



Artigo de Investigação Médica  
Mestrado Integrado em Medicina



**A CONSTELAÇÃO DO IDOSO**

Isabel Maria Serra Amaral Nunes

ICBAS/CHP

Endereço: R. Cruz Pedra 90, 6º esq, 4700-219 Braga;isabelserranunes@gmail.com

Orientadora

Dr<sup>a</sup> Ivone Mauroy da Fonseca

Porto 2009

*“O envelhecimento deixou, definitivamente, de ser uma questão do primeiro mundo. O que foi uma nota de rodapé no século XX está a tornar-se o tema dominante do séc. XXI. “*

Kofi Annan, ex-secretário-Geral das Nações Unidas (2002)

# Prefácio

Um projecto de voluntariado dirigido aos Idosos em que participamos no Verão passado, sensibilizou-nos para a importância e necessidade de um correcto apoio domiciliário ao Idoso.

A linha orientadora foram os sete temas que a OMS (Organização Mundial de Saúde) preconiza para a promoção e prevenção da saúde no Idoso (sono, actividade física, nutrição, prevenção de tabagismo, abuso alcoólico, prevenção de acidentes domésticos e controlo da medicação).

Curiosamente, também são sete as mais brilhantes estrelas que constituem o asterismo da 3ª maior e mais conhecida constelação da nossa galáxia: a Ursa Maior.



Tal como os sete corpos celestes serviram para a orientação desde a Antiguidade, também os sete temas orientaram o estudo que nos propusemos a realizar, estando convictos do muito que ainda ficou por fazer!

# Índice

-	Resumo e Palavras-Chave -----	
	1	
-	Introdução-----	2
-	Material e Métodos-----	4
	• População	
	• Instrumentos	
	• Metodologia Estatística	
-	Resultados-----	5
-	Discussão-----	11
	• Discussão da Revisão Bibliográfica	
	▪ Sono	
	▪ Nutrição	
	▪ Actividade Física	
	▪ Tabagismo	
	▪ Abuso de Álcool	
	▪ Prevenção de Acidentes Domésticos	
	▪ Controlo/Revisão da Medicação	
	• Discussão dos Resultados	
	• Limitações e Viéses do Estudo e Propostas Futuras	
	• Conclusão	
-	Referências-----	18
-	Agradecimentos-----	20

# Resumo e Palavras-chave

## Resumo

**Objectivos:** perceber a importância que o Idoso em apoio domiciliário (ou seu cuidador) atribui a cada um dos temas preconizados pela OMS para prevenção e promoção da sua saúde (sono, exercício, nutrição, abandono do tabagismo, abuso alcoólico, prevenção de acidentes domésticos e controlo da medicação), conhecer a opinião de profissionais de saúde sobre a importância e aplicação de cada tema e comparar esta opinião com a abordagem efectivamente realizada aos idosos.

**Tipo de estudo:** observacional descritivo longitudinal

**Local:** Unidade de Saúde do Carvalhido, Centro de Saúde de Aldoar

**População:** foram estudadas três populações: profissionais de uma equipa de saúde seleccionada responsável pelo apoio domiciliário a idosos (médicos e enfermeiros); idosos visitados (ou seus cuidadores) pela equipa durante um mês; todos os profissionais responsáveis pelas visitas domiciliárias no centro em estudo.

**Métodos:** realização de questionários (via contacto telefónico aos idosos e seus cuidadores e por preenchimento directo pelos profissionais de saúde); análise estatística descritiva (ordenação dos dados, compilação em tabela e cálculo de valores de sumários - médias).

**Resultados:** os profissionais referem uma abordagem mais frequente de todos os assuntos comparativamente à referida pelos idosos; todos os temas foram considerados importantes ( $\geq 89\%$  em todos os grupos); os cuidadores referem maior frequência de abordagem em todos os assuntos que os idosos.

**Conclusões:** as opiniões de idosos e profissionais de saúde em relação à abordagem pelas equipas de saúde durante os domicílios dos temas seleccionados, não são totalmente sobreponíveis. Os resultados dos profissionais de saúde indicam uma abordagem regular e de acordo com o preconizado, o que não é reflectido pelos idosos por causas provavelmente explicáveis como veremos adiante. Propõe-se a realização de um estudo com uma amostra maior e mais extenso que permita cruzamento de variáveis, análise de metodologias de abordagem e que permita obter resultados estatisticamente significativos.

## Palavras-chave

elderly, home support/care, WHO (World Health Organization), PHC (primary health care) services, disability, caregiver, accident prevention

# Introdução

No percurso da nossa vida iniciada com o nascimento, já se inicia inevitavelmente a envelhecer. Num mundo em que o número absoluto de idosos está a aumentar, existindo actualmente mais de 600 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos,<sup>(1)</sup> facilmente se compreende que eles representam uma considerável proporção dos utentes dos Cuidados de Saúde Primários com tendência a aumentar. A evidência sugere que o aumento da esperança média de vida na Europa – só no séc. XX foi de 28 anos – deverá continuar no futuro.<sup>(2)</sup>

Este aumento na longevidade pode ser acompanhado por um aumento de incapacidade, que se traduz em dificuldade em executar pelo menos uma ou mais tarefas básicas de auto-cuidado (tomar banho, vestir-se, alimentar-se); problemas em realizar actividades instrumentais (tomar medicação, atender o telefone, preparar refeições) e por deficiência na mobilidade (limitadora de vida independente).<sup>(2)</sup>

Muitos idosos gozam de boa saúde mas à medida que a população envelhece o nº de doenças crónicas tende a aumentar, tornando-se, conseqüentemente, primordial definir planos de actuação para prevenir ou retardar situações que agudizam as incapacidades<sup>(1)(3)</sup> já referidas, sendo de esperar que idosos dependentes de cuidados domiciliários sejam cada vez em maior número.<sup>(2)</sup>

A evidência europeia demonstra que a grande maioria dos idosos pretende permanecer no seu domicílio apesar de grandes incapacidades e que *não vêem com bons olhos* o recurso a cuidados institucionais independentemente das condições que possam oferecer, lamentando não permanecer nas suas casas. Por outro lado, uma vez que os cuidados referidos prestados por instituições são dispendiosos, as visitas e o apoio domiciliário começam a integrar uma estratégia económica que visa a racionalização de recursos. Em face disto, torna-se imperativo fomentar e adequar as visitas e cuidados domiciliários às necessidades dos idosos e intervir para que a actuação das equipas domiciliárias seja eficaz para apoio e orientação adequados.<sup>(4)</sup>

Os cuidados domiciliários podem ser divididos em cinco tipos: preventivo-promotivos, terapêuticos, de reabilitação, de manutenção a longo prazo, e paliativos. Para este estudo escolheu-se abordar os primeiros, **preventivo-promotivos**, que a OMS define como *o processo de otimizar as oportunidades para a saúde, participação e segurança a fim de melhorar a qualidade de vida dos idosos.*<sup>(1)</sup> A escolha desta área deveu-se à sensibilização sentida, durante o estágio de Medicina

Geral e Familiar, perante a importância da manutenção e melhoria da saúde das pessoas, nomeadamente dos idosos.

A OMS, na sua abordagem mais actual deste tema e mais especificamente na promoção da saúde do idoso, define temas a abordar pela equipa multidisciplinar tais como: sono, actividade física, nutrição, prevenção de tabagismo, abuso alcoólico, prevenção de acidentes domésticos e controlo da medicação. <sup>(5)</sup>

Os objectivos deste trabalho pretenderam:

- **perceber** a importância que o Idoso em apoio domiciliário ou seu cuidador atribui a cada um dos temas atrás referidos no que diz respeito à sua saúde;
- **conhecer** a opinião dos profissionais de saúde no que diz respeito à importância e aplicação de cada tema;
- **comparar** esta opinião com a abordagem percebida e apreendida pelos idosos.

Para o estudo realizamos uma revisão bibliográfica da literatura actual e, de acordo com os dados obtidos, foram elaborados questionários a aplicar a idosos e profissionais de um Centro de Saúde.

