11. SE um idoso vulnerável tiver sido diagnosticado com demência vascular ou mista ligeira a moderada, ENTÃO deve receber profilaxia para acidente vascular cerebral (AVC).

### Apoio ao cuidador e segurança do paciente

12. SE um idoso vulnerável diagnosticado com demência tiver um cuidador, ENTÃO o paciente ou cuidador deve ser informado sobre o seguinte:

- Diagnóstico de demência, prognóstico e sintomas comportamentais associados.
- Segurança em casa.
- Recursos comunitários.

### Sintomas comportamentais e psicológicos

13. SE um idoso vulnerável tiver demência, ENTÃO devem ser realizados exames de diagnóstico anuais de sintomas comportamentais de demência.

14. SE um idoso vulnerável com demência apresentar sintomas comportamentais, ENTÃO os sintomas-alvo específicos devem ser documentados e devem ser realizadas intervenções comportamentais antes de dar início a farmacoterapia ou simultaneamente com a mesma, ou, caso se inicie primeiro um tratamento farmacológico, devem ser documentados os sintomas graves ou as preocupações de segurança.

15. SE um idoso vulnerável com demência e sintomas comportamentais tiver sido recentemente tratado com um antipsicótico, ENTÃO deve ser documentada a análise da relação risco-benefício.

### Condução

16. SE um idoso vulnerável tiver sido diagnosticado recentemente com demência, ENTÃO deve ocorrer um dos seguintes (em conformidade com a legislação nacional):

- Paciente aconselhado a não conduzir um veículo.
- Encaminhamento para o Instituto da Mobilidade e dos Transportes para determinar a capacidade de condução.
- Encaminhamento para um curso de segurança rodoviária, que inclui avaliação da capacidade de condução.

## DEPRESSÃO

### Exames de diagnóstico de depressão

1. TODOS os idosos vulneráveis devem possuir documentação referente a exames de diagnóstico de depressão anuais e efetuados durante a avaliação inicial de cuidados primários.

### Identificação de depressão

2. SE um idoso vulnerável apresenta um dos seguintes sintomas (e o sintoma não foi previamente documentado como uma doença crónica):

- Tristeza, sentir-se em baixo
- Insónias ou dificuldades de sono

- Apatia ou perda de interesse em atividades de lazer

- Queixas de falta de memória

- Perda de peso inexplicável de 5 % ou mais no mês anterior ou de 10 % ou mais no ano anterior

- Baixa energia ou fadiga inexplicável,

ENTÃO o paciente deve ser inquirido relativamente à depressão, medicado nos CSP e apenas, após falência do tratamento, deve ser encaminhado para psiquiatria.

#### **Documentação de sintomas de depressão**

3. SE um idoso vulnerável for diagnosticado com um novo episódio de depressão, ENTÃO a história clínica deve documentar, pelo menos, três dos nove sintomas-alvo de depressão grave do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5.ª edição (DSM-V), num prazo de 2 semanas após o diagnóstico.

#### **Suicídio**

4. SE um idoso vulnerável for diagnosticado com um novo episódio de depressão, ENTÃO a história clínica deve documentar a presença ou ausência de psicose e ideação suicida no dia do diagnóstico.

5. SE um idoso vulnerável tiver pensamentos suicidas, ENTÃO a história clínica deve documentar, no mesmo dia, que o paciente não tem planos imediatos de suicídio ou que foi encaminhado para avaliação de internamento psiquiátrico.

#### **Avaliação de comorbidade**

6. SE um idoso vulnerável for diagnosticado com um novo episódio de depressão, ENTÃO a história clínica deve, no espaço de 1 mês ou nos 3 meses anteriores, documentar a avaliação do seguinte:

- Hipotireoidismo em mulheres.

- Dependência ou abuso de substâncias.

#### **Início do tratamento da depressão**

7. SE um idoso vulnerável for diagnosticado com depressão, ENTÃO deve ser proposta uma terapêutica com recurso a antidepressivos, psicoterapia num espaço de 2 semanas após o diagnóstico. A exceção é quando o paciente demonstra melhoras no período em causa ou abuse ou sofra de dependência de estupefacientes. Nesse caso o tratamento poderá ser iniciado até 8 semanas após o paciente não apresentar estupefacientes nem álcool no sistema.

#### **Seleção de antidepressivos**

8. SE um idoso vulnerável iniciar medicação antidepressiva, ENTÃO os seguintes medicamentos não devem ser utilizados como terapia de primeira ou segunda linha: aminas terciárias tricíclicas (amitriptilina, imipramina, doxepina, clomipramina, trimipramina), inibidores da monoamina oxidase (IMAO; exceto se se tratar de uma depressão atípica) ou estimulantes (exceto metilfenidato).

