

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Mestrado Integrado em Medicina

2010/2011

SOCIOLOGIA MÉDICA



1º Ano

Rita Amorim

1. EVOLUÇÃO DOS PARADIGMAS DA MEDICINA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A medicina tem evoluído em função das mudanças sociais pelo que é da maior importância acompanhar a evolução e compreender quais são, realmente, as diferenças nas populações humanas ao longo do tempo. Podemos considerar que as causas de mortalidade mudaram, os comportamentos sociais também se alteraram e até a função do hospital na sociedade tem vindo a modificar-se.

As causas da mortalidade evoluíram e passaram das **infecciosas** – ligadas ao ar (tuberculose), à água (cólera) e à alimentação (desintéria) – para as doenças **de vector** (transmitidas por agentes como ratos ou mosquitos – malária) e para as doenças **degenerativas** (cancro e doenças cardiovasculares). Actualmente, as doenças crónicas constituem um dos maiores problemas e desafios à medicina e às ciências humanas. Esta evolução relaciona-se com a melhoria das condições de vida e sanitárias, o que demonstra a estreita relação entre o ambiente, os factores sócio-económicos e a saúde.



Os hospitais tiveram o seu crescimento a partir do final do século XVIII mas esse não terá sido o passo fundamental para a diminuição da mortalidade, uma vez que os hospitais eram, eles próprios, uma enorme fonte de doença, com risco aumentado de infecções cruzadas.

Os hospitais surgiram, pode-se dizer, há milhares de anos já que a civilização grega e romana já apresentava locais próprios para pobres, órfãos, doentes e peregrinos, (estes grupos misturavam-se no que se refere à necessidade de cuidados).

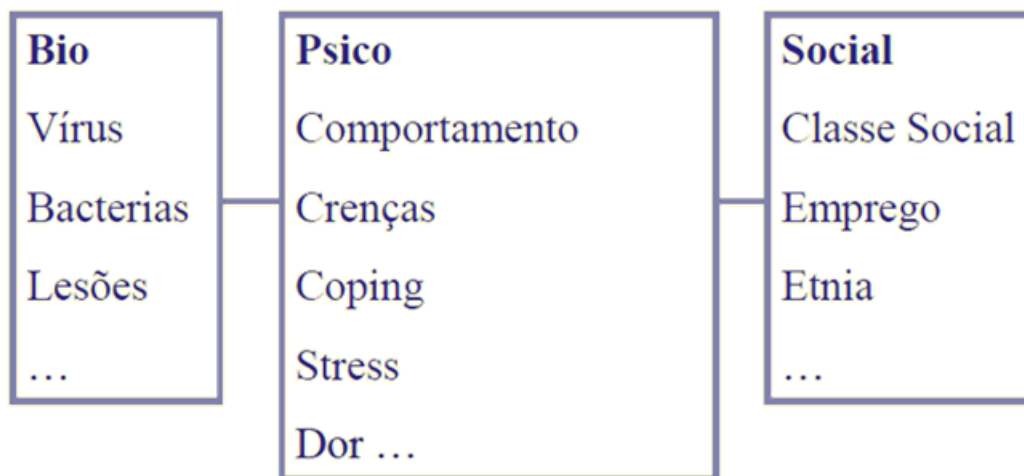
No entanto, quando passaram a existir numa forma mais organizada, a sua primeira função foi de ajuda a peregrinos, obras de caridade e intervenções mais ligadas ao culto da alma visto que os hospitais estavam muito ligados a **ordens religiosas** (um exemplo da importância da religião nestes primeiros hospitais era a própria constituição dos edifícios com várias capelas e altares religiosos em todas as enfermarias).



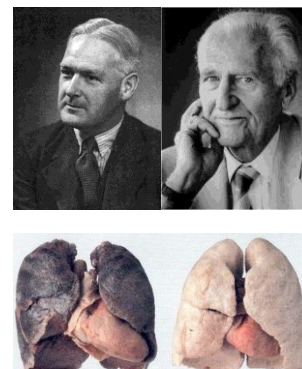
Só algum tempo mais tarde, na Idade Média, é que os hospitais começaram a funcionar como **hospícios**, refúgio para dementes e pobres que se fingiam doentes para poderem usufruir dos asilos. O sistema de saúde deixou de ter esta componente religiosa quando a perspectiva medieval da doença se alterou, quando a crença de que a salvação dos desprotegidos era a “salvação da alma” para os que praticavam a caridade deixou de ser usual. Assim, o hospital passou a ser um local de combate às diversas doenças e apoio à população.