## **Material e Métodos**

O trabalho foi iniciado realizando uma revisão bibliográfica do estado da arte sobre qual o papel da visita e apoio domiciliários das equipas dos Cuidados Primários de Saúde na Promoção e Prevenção da saúde do idoso, nomeadamente quais as estratégias preconizadas pela Organização Mundial de Saúde nos temas de sono, actividade física, nutrição, prevenção de tabagismo, abuso alcoólico, prevenção de acidentes domésticos e controlo da medicação.

Assim, este é um estudo observacional descritivo longitudinal com recurso a questionários como metodologia instrumental. As populações estudadas foram seleccionadas por amostra aleatória estratificada.

Foram inquiridos profissionais de uma equipa de saúde seleccionada aleatoriamente de entre as três equipas de saúde existentes na Unidade de Saúde do Carvalhido, Centro de Saúde de Aldoar. Foram também inquiridos os idosos visitados (ou, na impossibilidades destes, os seus cuidadores) por essa mesma equipa durante um mês (Março 2009), escolhido aleatoriamente. Numa segunda fase, o mesmo questionário respondido pela equipa de saúde foi aplicado a todos os profissionais (médicos e enfermeiros) responsáveis pelas visitas domiciliárias da Unidade de Saúde em estudo.

### **População**

Foram realizados um total de 28 questionários a idosos (utentes com idade igual ou superior a 65 anos e de ambos os sexos) ou seus cuidadores visitados pela Equipa de Saúde. Quinze (54%) dos inquéritos foram realizados aos próprios idosos, tendo os restantes 13 (46%) sido realizados aos cuidadores por impossibilidade de participação dos primeiros 7 (54%) por patologia demencial e 6 (46%) por outras causas.

Foram inquiridos 9 dos 10 profissionais que constituíam a equipa de Saúde responsável pela visita domiciliária aos idosos (1 enfermeiro não respondeu por encontrar-se de férias). A maioria dos profissionais eram médicos 5 (56%), sendo que os restantes eram enfermeiros 4 (44%).

Numa segunda fase, foram realizados 25 questionários a todos profissionais de saúde responsáveis pelas visitas ao domicílio na Unidade de Saúde em estudo. Doze



(48%) dos questionários foram respondidos por médicos, sendo que os restantes 13 (52%) por enfermeiros.

## **Instrumentos**

O presente trabalho apresenta dados primários colhidos através de dois questionários (em anexo) realizados, tendo como base as necessidades invocadas pela OMS na promoção de saúde do idoso (sono, exercício, nutrição, abandono do tabagismo, abuso alcoólico, prevenção de acidentes domésticos e controlo da medicação).

O Questionário 1, dirigido aos idosos e seus cuidadores, foi realizado por contacto telefónico durante o período de 4 a 15 de Maio de 2009, entre as 10 e as 18 horas.

O Questionário 2, dirigido aos profissionais de saúde, foi distribuído e preenchido durante o período de 11 a 15 de Maio de 2009.

## **Metodologia Estatística**

A análise estatística utilizada neste trabalho visa uma descrição dos dados obtidos (análise descritiva). A análise incluiu: ordenação dos dados, compilação dos dados em tabela e cálculo de valores de sumário (médias das respostas obtidas).

## Resultados

Os resultados são apresentados na sua totalidade nas tabelas I a VII, em anexo.

No que diz respeito à frequência de abordagem, respostas *muitas vezes* ou *sempre* foram categorizadas como frequências regulares de abordagem e, por isso, agrupadas nas tabelas de resultados; às respostas *nunca* ou *raramente* foi atribuída baixa frequência de abordagem e, por isso, a sua análise também foi conjunta. O mesmo foi realizado na importância atribuída aos temas questionados: respostas *alguma importância* ou *importante* foram categorizadas como atribuindo resposta positiva sobre a importância do tema e por isso agrupadas nos resultados; respostas *muito pouco importante* ou *pouco importante* foram consideradas como atribuindo baixa importância ao tema e analisadas conjuntamente.

Para não dificultar a leitura dos resultados, juntaram-se os resultados dos inquéritos obtidos a partir das respostas dos idosos com as dos cuidadores destes, nos casos em que os primeiros não conseguiam responder, pelos motivos atrás referidos.

Quanto aos resultados dos **questionários realizados à equipa de saúde seleccionada** (tabela IV) e **aos idosos e seus cuidadores** (tabela I), foram agrupados alguns dos resultados em gráficos (figuras 1 e 2) para uma melhor percepção visual.

## Frequência de Abordagem dos Temas

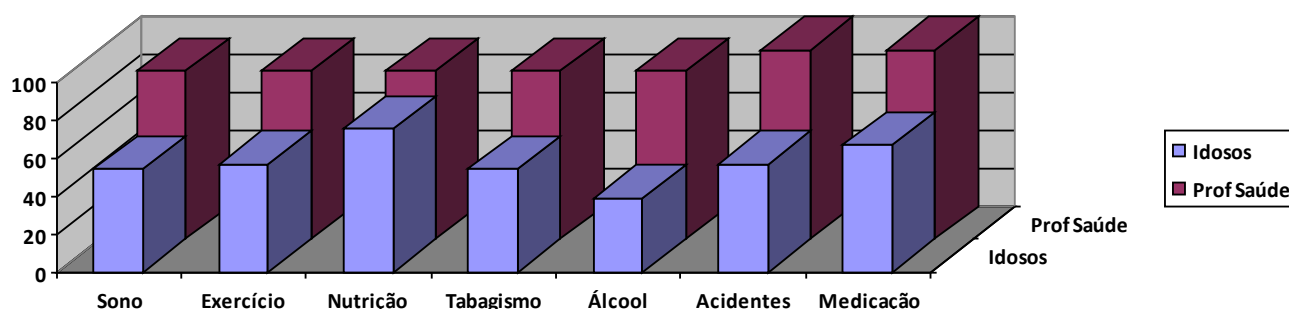


Fig. 1 – Percentagens de idosos/cuidadores e profissionais de saúde que referem uma frequência regular (muitas vezes ou sempre) de questionamento de cada tema.

Analisando a figura 1, sobre a frequência de abordagem de cada tema verifica-se que:

- ❖ Sono – é o segundo tema menos abordado na opinião dos idosos/cuidadores (54%), comparativamente aos valores mais elevados obtidos juntos dos profissionais (89%);
- ❖ Actividade Física – mais uma vez a frequência de abordagem regular referida pelos idosos/cuidadores é menor (57%) que a referida pelos profissionais (89%);
- ❖ Nutrição – este é o tema em que os resultados são mais próximos (75% nos idosos/cuidadores e 89% pelos profissionais de saúde);
- ❖ Tabagismo – segundo os idosos este tema tem igual percentagem de abordagem do sono ocupando o penúltimo lugar (54%), esta opinião não é partilhada pelos profissionais que referem uma abordagem na ordem dos 89%;
- ❖ Álcool – este é o tema com maior dissonância de opiniões (39% de frequência regular de abordagem na opinião dos idosos versus 89% referida pelos profissionais);
- ❖ Prevenção de acidentes domésticos – é o tema que na opinião dos profissionais é mais frequentemente questionado (100%), sendo que quase metade dos idosos não compartilha desta opinião (57%);
- ❖ Controlo da medicação – 67% dos idosos refere uma abordagem regular comparativamente à percentagem total atribuída pelos diferentes profissionais (100%);

Resumindo, os profissionais referem abordar os temas com maior frequência do que é referida pelos idosos. Estas diferenças chegam a ser superiores a 50% (nos temas álcool e controlo da medicação). O tema que na opinião dos idosos/cuidadores é mais frequentemente discutido é a nutrição; enquanto os profissionais referem que os que mais frequentemente abordam são os acidentes domiciliare e a medicação.