#### **Depressão psicótica**

9. SE um idoso vulnerável apresentar depressão com características psicóticas, ENTÃO deve ser encaminhado para um psiquiatra ou deve receber tratamento com uma combinação de um antidepressivo e um antipsicótico.

#### **Eletrocardiograma (ECG) para uso tricíclico**

10. SE um idoso vulnerável com um histórico de doenças cardíacas iniciar um tratamento com um medicamento tricíclico, ENTÃO deve ser efetuado um ECG de referência antes de iniciar o mesmo, caso não tenha sido efetuado um nos 3 meses anteriores.

#### **Interações com IMAO**

11. SE um idoso vulnerável estiver a tomar um inibidor seletivo da recaptção da serotonina (ISRS), ENTÃO não deve tomar IMAO durante, pelo menos, 2 semanas após a última toma do ISRS (e durante, pelo menos, 5 semanas após a última toma da fluoxetina).

12. SE um idoso vulnerável estiver a tomar um IMAO, ENTÃO não devem ser administrados medicamentos que tenham interações potencialmente graves com os IMAO ou durante, pelo menos, 2 semanas após a última toma do IMAO.

#### **Acompanhamento de depressão**

13. SE um idoso vulnerável tiver efetuado recentemente tratamento contra a depressão, ENTÃO o que se segue deve ser documentado na primeira consulta de acompanhamento com o mesmo médico ou com um profissional de saúde mental num espaço de 4 -6 semanas após o início do tratamento:

- Nível de resposta a, pelo menos, dois dos nove sintomas alvo de depressão grave do DSM-IV.
- Efeitos secundários da medicação, caso esteja a tomar medicamentos antidepressivos.

14. SE um idoso vulnerável tiver efetuado recentemente tratamento contra a depressão e apresentar ideação suicida durante uma consulta de ambulatório, ENTÃO na consulta de acompanhamento seguinte, que deve ter lugar num espaço máximo de 1 semana, a documentação deve refletir que foram feitas perguntas relativas ao risco de suicídio.

15. SE um idoso vulnerável não apresentar qualquer resposta significativa aos sintomas após 6 semanas do início do tratamento de depressão, ENTÃO deve seguir-se uma das opções de tratamento que se segue na oitava semana de tratamento:

- Se o tratamento inicial foi medicação, a dose deve ser melhorada ou alterada, ou o paciente deve ser encaminhado para um psiquiatra.
- Se o tratamento inicial foi apenas psicoterapia, deve iniciar-se a medicação ou deve ser encaminhado para um psiquiatra.

16. SE um idoso vulnerável com depressão apenas apresentar uma resposta parcial após 12 semanas de tratamento, ENTÃO deve seguir-se uma das opções de tratamento:

- Se o tratamento inicial incluir medicação, mudar para uma classe de medicação diferente ou adicionar um segundo medicamento.
- Se o tratamento inicial foi medicação, adicionar psicoterapia.
- Se o tratamento inicial foi psicoterapia sem medicação, experimentar medicação.
- Encaminhar para um psiquiatra.

#### **Terapia contínua de depressão**

17. SE um idoso vulnerável com depressão apresentar uma resposta à medicação antidepressiva, ENTÃO deve continuar com a mesma dose durante, pelo menos, 6 meses e deve contactar um médico (mediante consulta ou telefonema), pelo menos, uma vez durante o período em questão.

#### **Manutenção da terapêutica para a prevenção da recaída da depressão**

18. SE um idoso vulnerável tiver três ou mais episódios de depressão, ENTÃO deve tomar medicação antidepressiva de manutenção do mesmo tipo e na mesma dose da medicação tomada durante, pelo menos, os últimos 24 meses e deve comparecer em, pelo menos, quatro consultas, ou efetuar consultas telefónicas no período em questão.

## QUEDAS E PROBLEMAS DE MOBILIDADE

### Avaliação de ocorrência de quedas

1. TODOS os idosos vulneráveis devem ter documentação em como foram questionados anualmente sobre a ocorrência de quedas recentes.

### Histórico de quedas

2. SE um idoso vulnerável comunicar duas ou mais quedas (ou uma queda com lesão) no ano anterior, ENTÃO deve ser documentado um histórico de referência de quedas (circunstâncias, medicamentos, doenças crônicas, mobilidade, ingestão de álcool) num espaço de 3 meses após a comunicação (ou 4 semanas após a comunicação, caso a queda mais recente tenha ocorrido nas 4 semanas anteriores).