### Importância Atribuída a cada tema

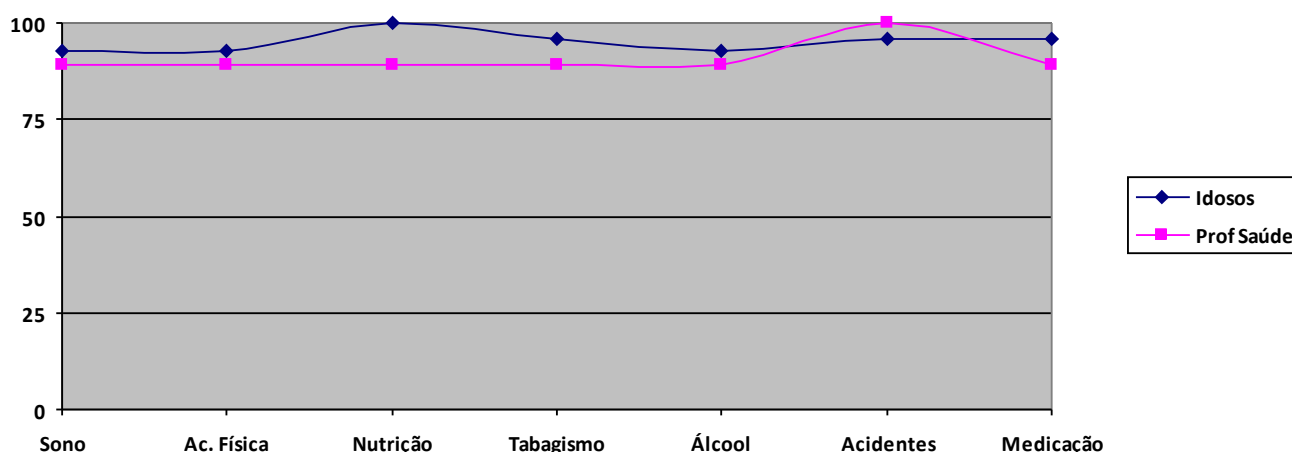


Fig. 2 – Percentagens de idosos/cuidadores e profissionais de saúde que atribuem importância ou alguma importância a cada tema.

Da análise da figura 2, sobre a importância atribuída a cada tema verifica-se que:

- ❖ Sono, Actividade Física e Álcool – os resultados obtidos foram sobreponíveis, com frequências de importância atribuídas por idosos/cuidadores muito próximas às obtidas junto dos profissionais (93% e 89%, respectivamente);
- ❖ Nutrição – este tema foi considerado o de maior importância pelos idosos (100%), tendo obtido também um valor alto na opinião dos profissionais (89%);
- ❖ Tabagismo e Controlo da medicação – estes dois temas obtiveram os mesmos resultados, tendo sido considerados pela quase totalidade dos idosos e profissionais de saúde como com alguma importância/importante (96% e 89%, respectivamente);
- ❖ Prevenção de acidentes domésticos – este tema foi o eleito pelos profissionais como mais importante (100%), sendo que também obteve um valor muito elevado nas respostas dos idosos/cuidadores (96%);

Resumindo, todos os temas foram considerados como de alguma importância ou importantes pela larga maioria dos entrevistados (percentagens sempre iguais ou superiores a 89% em ambos os grupos).

Os primeiros 5 itens e o controlo da medicação foram mais valorizados pelos idosos, sendo que a prevenção de acidentes domésticos, pelo contrário, foi mais valorizada pelos profissionais de saúde.

O tema considerado de maior importância pelos idosos foi a nutrição, enquanto a prevenção dos acidentes domésticos foi o tema eleito pelos profissionais.

Os temas mais desvalorizados pelos idosos foram o sono, actividade física e o álcool. No caso dos profissionais todos os temas obtiveram o mesmo resultado, com a excepção da prevenção dos acidentes domésticos, ao qual foi atribuída importância elevada pela totalidade dos mesmos.

Os dois temas cujos resultados apresentaram maior dissonância entre os dois grupos foram o tabagismo e a prevenção dos acidentes domésticos. De referir apenas que as diferenças de percentagens obtidas na comparação dos dois grupos nunca ultrapassaram os 11%.

Ao comparar os resultados obtidos nos **questionários aos idosos** (tabela II) com os realizados aos **cuidadores** (tabela III) constatou-se que, em todos os assuntos, os cuidadores referem uma maior frequência de abordagem dos assuntos pela equipa de saúde (por exemplo, 54% dos cuidadores referem que a equipa de saúde questiona este assunto *muitas vezes* ou *sempre*, em comparação com 40% dos idosos que partilham esta opinião). Os idosos atribuem uma menor importância aos itens sono, exercício físico, tabaco, álcool e prevenção de acidentes domésticos que os cuidadores. Ambos os grupos atribuem igual importância à nutrição (100%).

Ao analisar os dados obtidos nos **questionários realizados à totalidade dos profissionais** de saúde (tabela V) verificou-se que as percentagens de resposta obtidas são muito semelhantes (não há nenhuma variação acima de 10%) às encontradas para os profissionais de saúde da equipa seleccionada (tabela IV).

Agrupando as respostas das duas classes de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros – tabelas VI e VII, respectivamente) constatou-se que: as respostas *alguma importância/importante* obtiveram percentagens iguais ou superiores a 85% em qualquer um dos temas questionados independentemente da classe profissional; os médicos referem questionar com maior frequência que os enfermeiros sobre sono,

exercício físico, tabagismo e álcool; os enfermeiros referem questionar mais frequentemente problemas de nutrição que a classe médica; a totalidade dos médicos e enfermeiros questionam muitas vezes ou sempre os temas acidentes domésticos e controlo de medicação (100%). De referir ainda que todos os temas são abordados e discutidos pela grande maioria dos profissionais (percentagens sempre superiores a 70% de profissionais que referem fazê-lo muitas vezes ou sempre).

# Discussão

## Discussão da Revisão Bibliográfica

A investigação bibliográfica permitiu tirar algumas conclusões no que diz respeito à importância dos vários temas preconizados pela OMS como importantes para a prevenção e promoção da saúde do idoso.

### Sono

As necessidades vão diminuindo à medida que os anos passam. Verificou-se que as alterações no padrão do sono se iniciam geralmente por volta dos 50 anos e tornando-se mais óbvias por volta dos 65. O sono nocturno não ultrapassa em geral as 6 horas e queixam-se frequentemente de sono leve, fragmentado, dificuldades em adormecer, dificuldades em manter-se a dormir, despertar matinal muito cedo e sensação de cansaço ao acordar. Os padrões de sono interrompidos dos idosos podem levar a sonolência diurna e outras consequências como fadiga, diminuição do estado vigil e diminuição da motivação e energia para participar em actividades sociais ou recreativas. Por outro lado, no idoso dependente, alterações no sono tornam-se razão de stress constante para eles e suas cuidadores. <sup>(5)</sup>

A determinação dos padrões do sono e a avaliação dos problemas deve iniciar-se pela colheita duma história do sono. Adicionalmente, devem ser incluídas questões sobre todos os factores que podem estar a afectar o sono, tal como medicação, história de doença respiratória e cardiovascular e preocupações. As intervenções tornam-se tanto mais especializadas quanto maior a especificidade dos problemas encontrados. Devem também ser encorajadas algumas práticas que podem ajudar a promover um melhor sono (por ex: exercício físico regular, um banho quente, ler um livro ou beber leite morno imediatamente antes de dormir). <sup>(5)</sup>

### Nutrição

Segundo alguns estudos recentes<sup>(6)</sup> uma alimentação adequada tem uma importância fulcral na saúde do idosos podendo mesmo afastar o aparecimento de algumas doenças que surgem com o envelhecimento como neoplasias, doenças

cardiovasculares, hipertensão e cataratas. As *guidelines* sobre as necessidades nutricionais dos adultos mais velhos são muito similares às dos adultos mais jovens.<sup>(5)</sup> No entanto, alterações na percepção do sabor e cheiro podem tornar a comida menos agradável e os problemas orais como a falta de dentes ou problemas na mastigação podem reduzir o apetite. Outros factores que contribuem para uma nutrição pobre são a falta de exercício, solidão, depressão, doenças crónicas, demência, efeitos laterais de fármacos, álcool e tabagismo. As deficiências mais frequentes incluem ferro, fibras, folato, vitamina C, cálcio, zinco, riboflavina e vitamina A.<sup>(5)</sup> Alguns estudos referem que o consumo de alimentos ricos em vitaminas e antioxidantes são particularmente interessantes, quer para reduzir os riscos de doença crónica, quer para proteger e nutrir as células do cérebro, contribuindo assim para o atraso do declínio das funções cognitivas.<sup>(7)</sup>