### Exames físicos

3. SE um idoso vulnerável comunicar duas ou mais quedas (ou uma queda com lesão) no ano anterior, ENTÃO devem ser registados os sinais vitais ortostáticos (PA e pulsação) num prazo de 3 meses após a comunicação (ou 4 semanas após a comunicação, caso a queda mais recente tenha ocorrido nas 4 semanas anteriores).

4. SE um idoso vulnerável comunicar duas ou mais quedas (ou uma queda com lesão) no ano anterior, ENTÃO deve existir documentação referente à realização de um exame oftalmológico no ano anterior ou indicação da realização de um exame de acuidade visual nos 3 meses seguintes à comunicação.

5. SE um idoso vulnerável comunicar duas ou mais quedas (ou uma queda com lesão) no ano anterior, ENTÃO deve existir documentação referente à avaliação de referência de marcha, equilíbrio e força nos 3 meses após a comunicação (ou 4 semanas após a comunicação, caso a queda mais recente tenha ocorrido nas 4 semanas anteriores).

### Avaliação da marcha e do equilíbrio

6. SE um idoso vulnerável apresentar novos problemas com a deambulação, o equilíbrio ou a mobilidade ou apresentar agravamento de problemas com a deambulação, o equilíbrio ou a mobilidade já existentes, ENTÃO deve existir documentação referente à avaliação de referência de marcha, equilíbrio e força nos 3 meses seguintes à comunicação.

### Avaliação cognitiva de queda

7. SE um idoso vulnerável comunicar duas ou mais quedas (ou uma queda com lesão) no ano anterior, ENTÃO deve existir documentação referente à avaliação do estado cognitivo nos 6 meses anteriores ou num espaço de 3 meses após a comunicação (ou 4 semanas após a comunicação, caso a queda mais recente tenha ocorrido nas 4 semanas anteriores).

### Avaliação de perigos em casa

8. SE um idoso vulnerável comunicar duas ou mais quedas (ou uma queda com lesão) no ano anterior, ENTÃO deve existir documentação referente a uma avaliação e atenuação dos perigos em casa recomendadas que tenham sido efetuadas no ano anterior ou num espaço de 3 meses após a comunicação.

### Interrupção de benzodiazepina

9. SE um idoso vulnerável comunicar duas ou mais quedas (ou uma queda com lesão) no ano anterior e estiver a tomar benzodiazepina, ENTÃO deve existir documentação referente à análise dos riscos associados e à assistência prestada por forma a reduzir ou interromper a utilização de benzodiazepina.

### Dispositivo de assistência para perturbações de equilíbrio

10. SE um idoso vulnerável demonstrar diminuição do equilíbrio, proprioceção ou oscilação do corpo excessiva e não possuir um dispositivo de assistência, ENTÃO deve ser efetuada uma avaliação ou deve ser receitado um dispositivo de assistência num espaço de 3 meses.

#### **Revisão do dispositivo de assistência**

11. SE um idoso vulnerável comunicar duas ou mais quedas (ou uma queda com lesão) no ano anterior e possuir um dispositivo de assistência, ENTÃO deve existir documentação referente a uma revisão de dispositivo de assistência realizada nos 6 meses anteriores ou nos 3 meses seguintes à comunicação (ou 4 semanas após a comunicação, caso a queda mais recente tenha ocorrido nas 4 semanas anteriores).

#### **Programa de exercícios**

12. SE se determinar que um idoso vulnerável tem problemas com a marcha, o equilíbrio, a força ou a resistência, ENTÃO deve ser recomendado um programa de exercícios estruturado ou supervisionado nos 6 meses anteriores ou nos 3 meses seguintes à comunicação.

### **PERDA AUDITIVA**

#### **Exames de diagnóstico de perda auditiva**

1. TODOS os idosos vulneráveis devem ser submetidos a uma avaliação da audição anual.
2. TODOS os idosos vulneráveis devem ser submetidos a uma avaliação da audição como parte da avaliação inicial.

#### **Avaliação audiológica formal**

3. SE um idoso vulnerável comunicar um problema auditivo e o exame de diagnóstico auditivo determinar a existência desse problema, ENTÃO deve ser encaminhado para avaliação formal por um otorrinolaringologista ou audiologista num espaço de 3 meses.

#### **Reabilitação auditiva**

4. SE um idoso vulnerável for candidato a uma prótese auditiva (de acordo com a audiometria), ENTÃO deve ser recomendada reabilitação com uma prótese auditiva.

#### **Surdez de condução**

5. SE um idoso vulnerável apresentar surdez de condução (de acordo com a audiometria), ENTÃO o paciente deve ser encaminhado para um otorrinolaringologista.

#### **Implante coclear**

6. SE um idoso vulnerável apresentar surdez neurossensorial bilateral profunda e não tiver respondido à reabilitação com uma prótese auditiva, ENTÃO deve receitar-se um implante coclear.

#### **Dispositivo de assistência auditiva**

7. SE a audiometria e a avaliação formal revelarem que a perda auditiva de um idoso vulnerável não beneficiaria de uma prótese auditiva (ou que este não tem meios para a pagar), não beneficiaria de tratamento junto de um otorrinolaringologista ou que o idoso vulnerável tem uma deficiência auditiva permanente, ENTÃO deverá ser recomendada reabilitação auditiva ou um dispositivo de assistência auditiva (amplificadores de telefone, dispositivos de telefone de texto (TTY) e telecomunicação para surdos (TDD), auscultadores para televisão para ensurdecidos, sistemas de infravermelhos, telefones com alertas luminosos, sistemas de alerta de campanhas residenciais, relógios vibratórios ou detetores de fumo com luzes estroboscópicas).

## TOMA DE MEDICAMENTOS

### Lista de medicamentos

1. TODOS os idosos vulneráveis devem ter uma lista atualizada de medicamentos prontamente disponível na história clínica, que seja acessível a todos os prestadores de cuidados de saúde e inclua medicamentos de não sujeitos a receita médica.

### Revisão do regime de medicamentos

2. TODOS os idosos vulneráveis devem realizar uma revisão anual do regime de medicamentos.

### Receita de medicamentos

3. SE for receitado um medicamento a um idoso vulnerável, ENTÃO o medicamento receitado deve ter as condições de utilização claramente definidas.

### Informação ao paciente

4. SE for receitado um medicamento a um idoso vulnerável, ENTÃO o idoso vulnerável (ou o cuidador) deve receber formação adequada relativa à sua utilização.

### Resposta à terapia

5. SE for receitado um medicamento de uso contínuo para uma doença crónica a um idoso vulnerável, ENTÃO deve existir documentação da resposta à terapia.

### Informação de varfarina

6. SE for receitado um novo medicamento com varfarina a um idoso vulnerável, ENTÃO este deve ser informado sobre a dieta, as interações com outros medicamentos e os riscos de complicações hemorrágicas ou deve ser encaminhado para uma clínica de anticoagulação.

### Monitorização da varfarina

7. SE for receitado um medicamento com varfarina a um idoso vulnerável, ENTÃO deve ser determinada a taxa normalizada internacional (TNI) no espaço de 4 dias após o início da terapêutica e, posteriormente, no mínimo a cada 6 semanas.

### Monitorização laboratorial do inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA)

8. SE for receitado um inibidor da ECA a um idoso vulnerável, ENTÃO a creatinina sérica e o potássio sérico devem ser monitorizados no espaço de 2-4 semanas após o início da terapêutica e, posteriormente, pelo menos, uma vez por ano.

### Monitorização laboratorial de diurético de ansa

9. SE a um idoso vulnerável for prescrito um diurético de ansa, ENTÃO deve verificar-se os eletrólitos do idoso vulnerável no espaço de 2-4 semanas após o início e, pelo menos, uma vez por ano.

### Evitar a utilização de propoxifeno

10. SE um idoso vulnerável precisar de um novo analgésico, ENTÃO não deve ser receitado propoxifeno.

### Evitar a utilização de benzodiazepinas em dose alta ou de uso crónico

11. SE um idoso vulnerável estiver a tomar benzodiazepinas (> 1 meses), ENTÃO deve existir documentação anual da análise dos riscos e tentar reduzir e interromper o tratamento com benzodiazepina.

#### **Evitar a utilização de anticolinérgicos fortes**

12. Se existirem alternativas disponíveis, não deve ser receitado qualquer medicamento com fortes efeitos anticolinérgicos a NENHUM idoso vulnerável.

#### **Evitar a utilização de barbitúricos**

13. SE um idoso vulnerável não precisa de controlar convulsões, ENTÃO não devem ser utilizados barbitúricos.

#### **Evitar a utilização de meperidina**

14. SE um idoso vulnerável requer analgesia, ENTÃO não deve ser receitada meperidina.

#### **Limitar a utilização de cetorolac**

15. SE for receitado cetorolac a um idoso vulnerável, ENTÃO este não deve ser receitado para um período superior a 5 dias.