A recomendação de uma alimentação variada e equilibrada aliada ao ensino de algumas práticas pode ajudar a assegurar que são ingeridas as quantidades necessárias de nutrientes. Algumas dessas práticas incluem: oferecer pequenas quantidades de comida, remover a prótese superior durante as refeições visando melhorar a percepção do sabor dos alimentos, utilização de comidas que necessitem de ser menos mastigadas e assegurar o aporte de fluidos necessário.<sup>(5)</sup>

Nunca é demais lembrar que está demonstrado o efeito sobre a longevidade e prevenção de certas patologias do regime alimentar mediterrânico.<sup>(7)</sup>

## **Actividade Física**

Existem autores que comparam a actividade física a uma “fonte de juventude”<sup>(8) (9)</sup>

Evidências sugerem que o exercício físico pode reduzir o risco de afecções por diabetes, neoplasias, doenças cardiovasculares; diminuir os efeitos nefastos de factores de risco como hipertensão ou hipercolesterolemia<sup>(8)(9)</sup>, reduzir os sintomas depressivos e impedir ou atrasar as limitações funcionais e incapacidades nas pessoas idosas.<sup>(2)</sup> Exercício regular, tal como caminhar, deve fazer parte da rotina diária do idoso. É importante escolher o tipo de exercício mais adequado. Os tipos de exercícios mais indicados para a manutenção dos idosos saudáveis e independentes trabalham a força, equilíbrio, flexibilidade e resistência; o exercício deve ser feito regularmente, não devendo ser extenuante de forma a não danificar nenhum órgão, tal como o coração.<sup>(5)</sup>



Existem estudos recentes que provam que o incentivo médico aumenta a adesão do idoso ao exercício comparando com o estímulo de familiares ou amigos.

(10)

## **Tabagismo**

O tabaco é considerado o pior “serial killer” sobre a terra, alguns autores defendem que é “o único produto legal que mata desde que consumido como previsto pelo fabricante”.<sup>(11)</sup> Existem poucos estudos sobre a prevalência deste vício nos idosos mas há dados que sugerem que representam 10-11% dos fumadores.<sup>(11)</sup> O seu efeito na longevidade está descrito em estudos recentes que defendem que os não fumadores têm taxas de mortalidade 28 anos mais tarde, comparativamente aos fumadores. O tabagismo deve ser eliminado, ou se a pessoa não consegue eliminar, pelo menos diminuir. O tratamento da cessação tabágica deve incluir informação sobre os efeitos a curto e longo prazo, técnicas de substituição e formas de evitar tentações e prevenir a recaída.<sup>(5)</sup>

## **Abuso de Álcool**

O estilo de vida da maioria dos idosos permite que não tenham problemas legais, sociais e profissionais que limitem ou impeçam o consumo de bebidas alcoólicas e, por isso, o seu consumo passa frequentemente despercebido. O consumo exagerado no idoso foi associado a uma sobre-mortalidade a curto prazo (56% superior).<sup>(12)</sup>

Os efeitos do álcool modificam-se com o avançar da idade: os idosos têm menor tolerância ao tóxico e mesmo pequenas quantidades podem ter consequências devastadoras.<sup>(12)</sup>

O consumo excessivo de álcool pode condicionar inúmeros problemas orgânicos e até problemas que podem condicionar perda de independência nas actividades da vida diária: diminuição do funcionamento intelectual, acidentes, episódios de confusão recorrentes, sintomas de auto-negligência e diminuição da atenção a actividades quotidianas (ex: limpeza doméstica, ida às compras). A avaliação do humor pode ser útil nos suspeitos de abuso, uma vez que se conhece a relação entre o álcool e a depressão. Deve ser realizada uma avaliação da medicação habitual do idoso uma vez que o álcool torna imprevisíveis os efeitos dos fármacos

particularmente em combinação com os que deprimem o SNC (sedativos, antidepressivos tricíclicos, ansiolíticos, benzodiazepinas, neurolépticos e alguns analgésicos).<sup>(5)</sup>

## **Prevenção de acidentes domésticos**

A grande maioria dos acidentes pode ser evitada ao reconhecer atempadamente as alterações esperadas pelo envelhecimento (alterações na visão, na audição, na propriocepção, no equilíbrio, na marcha, na coordenação, na força e na regulação térmica). Deve ser dirigido especial cuidado aos idosos que vivem sós, estão confusos, com doenças crónicas (tais como arritmias ou diabetes mellitus) ou elevado grau de stress emocional pois estão associados a um risco aumentado de queda.<sup>(5)(13)</sup>

A prevenção de quedas é de grande importância uma vez que são a principal causa de morte por lesão entre pessoas acima dos 65 anos, sendo que metade das quedas ocorre no próprio domicílio. Além de custos sociais devido à hospitalização ou internamento em outras instituições, destes acidentes resultam considerável mortalidade, morbidade e sofrimento para os idosos e suas famílias.<sup>(13)</sup>

Algumas medidas podem ajudar na prevenção como por exemplo: utilização de cores que melhorem a visão do idoso e a percepção da profundidade, retirar obstáculos, manter o ambiente bem iluminado, usar sapatos rasos, colocar objectos estáveis aos quais o idoso se possa agarrar, marcar os interruptores da luz com etiquetas, ligado e desligado.<sup>(5)</sup>

## **Controlo/Revisão da Medicação**

Esta também é uma das bases da promoção da saúde do idoso, uma vez que, como referido anteriormente, com as alterações metabólicas condicionadas pela idade a absorção, metabolismo e excreção dos fármacos é alterada de forma menos previsível que nos adultos jovens, na maioria das vezes com efeito aditivo e efeitos adversos frequentes.<sup>(5)</sup>

As intervenções devem incluir: revisão frequente da medicação, instruções sobre possíveis efeitos adversos (confusão/demência, hipotensão ortostática e quedas, ansiedade, problemas de sono, obstipação, retenção urinária), diminuição da medicação para o mínimo de fármacos possível; estar atento a reacções adversas

causadas frequentemente por antibióticos, anti-arrítmicos, diuréticos, agentes anti-parkinsonianos, colinérgicos, hipnóticos e sedativos, antidepressivos, antihipertensores e agentes anti-psicóticos.<sup>(5)</sup>

## Discussão dos Resultados

No que diz respeito à análise dos resultados obtidos, opiniões de idosos e profissionais de saúde em relação à abordagem dos temas estudados pelas equipas de saúde durante os domicílios não são totalmente sobreponíveis.

### Abordagem dos Temas

Os resultados dos profissionais de saúde indicam uma abordagem regular e de acordo com o preconizado. Os resultados obtidos junto dos idosos e seus cuidadores parecem não reflectir uma abordagem tão completa nem tão frequente.

Várias hipóteses podem ser levantadas como causas destas diferenças: incapacidades inerentes ao idoso (esquecimento/alterações cognitivas ou dificuldades auditivas), dificuldades na descodificação das questões ou barreira de comunicação criada pelo uso de telefone como instrumento de recolha de dados.

### Importância dos Temas

No que diz respeito à importância atribuída a cada item, verificou-se uma concordância geral (idosos, cuidadores e profissionais de saúde) no que diz respeito à importância dos temas. Todos eles são considerados como de *alguma importância* ou *importantes* pela larga maioria dos inquiridos (mais de 70%).

Ao analisar os resultados obtidos com os profissionais de saúde, não foram observadas variações de opinião superiores a 10% quando comparados profissionais de diferentes áreas, o que poderia permitir concluir que a opinião dos profissionais inquiridos é semelhante, independentemente do grupo profissional.

**A percepção da discrepância entre a abordagem realizada pelos profissionais de saúde e o que é percebido pelo idoso é fundamental para adequar a intervenção dos primeiros junto dos segundos.**

## Limitações e Viéses do Estudo e Propostas Futuras

A análise deste trabalho levanta algumas limitações ou viéses de estudo, enumerados a seguir. São também sugeridas algumas estratégias que permitam ultrapassar ou melhorar estas limitações.

- a amostra utilizada, quer de idosos ou cuidadores quer de profissionais, é pequena o que não nos permite generalizar os resultados obtidos para a toda a população. Propor-se-ia então a realização de um estudo mais alargado, com uma amostra significativa da população;

- a análise estatística é apenas descritiva sem verificação de significação de resultados ou sem cruzamento de variáveis. Uma vez que existe evidência considerável que várias variáveis de entre as estudadas se inter-relacionam e interferem de forma não independente na saúde do idoso (por ex a actividade física e a prevenção das quedas; alcoolismo e quedas; exercício físico e tabagismo), seria, então, interessante cruzar estas variáveis e perceber qual o impacto de uma abordagem simultânea; <sup>(5)(13)</sup>

- o facto de o instrumento utilizado na recolha de dados ser o questionário implica que todos os resultados obtidos são dependentes do inquirido, não incluindo o estudo dados objectivos e não-dependentes do inquirido. O contacto telefónico aos idosos e seus cuidadores pode apresentar algum viés de resposta devido a, poder levar a menor compreensão das questões, como já atrás referido. A uniformização de resultados idosos/cuidadores pode também introduzir um viés uma vez que a opinião dos cuidadores pode não coincidir totalmente com a que seria colhida aos idosos;

- só é estudada a frequência da abordagem dos temas e não a forma de abordagem dos mesmos, não permitindo inferir sobre a validade da abordagem. Pensa-se que seria interessante a realização de um trabalho posterior com vista a compreender como é feita, na prática, a abordagem dos temas de forma a optimizá-la;

- a partir da análise bibliográfica verificou-se que existem outros temas, que não os aqui estudados, que podem condicionar risco aumentado de declínio do estado funcional (alterações cognitivas, alto ou baixo índice de massa corporal, limitação funcional das extremidades inferiores, baixa frequência de contactos sociais e alterações visuais).<sup>(2)</sup> Neste sentido, sugere-se um estudo mais alargado, visando uma abordagem mais generalizada e completa do idoso;

- a formação é considerada como alicerce fundamental para o apoio para políticas de envelhecimento saudável, bem como para fornecer adequada assistência médica e social. Sendo os membros da família, muitas vezes, os principais cuidadores de idosos, devem ser treinados sobre como manter as pessoas idosas saudáveis através de práticas de promoção da saúde como uma boa alimentação, ambientes seguros e prevenção de quedas. Os familiares uma vez confrontados com a necessidade de cuidar de uma pessoa idosa doente ou dependente, necessitam de formação para compreender a doença, a medicação e o tratamento. Acima de tudo, eles precisam de assistência tanto formal como informal com passagem de competências e estratégias para apoio do cuidado familiar. Pelo contacto próximo podem ganhar a sua confiança e oferecer prevenção primária, ou seja, intervir antes que surjam problemas de saúde. Também estão aptos para a prevenção secundária ou rastreio para detectar algumas condições, tais como diabetes, hipertensão, e algumas formas de cancro e de intervir em fases iniciais para minimizar o impacto e a incapacidade associados. <sup>(1) (14)</sup>

- a promoção da formação em gerontologia e medicina geriátrica é um importante desafio e uma condição indispensável para a execução efectiva de serviços dirigidos a idosos. A educação gerontológica deveria ser aumentada no currículo de todos os grupos de profissionais de saúde, e deveriam ser reforçadas oportunidades de sub-especialização em gerontologia e medicina geriátrica. Os problemas da incapacidade na velhice são complexos requerendo dessa forma mais investigação científica. <sup>(1) (2)</sup>

- propõe-se também a realização dum *check-list* (contemplando as questões importantes a colocar pela equipa de saúde sobre cada um dos temas), procurando deste modo facilitar o trabalho aos profissionais de saúde (certeza de abordagem dos assuntos pertinentes quer na forma quer na frequência) e rentabilizar o tempo da visita domiciliária;

- no que diz respeito à visita domiciliária, novas pesquisas são necessárias para determinar:

- efeitos benéficos de intervenções multifacetadas são responsáveis por efeitos benéficos;
- a eficácia dos diferentes grupos profissionais;
- frequência e duração ideais da visita domiciliária;
- grupos de idosos mais susceptíveis de beneficiar das visitas domiciliárias. <sup>(4)</sup>

## Conclusão

As tendências demográficas e epidemiológicas invocam uma necessidade urgente de investigação dos serviços de saúde relacionados com a incapacidade na idade avançada e as melhores soluções para promover a saúde dos idosos.<sup>(2)</sup>

Os cuidados domiciliários emergem agora como uma opção cada vez mais promissora no fornecimento de cuidados médicos e apoio social para muitas condições associadas à idade, incapacidade e doenças crónicas. Assim, **no presente e no futuro, vislumbra-se o cuidado domiciliário como uma abordagem sustentável para evitar a necessidade de institucionalização desnecessária** seja ela de curta e/ou de longa duração e manter os indivíduos na sua comunidade e no local onde estão física e emocionalmente ligados e onde a maioria prefere estar - o seu próprio lar.<sup>(14)</sup>

## Referências

- 1) Kalache A, Hoskins I (2004) World Health Organization, Towards age-friendly primary health care, Geneva, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- 2) Heikkinen E (2003) What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report).  
<http://www.euro.who.int/document/E82970.pdf>
- 3) Stein C, Moritz I (1999) A life course perspective of maintaining independence in older age Geneva, World Health Organization
- 4) Elkan R, Kendrick D (2004) What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report).  
<http://www.euro.who.int/Document/e83105.pdf>
- 5) Quality Health Care for the Elderly (1995) – a manual for instructors of nurses and other health workers. Course for Health Care of the Elderly WHO Regional Office for the Western Pacific.
- 6) Matsudo S, Maheche S, Matsudo V (2002) Revista Brasileira de Ciências do Movimento 6(4):19-30
- 7) Weil A (2005) Healthy Aging : A lifelong guide to your physical and spiritual well-being. New York. Éditions Knopf.
- 8) Sacks F (2008) Healthy Eating: A guide to the new nutrition Harvard Health Publications with Medical Editor
- 9) Blair S, Hampert J, et al (1996) Influences of cardiorespiratory fitness and other precursors of cardiovascular disease and all-cause mortality in man and women. JAMA Jul 17; 276(3);205-10.
- 10) Blocker P (2002) Maintaining functional independence by mobilizing the aged. Geriatrics 47 (1):48-20
- 11) Ministère de la Santé e des services sociaux du Québec (2006) Loi sur le tabac. (L.R.Q., C. T-0.01)

- 12) Thomas V, Rockwood K (2001) Alcohol abuse, cognitive impairment and mortality among older people. *J Am Geriatr Soc*;49(4):415–420
- 13) Todd C, Skelton D (2004) What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report.  
  
<http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>
- 14) Tarricone R, Tsouros A (2008) Home Care in Europe – the solid facts. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.



## **Agradecimentos**

O meu mais profundo agradecimento é dirigido à Dr<sup>a</sup> Ivone Mauroy da Fonseca, não só pela orientação deste trabalho, como pela confiança em mim depositada para a sua concretização e pelo entusiasmo, disponibilidade e amizade que sempre me dispensou.

De maneira especial, gostaria também de agradecer à direcção e a todos os Médicos, Enfermeiros e Administrativos da Unidade de Saúde do Carvalhido, Centro de Saúde de Aldoar, em especial à Dr<sup>a</sup> Alcina Maia, por toda a disponibilidade, colaboração e simpatia demonstradas durante a realização deste trabalho.