#### **Limite de utilização de relaxantes musculares**

16. SE, a um idoso vulnerável, for receitada uma terapêutica farmacológica para dores nas costas ou no pescoço, ENTÃO não se deve receitar ciclobenzaprina, metocarbamol, carisprodo, clorzoxazona, orfenadrina, tizanidina ou metaxalona para um período superior a 1 semana.

#### **Evitar a utilização de ticlopidina**

17. SE um idoso vulnerável tiver sofrido recentemente um acidente vascular cerebral ou um enfarte do miocárdio ou sofrer de uma doença arterial periférica ou síndrome coronária grave que será tratada com recurso a medicamentos ou angioplastia percutânea e o paciente requer terapêutica antiplaquetária, ENTÃO deve ser receitado clopidogrel em vez de ticlopidina.

#### **Dose de ferro para anemia**

18. SE um idoso vulnerável sofre de anemia ferropriva, ENTÃO não se deve receitar mais do que 1 comprimido por dia de ferro oral de baixa dose.

#### **Resposta à medicação antipsicótica**

19. SE um idoso vulnerável iniciar um tratamento com um medicamento antipsicótico, ENTÃO deve existir documentação de uma avaliação da resposta no espaço de 1 mês.

#### **Acetaminofeno**

20. SE, a um idoso vulnerável, for receitado acetaminofeno em dose alta e de uso crónico (3 g/d) ou for receitado acetaminofeno de uso crónico a um idoso vulnerável com uma doença hepática, ENTÃO o idoso vulnerável deve ser informado do risco de toxicidade hepática.

21. SE, a um idoso vulnerável, for receitado um anti-inflamatório não esteroide (seletivo ou não seletivo), ENTÃO os riscos de hemorragia GI devem ser analisados e documentados.

22. SE, a um idoso vulnerável, for receitada aspirina para utilização diária (incluindo doses baixas,  $\leq 325$  mg/d), ENTÃO os riscos de hemorragia GI devem ser analisados e documentados.

23. SE um idoso vulnerável que apresenta um fator de risco de hemorragia GI ( $\geq 75$  anos, úlcera péptica, história de hemorragia GI, de utilização de varfarina, de uso crónico de glicocorticóides) for tratado com um AINE não seletivo, ENTÃO deve ser tratado concomitantemente com misoprostol ou um inibidor da bomba de prótons.

24. SE um idoso vulnerável que apresenta um ou mais fatores de risco de hemorragia GI ( $\geq 75$  anos, úlcera péptica, história de hemorragia GI, de utilização de varfarina, de uso crónico de glicocorticóides) for tratado com aspirina para utilização diária, ENTÃO deve ser tratado concomitantemente com misoprostol ou um inibidor da bomba de prótons.



## ÚLCERAS DE PRESSÃO

### Avaliação de risco

1. SE um idoso vulnerável for encaminhado para uma instituição de cuidados ao domicílio, ENTÃO, no momento da entrada na mesma, deve ser realizada uma avaliação de risco de UP, com recurso a uma escala normalizada. Caso seja determinado que o paciente se encontra em risco, deve realizar-se uma nova avaliação semanalmente durante 4 semanas e, posteriormente, a cada duas semanas.

### Intervenção de prevenção

1. SE se considerar que um idoso vulnerável está em risco de desenvolver uma UP ou se apresentar uma UP, ENTÃO devem ser estabelecidas intervenções de prevenção que abordem a redução da pressão (ou a gestão de cargas de tecido) e as necessidades de reposicionamento.

2. SE um idoso vulnerável que está em risco de desenvolver uma UP ou tenha uma UP também apresentar malnutrição, ENTÃO deve ser realizada uma avaliação nutricional para identificar deficiências nutricionais e deve ser iniciado suporte nutricional.

### Avaliação da UP

1. SE um idoso vulnerável apresentar uma UP, ENTÃO devem ser avaliadas as seguintes características da ferida da UP:

- Localização.
- Profundidade e estágio.
- Dimensão.
- Leito da ferida (por exemplo, tecido necrótico, exsudados, bordas da ferida cavitadas e fistuladas, presença ou ausência de granulação e epitelização).

2. SE um idoso vulnerável apresentar uma UP, ENTÃO o idoso vulnerável deve ser avaliado diariamente quanto à dor associada à UP, tanto no hospital, como em cada consulta de ambulatório. Caso o paciente demonstre dor, esta deve ser tratada.