## **ANEXOS**

# Questionários

## Questionário 1- Idosos

Nome:

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

Contacto:

Este questionário tem como objectivo perceber como é realizada a abordagem aos idosos no domicílio pelos profissionais dos cuidados de saúde primários nos temas pertinentes à sua saúde e qual a opinião do idoso sobre essa mesma abordagem.

Os temas incluem: o sono e exercício, nutrição, abandono do tabagismo e abuso alcoólico, prevenção de acidentes domésticos e controlo da medicação.

### Sono

1. Sofre de problemas de sono?

Sim  Não

1.1 Se sim, toma medicação para dormir?

Sim  Não

2. Já alguma vez a equipa de saúde lhe perguntou sobre os seus hábitos de sono?

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

3. Na sua idade, considera o sono um factor importante para melhorar a sua saúde?

Muito pouco importante  Pouco importante  Alguma importância  Importante

### Exercício Físico

1. Faz exercício físico(caminhar pelo menos 10 min por dia)?

Sim  Não

2. Já alguma vez a equipa de saúde lhe aconselhou a prática de exercício físico?

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

3. Na sua idade, considera o exercício físico um factor importante para melhorar a sua saúde?

Muito pouco importante  Pouco importante  Alguma importância  Importante

### Nutrição

1. Já alguma vez discutiu com a equipa de saúde os seus hábitos alimentares?

Sim  Não

1.1 Se sim, fez alguma alteração nos seus hábitos alimentares?

Sim  Não

2. Tem problemas que condicionam a alimentação?

Sim  Não

3. Na sua idade, considera a alimentação um factor importante para melhorar a sua saúde?

Muito pouco importante  Pouco importante  Alguma importância  Importante

## Tabagismo

1. Já alguma vez discutiu com a equipa de saúde os seus hábitos tabágicos?

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

2. Fuma?

Sim  Não

Se sim,

2.1 já alguma vez a equipa de saúde lhe falou sobre o risco de consumo de tabaco para a sua saúde?

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

2.2 já alguma vez a equipa de saúde lhe deu conselhos sobre como alterar ou eliminar os seus hábitos tabágicos?

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

2.3 gostaria de abandonar o hábito de fumar?

Sim  Não

3. Na sua idade, considera a eliminação do hábito de fumar como um factor importante para melhorar a sua saúde?

Muito pouco importante  Pouco importante  Alguma importância  Importante

## Álcool

1. Já alguma vez discutiu com a equipa de saúde os seus hábitos alcoólicos?

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

2. Bebe bebidas alcoólicas?

Sim  Não

Se sim,

2.1 já alguma vez a equipa de saúde lhe falou sobre o risco do consumo excessivo de álcool para a sua saúde?

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

2.2 a equipa de saúde alguma vez lhe deu conselhos sobre como alterar ou eliminar os seus hábitos alcoólicos?

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

2.3 gostaria de abandonar o hábito de beber?

Sim  Não

3. Na sua idade, considera o consumo de álcool, com moderação, como um factor importante para melhorar a sua saúde?

Muito pouco importante  Pouco importante  Alguma importância  Importante

## Prevenção de Acidentes

1. Já sofreu algum acidente em sua casa?

Sim  Não

1.1 Se sim, já alguma vez lhe foram sugeridas medidas concretas para alterar algumas coisas no domicílio com vista a diminuir os acidentes em casa?

Sim  Não

2. Na sua idade, considera importante a prevenção de acidentes como um factor importante para melhorar a sua saúde?

Muito pouco importante  Pouco importante  Alguma importância  Importante

## Controlo/Revisão da Medicação

1. Toma medicação regularmente?

Sim  Não

Se sim,

1.1 já alguma vez discutiu com a equipa de saúde o tipo de medicamentos que toma?

Sim  Não

1.2 Quando é visitado, quando é revista a medicação que toma?

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

1.3 Já alguma vez a equipa de saúde lhe falou sobre o risco do consumo de medicamentos fora da dose prescrita?

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

## Questionário 2 – Profissionais de Saúde

Idade:

Médico(a)  Enfermeiro(a)

Tempo de Exercício da Profissão:

Este questionário tem como objectivo perceber como é realizada a abordagem aos idosos no domicílio pelos profissionais dos cuidados de saúde primários nos temas pertinentes à sua saúde e qual a opinião dos profissionais de saúde sobre a importância de cada tema.

Os temas incluem: o sono e exercício, nutrição, abandono do tabagismo e abuso alcoólico, prevenção de acidentes domésticos e controlo da medicação.

### Sono

A. Parece-lhe importante abordar este tema ao idoso?

Muito pouco importante  Pouco importante  Alguma importância  Importante

B. Costuma questionar o idoso sobre este assunto?

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

Aquando do seu contacto com os idosos, na visitação domiciliária, tem por hábito:

1- Caracterizar os hábitos de sono

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

2- Identificar problemas de sono

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

3- Identificar as implicações das alterações do sono com reflexo na actividade diária do idoso:

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

4- Inquirir sobre as medidas tomadas pelo idoso no sentido de tentar aliviar o problema:

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

5- Identificar com o idoso causas que possam alterar os padrões do sono (problemas físicos e funcionais comuns)

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

6- Informar sobre hábitos e técnicas promotoras de um sono reparador

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

7 – Pesquisar a utilização de medicação “para dormir” pelo idoso?

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

### Exercício

A. Parece-lhe importante abordar este tema ao idoso?  
Muito pouco importante  Pouco importante  Alguma importância  Importante

B. Costuma questionar o idoso sobre este assunto?  
Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

Aquando do seu contacto com os idosos, na visitação domiciliária, tem por hábito:

1- Aconselhar o idoso à realização de exercício físico regular  
Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

2- Informar o idoso sobre o tipo de exercício mais indicado para ele  
Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

## Nutrição

A. Parece-lhe importante abordar este tema ao idoso?  
Muito pouco importante  Pouco importante  Alguma importância  Importante

B. Costuma questionar o idoso sobre este assunto?  
Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

Aquando do seu contacto com os idosos, na visitação domiciliária, tem por hábito:

1- Caracterizar os hábitos alimentares do idoso  
Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

2- Identificar alterações que possam condicionar a alimentação  
Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

3- Informar sobre estratégias que possam melhorar os hábitos alimentares  
Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

## Tabagismo

A. Parece-lhe importante abordar este tema ao idoso?  
Muito pouco importante  Pouco importante  Alguma importância  Importante

B. Costuma questionar o idoso sobre este assunto?  
Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

Aquando do seu contacto com os idosos, na visitação domiciliária, tem por hábito:

1- Caracterizar os hábitos tabágicos do idoso  
Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

2- No caso do idoso ser fumador, informar sobre os efeitos do tabagismo

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

3- No caso do idoso ser fumador, ensinar algumas estratégias para auxiliar a eliminação do vício

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

4- No caso do idoso ser ex-fumador, ensinar algumas técnicas sobre como prevenir a recaída

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

5- No caso do idoso ser fumador e tencione deixar de fumar ou caso seja ex-fumador, instrução dietética sobre alimentos a evitar para não aumentar de peso

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

## Álcool

A. Parece-lhe importante abordar este tema ao idoso?

Muito pouco importante  Pouco importante  Alguma importância  Importante

B. Costuma questionar o idoso sobre este assunto?

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

Aquando do seu contacto com os idosos, na visitação domiciliária, sobre o consumo alcoólico tem por hábito:

1- Caracterizar os hábitos alcoólicos do idoso

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

2- Avaliar o humor do idoso

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

3- Informar o idoso sobre as consequências a curto e longo prazo do consumo excessivo de álcool

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

4- Identificar os sintomas de intoxicação e abstinência

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

5- Rever os fármacos prescritos ao idoso cujo metabolismo pode ser alterado pelo consumo de álcool

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

6- Referenciar idosos com comportamentos abusivo para cuidados especializados

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

## Prevenção de Acidentes Domésticos

A. Parece-lhe importante abordar este tema ao idoso?



Muito pouco importante  Pouco importante  Alguma importância  Importante

B. Costuma questionar o idoso sobre este assunto?

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

Aquando do seu contacto com os idosos, na visitação domiciliária, tem por hábito:

1- Identificar alterações esperadas pelo envelhecimento que possam condicionar acidentes

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

2- Identificar causas que possam favorecer os acidentes

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

3- Informar sobre atitudes ou alterações que possam ajudar a prevenir acidentes (como por exemplo remoção de tapetes ou aplicação de corrimão na escada)

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

## **Controlo/Revisão da Medicação**

A. Parece-lhe importante abordar este tema ao idoso?

Muito pouco importante  Pouco importante  Alguma importância  Importante

B. Costuma questionar o idoso sobre este assunto?

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

Aquando do seu contacto com os idosos, na visitação domiciliária, tem por hábito:

1- Rever a medicação habitual do idoso

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

2- Diminuir a medicação habitual do idoso para a mínima possível

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

3- Informar o idoso sobre possíveis efeitos adversos da sua medicação habitual

Nunca  Raramente  Muitas vezes  Sempre

# Tabelas

Tabela I.a - Sono		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	21 (75)	7 (25)
1.1	25 (90)	3 (10)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
2	15 (54)	13 (46)
	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
3	2 (7)	26 (93)

Tabela I.b - Exercício Físico		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	12 (43)	16 (57)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
2	12 (43)	16 (57)
	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
3	2 (7)	26 (93)

Tabela I.c - Nutrição		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	21 (75)	7 (25)
1.1	15 (52)	13 (48)
2	23 (82)	5 (18)
	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
3	0 (0)	28 (100)

Tabela I.d - Tabagismo		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	15 (54)	13 (46)
2	5 (18)	23 (82)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
2.1	6 (20)	22 (80)
2.2	6 (20)	22 (80)
	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
2.3	22 (80)	6 (20)
	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
3	1 (4)	27 (96)

Tabela I.e - Álcool		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	11 (38)	17 (62)
2	10 (36)	18 (64)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
2.1	8 (30)	20 (70)
2.2	8 (30)	20 (70)
	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
2.3	11 (38)	17 (62)
	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
3	2 (7)	26 (93)

Tabela I.f - Prevenção de Acidentes		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	21 (75)	7 (25)
1.1	16 (57)	12 (43)
	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
2	1 (4)	27 (96)

Tabela I.g - Controle da Medicação		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	1 (4)	27 (96)
1.1	13 (48)	15 (52)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1.2	9 (33)	19 (67)
1.3	19 (67)	9 (33)

Tabela I - Resultados dos questionários realizados aos idosos e seus cuidadores (Legenda: NA - número absoluto; % - percentagem de respostas; N - nunca; R - raramente; MV - muitas vezes; S - sempre; MPI - muito pouco importante; PI - pouco importante; AI - alguma importância; I - importante;)

Tabela I.a - Sono		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	10 (67)	5 (33)
1.1	9 (90)	1 (10)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
2	9 (60)	6 (40)
	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
3	13 (87)	2 (13)

Tabela I.b - Exercício Físico		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	8 (53)	7 (47)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
2	9 (60)	6 (40)
	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
3	13 (87)	2 (13)

Tabela I.c - Nutrição		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	8 (53)	7 (47)
1.1	2 (25)	6 (75)
2	13 (87)	2 (13)
	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
3	0 (0)	15 (100)

Tabela I.d - Tabagismo		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	7 (47)	8 (53)
2	5 (33)	10 (67)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
2.1	1 (20)	4 (80)

Tabela I.e - Álcool		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	4 (29)	11 (71)
2	8 (53)	7 (47)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
2.1	2 (25)	6 (75)

Tabela I.f - Prevenção de Acidentes		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	10 (67)	5 (33)
1.1	5 (50)	5 (50)
	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
2	1 (7)	14 (93)

2.2	1 (20)	4 (80)
	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
2.3		
	MPI/PI (NA/%)	AI/I (NA/%)
3	1 (7)	14 (93)

2.2	2 (25)	6 (75)
	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
2.3	9 (60)	6 (40)
	MPI/PI (NA/%)	AI/I (NA/%)
3	2 (13)	13 (87)

Tabela I.g - Controle da Medicação		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	14 (93)	1 (7)
1.1	4 (29)	11 (71)
	N/R (NA/%)	MV/S (NA/%)
1.2	5 (33)	10 (67)
1.3	11 (71)	4 (29)

Tabela II - Resultados dos questionários realizados aos idosos (Legenda: NA - número absoluto; % - percentagem de respostas; N - nunca; R - raramente; MV - muitas vezes; S -sempre; MPI - muito pouco importante; PI - pouco importante; AI - alguma importância; I - importante;)

Tabela I.a - Sono		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	11 (85)	2 (15)
1.1	10 (91)	1 (9)
	N/R (NA/%)	MV/S (NA/%)
2	6 (46)	7 (54)
	MPI/PI (NA/%)	AI/I (NA/%)
3	0 (0)	13 (100)

Tabela I.b - Exercício Físico		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	4 (31)	9 (69)
	N/R (NA/%)	MV/S (NA/%)
2	3 (23)	10 (67)
	MPI/PI (NA/%)	AI/I (NA/%)
3	0 (0)	13 (100)

Tabela I.c - Nutrição		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	13 (100)	0 (0)
1.1	9 (69)	4 (31)
2	10 (77)	3 (23)
	MPI/PI (NA/%)	AI/I (NA/%)
3	0 (0)	13 (100)

Tabela I.d - Tabagismo		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	8 (62)	5 (38)
2	0 (0)	13 (100)
	N/R (NA/%)	MV/S (NA/%)
2.1		
2.2		
	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
2.3		
	MPI/PI (NA/%)	AI/I (NA/%)
3	0 (0)	13 (100)

Tabela I.e - Álcool		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	7 (54)	6 (46)
2	2 (15)	11 (85)
	N/R (NA/%)	MV/S (NA/%)
2.1	1 (50)	1 (50)
2.2	1 (50)	1 (50)
	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
2.3	1 (50)	1 (50)
	MPI/PI (NA/%)	AI/I (NA/%)
3	0 (0)	13 (100)

Tabela I.f - Prevenção de Acidentes		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	11 (85)	2 (15)
1.1	7 (62)	4 (38)
	MPI/PI (NA/%)	AI/I (NA/%)
2	0 (0)	13 (100)

Tabela I.g - Controle da Medicação		
Questões	Sim (NA/%)	Não (NA/%)
1	13 (100)	0 (0)
1.1	9 (69)	4 (31)
	N/R (NA/%)	MV/S (NA/%)
1.2	4 (31)	9 (69)
1.3	8 (62)	5 (38)

Tabela III - Resultados dos questionários realizados aos cuidadores (Legenda: NA - número absoluto; % - percentagem de respostas; N - nunca; R - raramente; MV - muitas vezes; S -sempre; MPI - muito pouco importante; PI - pouco importante; AI - alguma importância; I - importante;)

Tabela II.a - Sono		
Questões	MPI/PI (NA/%)	AI/I (NA/%)
A	1 (11)	8 (89)
	N/R (NA/%)	MV/S (NA/%)

Tabela II.b - Exercício Físico		
Questões	MPI/PI (NA/%)	AI/I (NA/%)
A	1 (11)	8 (89)
	N/R (NA/%)	MV/S (NA/%)

Tabela II.d - Tabagismo		
Questões	MPI/PI (NA/%)	AI/I (NA/%)
A	1 (11)	8 (89)
	N/R (NA/%)	MV/S (NA/%)

B	1 (11)	8 (89)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	4 (44)	5 (56)
2	3 (33)	6 (67)
3	3 (33)	6 (67)
4	2 (22)	8 (78)
5	2 (22)	8 (78)
6	2 (22)	8 (78)
7	1 (11)	8 (89)