### Gestão da UP

1. SE um idoso vulnerável apresentar uma UP de espessura total coberta com restos necróticos ou escaras (salvo escara seca no calcanhar), ENTÃO deve realizar-se intervenções de desbridamento com recurso a processos de corte, mecânicos, enzimáticos, de biocirurgia ou autólíticos num espaço de 24 horas.

2. SE um idoso vulnerável apresentar uma UP limpa de espessura total ou parcial, ENTÃO devem ser utilizados curativos de retenção de humidade de aplicação tópica, tais como curativos de película fina, hidrocoloides, hidrogéis, espumas ou alginatos, para o tratamento, bem como gaze humedecida sob qualquer forma.

3. SE um idoso vulnerável com uma UP de espessura total, estágio III ou IV, apresentar sinais sistémicos e sintomas de infeção, tais como temperatura elevada, contagem de leucócitos elevada, confusão e agitação, e for provável que septicemia seja resultante da ferida, ENTÃO deve proceder-se ao desbridamento da UP, num espaço de 24 horas, por forma a eliminar restos necróticos, ser realizada uma biópsia do tecido, punção biópsia aspirativa por agulha ou cultura quantitativa com zaragatoa após o desbridamento para cultura bacteriana, bem como dar início ao tratamento com os antibióticos sistémicos adequados.

4. SE, após 2 a 4 semanas de tratamento, um idoso vulnerável com uma UP limpa de espessura total, estágio III ou IV, não apresentar qualquer melhoria do estado da UP (por exemplo, redução da área ou profundidade ou de acordo com o instrumento normalizado de avaliação da cicatrização), ENTÃO deve ser reavaliada a adequação do plano de tratamento e a presença de complicações.

5. SE, após 1 a 2 semanas de tratamento, um idoso vulnerável com uma UP de espessura parcial, estágio II, não apresentar qualquer melhoria do estado da UP, ENTÃO deve ser reavaliada a adequação do plano de tratamento e a presença de complicações.

## EXAMES DE DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO

### Imunização

1. SE um idoso vulnerável não tiver recebido um reforço da vacina contra o tétano e difteria depois de completar os 49 anos, ENTÃO o idoso vulnerável deve receber um reforço da vacina contra o tétano e difteria (Td).

2. TODOS os idosos vulneráveis devem receber anualmente uma vacina contra gripe.

3. TODOS os idosos vulneráveis devem ter documentação sobre se receberam uma vacina pneumocócica e, em caso afirmativo, com que idade.

4. SE um idoso vulnerável não tiver recebido uma vacina pneumocócica ou tiver recebido há mais de 5 anos e antes de completar os 65 anos, ENTÃO o idoso vulnerável deve receber a vacina pneumocócica.

### Consumo abusivo de álcool

5. TODOS os idosos vulneráveis devem realizar um exame de diagnóstico quanto ao consumo abusivo de álcool num espaço de 3 meses após a entrada numa nova clínica de cuidados primários.

6. SE um idoso vulnerável demonstrar consumo abusivo de álcool, ENTÃO deve ser aconselhado a reduzir o consumo ou deve ser encaminhado para um programa de reabilitação de álcool num espaço de 3 meses.

### Tabaco

7. TODOS os idosos vulneráveis devem realizar um exame de diagnóstico quanto ao consumo de tabaco num espaço de 3 meses após a entrada numa nova clínica de cuidados primários.

8. SE um idoso vulnerável consumir tabaco, ENTÃO deve ser aconselhado, num prazo de 3 meses e anualmente, a parar.

9. SE um idoso vulnerável estiver disposto a parar de consumir tabaco, ENTÃO deve ser documentada a data estabelecida para parar de consumir tabaco, a análise de terapias que ajudam a parar de fumar e uma consulta de acompanhamento num espaço de um mês após a data estabelecida.

### Exercício

10. TODOS os idosos vulneráveis devem ser submetidos anualmente a uma avaliação do nível de atividade (com incentivo à atividade).

### Peso, altura e IMC

11. TODOS os idosos vulneráveis que não necessitem de cadeiras de rodas devem ter a sua altura, o seu peso e o seu IMC documentados num espaço de 3 meses após a consulta inicial de cuidados primários.

12. SE um idoso vulnerável for obeso ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), ENTÃO deve ser aconselhado, anualmente, a perder peso.

### Evitar o teste de Papanicolau após histerectomia

13. SE, depois de uma histerectomia total, uma idosa vulnerável fizer um esfregaço de Papanicolau, ENTÃO deve documentar-se o motivo do esfregaço de Papanicolau.