B	1 (11)	8 (89)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	1 (11)	8 (89)
2	2 (22)	8 (78)

B	1 (11)	8 (89)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	3 (33)	6 (67)
2	0 (0)	9 (100)
3	3 (33)	6 (67)
4	4 (44)	5 (56)
5	3 (33)	6 (67)

Tabela II.c - Nutrição		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	1 (11)	8 (89)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	1 (11)	8 (89)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	1 (11)	8 (89)
2	1 (11)	8 (89)
3	1 (11)	8 (89)

Tabela II.e - Álcool		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	1 (11)	8 (89)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	1 (11)	8 (89)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	2 (22)	8 (78)
2	2 (22)	8 (78)
3	1 (11)	8 (89)
4	1 (11)	8 (89)
5	1 (11)	8 (89)
6	3 (33)	6 (67)

Tabela II.f - Prevenção de Acidentes		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	0 (0)	9 (100)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	0 (0)	9 (100)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	0 (0)	9 (100)
2	0 (0)	9 (100)
3	1 (11)	8 (89)

Tabela II.g - Controle da Medicação		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	1 (11)	8 (89)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	0 (0)	9 (100)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	2 (22)	8 (78)
2	3 (33)	6 (67)
3	2 (22)	8 (78)

**Tabela IV - Resultados dos questionários realizados aos Profissionais de Saúde da Equipe Seleccionada** (Legenda: NA - número absoluto; % - percentagem de respostas; N - nunca; R - raramente; MV - muitas vezes; S - sempre; MPI - muito pouco importante; PI - pouco importante; AI - alguma importância; I - importante;)

Tabela II.a - Sono		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	2 (8)	23 (92)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	3 (12)	22 (88)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	9 (36)	16 (64)
2	8 (32)	17 (68)
3	9 (36)	16 (64)
4	6 (24)	19 (76)
5	6 (24)	19 (76)
6	7 (28)	18 (72)

Tabela II.b - Exercício Físico		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	2 (8)	23 (92)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	3 (12)	22 (88)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	3 (12)	22 (88)
2	4 (16)	21 (84)

Tabela II.d - Tabagismo		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	2 (8)	23 (92)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	2 (8)	23 (92)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	5 (20)	20 (80)
2	0 (0)	25 (100)
3	3 (12)	22 (88)
4	5 (20)	20 (80)
5	4 (16)	21 (84)

Tabela II.c - Nutrição		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	3 (12)	22 (88)

7	4 (16)	21 (84)
---	--------	---------

	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	2 (8)	23 (92)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	3 (12)	22 (88)
2	2 (8)	23 (92)
3	2 (8)	23 (92)

Tabela II.e - Álcool		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	2 (8)	23 (92)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	3 (12)	22 (88)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	4 (16)	21 (84)
2	2 (8)	23 (92)
3	4 (16)	21 (84)
4	1 (4)	24 (96)
5	3 (12)	22 (88)
6	4 (16)	21 (84)

Tabela II.f - Prevenção de Acidentes		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	1 (4)	24 (96)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	0 (0)	25 (100)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	0 (0)	25 (100)
2	0 (0)	25 (100)
3	1 (4)	24 (96)

Tabela II.g - Controlo da Medicação		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	2 (8)	23 (92)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	0 (0)	25 (100)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	4 (16)	21 (84)
2	11 (44)	14 (56)
3	4 (16)	21 (84)

Tabela V - Resultados dos questionários realizados a todos os Profissionais de Saúde responsáveis pelo apoio domiciliário a idosos (Legenda: NA - número absoluto; % - percentagem de respostas; N - nunca; R - raramente; MV - muitas vezes; S - sempre; MPI - muito pouco importante; PI - pouco importante; AI - alguma importância; I - importante;)

Tabela II.a - Sono		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	0 (0)	12 (100)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	0 (0)	12 (100)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	2 (17)	10 (83)
2	2 (17)	10 (83)
3	3 (25)	9 (75)
4	2 (17)	10 (83)
5	1 (8)	11 (92)
6	2 (17)	10 (83)
7	0 (0)	12 (100)

Tabela II.b - Exercício Físico		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	1 (8)	11 (92)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	0 (0)	12 (100)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	0 (0)	12 (100)
2	0 (0)	12 (100)

Tabela II.d - Tabagismo		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	1 (8)	11 (92)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	0 (0)	12 (100)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	0 (0)	12 (100)
2	0 (0)	12 (100)
3	1 (8)	11 (92)
4	3 (25)	9 (75)
5	1 (8)	11 (92)

Tabela II.c - Nutrição		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	1 (8)	11 (92)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	2 (17)	10 (83)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	2 (17)	10 (83)
2	1 (8)	11 (92)
3	1 (8)	11 (92)

Tabela II.e - Álcool
----------------------

Tabela II.f - Prevenção de Acidentes
--------------------------------------

Tabela II.g - Controlo da Medicação
-------------------------------------

Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	1 (8)	11 (92)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	0 (0)	12 (100)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	0 (0)	12 (100)
2	0 (0)	12 (100)
3	1 (8)	11 (92)
4	0 (0)	12 (100)
5	0 (0)	12 (100)
6	1 (8)	11 (92)

Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	0 (0)	12 (100)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	0 (0)	12 (100)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	0 (0)	12 (100)
2	0 (0)	12 (100)
3	1 (8)	11 (92)

Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	1 (8)	11 (92)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	0 (0)	12 (100)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	0 (0)	12 (100)
2	0 (0)	12 (100)
3	2 (17)	10 (83)

Tabela VI - Resultados dos questionários realizados a todos os Médicos responsáveis pelo apoio domiciliário a idosos (Legenda: NA - número absoluto; % - percentagem de respostas; N - nunca; R - raramente; MV - muitas vezes; S - sempre; MPI - muito pouco importante; PI - pouco importante; AI - alguma importância; I - importante;)

Tabela II.a – Sono		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	2 (15)	11 (85)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	3 (23)	10 (77)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	7 (54)	6 (46)
2	6 (46)	7 (54)
3	6 (46)	7 (54)
4	4 (31)	9 (69)
5	5 (38)	8 (62)
6	5 (38)	8 (62)
7	4 (31)	9 (69)

Tabela II.b - Exercício Físico		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	1 (8)	12 (92)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	3 (23)	10 (77)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	3 (23)	10 (77)
2	4 (31)	9 (69)

Tabela II.d - Tabagismo		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	1 (8)	12 (92)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	2 (15)	11 (85)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	5 (38)	8 (62)
2	0 (0)	13 (100)
3	2 (15)	11 (85)
4	2 (15)	11 (85)
5	3 (23)	10 (77)

Tabela II.c - Nutrição		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	2 (15)	11 (85)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	0 (0)	13 (100)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	1 (8)	12 (92)
2	1 (8)	12 (92)
3	1 (8)	12 (92)

Tabela II.e – Álcool		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	1 (8)	12 (92)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	3 (23)	10 (77)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	4 (31)	9 (69)

Tabela II.f - Prevenção de Acidentes		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	1 (8)	12 (92)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	0 (0)	13 (100)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	0 (0)	13 (100)

Tabela II.g - Controlo da Medicação		
Questões	MPI/PI (NA%)	AI/I (NA%)
A	1 (8)	12 (92)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
B	0 (0)	13 (100)
	N/R (NA%)	MV/S (NA%)
1	4 (31)	9 (69)

2	2 (15)	11 (85)
3	3 (23)	10 (77)
4	1 (8)	12 (92)
5	3 (23)	10 (77)
6	3 (23)	10 (77)

2	0 (0)	13 (100)
3	0 (0)	13 (100)

2	11 (85)	2 (15)
3	4 (31)	9 (69)

Tabela VII - Resultados dos questionários realizados a todos os Enfermeiros responsáveis pelo apoio domiciliário a idosos (Legenda: NA - número absoluto; % - percentagem de respostas; N - nunca; R - raramente; MV - muitas vezes; S - sempre; MPI - muito pouco importante; PI - pouco importante; AI - alguma importância; I - importante;)