### Abuso de idosos

14. SE um idoso vulnerável apresentar contusões, queimaduras, marcas de mordida, trauma genital ou retal, UP ou IMC inferior a 17,5 sem explicação clínica, ENTÃO o idoso vulnerável deve ser questionado sobre possíveis maus-tratos ou encaminhado para um assistente social para avaliação de maus-tratos.

## DISTÚRBIOS DO SONO

### Exames de diagnóstico

1. TODOS os idosos vulneráveis devem ser submetidos anualmente a exames de diagnóstico para problemas de sono.

### Histórico do sono

2. SE um idoso vulnerável comunicar um problema de sono, ENTÃO deve ser documentada o historial específico de sono num espaço de 6 meses

### Informação sobre higiene do sono

3. SE um idoso vulnerável tiver um problema de sono, ENTÃO deve ser documentada, num espaço de 6 meses, uma análise à higiene do sono.

### Estudo do sono

4. SE um idoso vulnerável apresentar sonolência diurna e apneias ou ronco alto, ENTÃO o idoso vulnerável deve ser encaminhado para avaliação do sono num espaço de 6 meses.

### Análise das opções de tratamento

5. SE um idoso vulnerável apresentar distúrbios respiratórios do sono de acordo com a polissonografia, ENTÃO deve ser documentada, num espaço de 6 meses, uma análise das opções de tratamento.

### Movimentos dos membros no sono

6. SE um idoso vulnerável apresentar movimentos dos membros durante o sono e despertares frequentes ou sonolência diurna excessiva, ENTÃO deve ser submetido a tratamento ou ser encaminhado para um especialista do sono num espaço de 6 meses.

### Evitar anti-histamínicos

7. SE um idoso vulnerável apresentar problemas de sono, ENTÃO o idoso vulnerável não deve ser tratado com adjuvantes do sono com anti-histamínicos.

8. SE se tratar de um novo idoso vulnerável à clínica de cuidados primários e tomar cronicamente (> 3 meses) medicamentos adjuvantes do sono sem receita médica que contém um anti-histamínico para problemas de sono, ENTÃO deve aconselhar-se a interrupção da toma do medicamento num espaço de 6 meses.

### Redução de benzodiazepinas de uso crónico

9. SE se tratar de um novo idoso vulnerável à clínica de cuidados primários e tomar cronicamente (> 3 meses) uma benzodiazepina para problemas de sono, ENTÃO deve aconselhar-se a redução e interrupção da toma do medicamento num espaço de 6 meses.

### Tratamento da dor que perturba o sono

10. SE um idoso vulnerável apresentar dor que perturba a sua capacidade de adormecer ou de se manter a dormir, ENTÃO devem ser recomendados métodos de controlo da dor, farmacológicos ou não farmacológicos.

## SUBNUTRIÇÃO

### Medição de peso

1. TODOS os idosos vulneráveis devem ser pesados em todas as consultas de cuidados primários e os pesos devem ser documentados na história clínica.

## Vitamina D

2. TODOS os idosos vulneráveis que apresentam estados de saúde estáveis devem tomar suplementos de vitamina D na dose de 800 UI diárias (ou equivalente).

## Documentação de perda de peso

3. SE um idoso vulnerável tiver sofrido perda de peso involuntária igual ou superior a 10 % do seu peso corporal num ano ou menos, ENTÃO a perda de peso (ou um distúrbio relacionado) deve ser documentada na história clínica, reconhecendo que a subnutrição é um potencial problema.

## Avaliação da perda de peso

4. SE um idoso vulnerável tiver sofrido perda de peso involuntária igual ou superior a 10 % do seu peso corporal num ano ou menos ou hipoalbuminemia (< 3,5 g/dL), ENTÃO o idoso vulnerável deve ser avaliado quanto a causas potencialmente reversíveis de ingestão nutricional deficiente, incluindo avaliação do seguinte:

- Condição dentária (por exemplo, dentição, saúde da gengiva, encaminhamento para dentista).
- Segurança alimentar (por exemplo, situação financeira, encaminhamento para assistência social).
- Estado funcional quanto a alimentos (por exemplo, capacidade de se alimentar, preparar refeições).
- Apetite e ingestão (por exemplo, contagem de calorias num período de 72 horas, encaminhamento para nutricionista).
- Capacidade de engolir (por exemplo, estudo dinâmico da deglutição, encaminhamento para um estudo dinâmico da deglutição).
- Restrições alimentares (por exemplo, dieta com baixo teor de sal ou baixa proteína).

## Avaliar comorbidades

5. SE um idoso vulnerável tiver sofrido perda de peso involuntária igual ou superior 10 % do seu peso corporal num ano ou menos ou hipoalbuminemia (< 3,5 g/dL), ENTÃO o idoso vulnerável deve ser avaliado quanto a condições de comorbidades potencialmente relevantes, incluindo a avaliação de:

- Medicamentos associados à diminuição do apetite
- Depressão
- Insuficiência cognitiva
- Função tiroideia
- Exame de diagnóstico do cancro
- Diabetes Mellitus
- Malabsorção

## Treino de deglutição

6. SE um idoso vulnerável sofrer de novo um AVC e o exame de deglutição acusar disfagia, ENTÃO deve recomendar-se treino de deglutição ao idoso vulnerável.

## INCONTINÊNCIA URINÁRIA

### Exame de diagnóstico

1. TODOS os idosos vulneráveis devem ter documentação da presença ou ausência de IU na primeira avaliação.
2. TODOS os idosos vulneráveis devem ter documentação da presença ou ausência de IU a cada 2 anos.

#### **Avaliação anual da IU**

3. SE um idoso vulnerável sofrer de IU, ENTÃO deve documentar-se, anualmente, sobre se a IU é incômoda para o paciente ou para o cuidador.

#### **História clínica de incontinência**

4. SE um idoso vulnerável sofrer de uma nova IU ou IU persistente com sintomas incômodos, ENTÃO deve documentar-se uma história clínica específica.

#### **Exame de incontinência**

5. SE um idoso vulnerável sofrer novamente de IU, ENTÃO deve ser documentado um exame físico específico.

#### **Exame urinário**

6. SE um idoso vulnerável sofrer novamente de IU ou IU persistente com sintomas incômodos, ENTÃO deve efetuar-se um exame urinário (ou urinálise com tira reagente) e uma urocultura, caso a urinálise apresente piúria ou hematúria.

#### **Classificação da IU**

7. SE um idoso vulnerável sofrer novamente de IU ou IU persistente com sintomas incômodos, e a IU for tratada com medicação ou cirurgia, ENTÃO deve documentar-se a classificação do tipo de (ou potenciais motivos) para a IU.

#### **Discussão das opções de tratamento**

8. SE um idoso vulnerável sofrer novamente de IU ou IU persistente com sintomas incômodos, ENTÃO devem ser discutidas opções de tratamento num espaço de 3 meses.

#### **Avaliação da resposta ao tratamento**

9. SE um idoso vulnerável for tratado para IU, ENTÃO a resposta ao tratamento deve ser documentada num espaço de 3 meses.

### **VISÃO**

#### **Exame oftalmológico completo**

1. TODOS os idosos vulneráveis devem efetuar um exame oftalmológico completo a cada dois anos.

#### **Novos sinais e sintomas**

2. SE um idoso vulnerável sofrer uma crise súbita de alterações visuais graves, ENTÃO deve consultar um especialista em oftalmologia no espaço de 24 horas.

3. SE um idoso vulnerável sofrer os primeiros sintomas de uma nova dor ocular, lesões corneanas em grande medida visíveis ou uma secreção purulenta grave, ENTÃO o idoso vulnerável deve efetuar um exame oftalmológico básico no espaço de 72 horas.

#### **Acompanhamento de glaucoma**

4. SE um idoso vulnerável sofrer de glaucoma primário de ângulo aberto, ENTÃO o idoso vulnerável deve efetuar um exame oftalmológico anual que inclua medições da acuidade visual e pressão intraocular, documentação do exame do nervo óptico, biomicroscopia, campimetria e documentação da pressão intraocular.

#### **Extração de catarata**

5. SE um idoso vulnerável for diagnosticado com uma catarata que limita a sua capacidade de efetuar atividades necessárias ou desejadas, ENTÃO deve recomendar-se a extração de catarata.

4. SE um idoso vulnerável sofrer de glaucoma primário de ângulo aberto, ENTÃO o idoso vulnerável deve efetuar um exame oftalmológico anual que inclua medições da acuidade visual e pressão intraocular, documentação do exame do nervo ótico, biomicroscopia, campimetria e documentação da pressão intraocular.

#### **Extração de catarata**

5. SE um idoso vulnerável for diagnosticado com uma catarata que limita a sua capacidade de efetuar atividades necessárias ou desejadas, ENTÃO deve recomendar-se a extração de catarata.