Modelos Sociais da Saúde e da Doença:

Um modelo importante a considerar é o **Biopsicossocial**:



O primeiro grande estudo sobre a forma como o estilo de vida afectava a saúde foi sobre tabaco e cancro feito por Bradford Hill em 1950. Passados cerca de 30 anos, em 1981, Richard Doll publica um estudo sobre as causas do cancro e afirma que, excluído o tabaco, 70% dos cancros são devidos à dieta alimentar. Um exemplo da diversidade de dietas é a diferença da dos Mórmons versus a dos Adventistas do 7º dia.



Conceitos de Saúde e Doença

Disease – A doença na medicina ocidental refere-se às modificações patológicas diagnosticadas através de sinais e sintomas é considerada objectiva e definida por médicos. Mas actualmente há inúmeras doenças diagnosticadas sem sintomas (ex. DMJ);

Illness – Experiência subjectiva da “doença”, varia de indivíduo para indivíduo e é uma condição moral que pode não coincidir com o diagnóstico de doença;

Sickness – Condição social da pessoa doente.

2. DEMOGRAFIA SOCIAL DA SAÚDE

A demografia social da saúde apresenta a distribuição de saúde por diversos grupos sociais, por diferentes níveis de desenvolvimento para que seja perceptível a importância do estilo de vida de cada um na doença. Assim, pode-se dizer que há uma relação causal entre o estilo de vida e a doença, e que dentro de determinados limites sociais os pacientes são livres de escolher entre acções alternativas e provavelmente conhecem as consequências das suas acções.

Esta via conduz a medidas que colocam os fumadores, consumidores de álcool ou simplesmente os gulosos, no fim das listas de espera, supondo que as pessoas têm o dever cívico de se manterem saudáveis e que sabem que os seus comportamentos têm consequências bem conhecidas.



Género

Existe uma grande diferença entre sexo e género que vai para além da normal diferença fisiológica e das doenças associadas ao sexo masculino e feminino. O facto de ser género envolve um factor histórico, da diferença da vida da mulher ou do homem em determinada cultura (envolve os diferentes comportamentos associados ao sexo em questão). Por exemplo, o cancro do pulmão afecta mais homens do que mulheres, não porque a morfologia dos pulmões sejam diferentes, mas porque o homem fuma mais.

Profissão

A taxa de mortalidade é maior para todas as causas de morte nos grupos mais desfavorecidos como os agricultores e trabalhadores do sector primário, em todas as faixas etárias. Isto está relacionado com os comportamentos específicos ao grupo.

Há algumas variações a que devemos estar atentos, nomeadamente o aumento que se verifica das doenças do coração em grupos com profissões científicas e técnicas, directores e quadros superiores, que se explicam por outro tipo de condições de stress, a que estes grupos estão sujeitos.

Mortalidade específica por grupos etários (por 1000 habitantes):

Grupos profissionais e sócio-profissionais	25-34	35-44	45-54	55-64
Agricultores e trabalhadores do sector primário	2.22	3.25	5.59	12.25
Trabalhadores da indústria extractiva e transformadora	1.49	2.58	6.26	14.38
Pessoal do comércio e serviços pessoais e domésticos	0.95	1.44	3.29	8.50
Pessoal administrativo	0.67	1.60	3.91	10.82
Profissões científicas, técnicas, directores e quadros superiores	0.75	1.22	3.25	8.80

Grupos profissionais e sócio-profissionais	Doenças Infecciosa e parasitárias	Tumores Malignos	Doenças Cérebro - vasculares	Doenças do Coração
Agricultores e trabalhadores do sector primário	1.4	15.6	19.0	7.6
Trabalhadores da indústria extractiva e transformadora	0.8	7.6	4.3	3.0
Pessoal do comércio e serviços pessoais e domésticos	0.5	7.5	3.4	4.1
Pessoal administrativo	0.4	7.4	2.4	3.3
Profissões científicas, técnicas, directores e quadros superiores	0.2	5.9	3.3	4.4

Raça

Nesta categoria social, o importante não é diferença biológica, genética, entre raças mas sim o facto de este ser um bom indicador de minorias.

VARIÁVEIS SOCIAIS DA DOENÇA

Ao longo do tempo, foi mudada a forma de analisar a doença e a saúde. Como já foi descrito anteriormente, as próprias instituições mudaram muito. Inicialmente os hospitais estavam ligados a ordens religiosas para ajuda a peregrinos com caridade, depois eram como hospícios, passando por uma série de fases chegando ao ponto em que os hospitais começaram a funcionar como instituições com um papel activo na cura de acidentados, depois um local de morte sobretudo para os pobres e finalmente surgiram hospitais como centros de tecnologia médica e com medidas de higiene a partir dos finais do séc. XIX. Essa tecnologia médica deve-se ao encarar da medicina como ciência, à evolução do conhecimento sobre a fisiologia humana e a bacteriologia e tendo outros cuidados com o doente como a introdução do éter como anestésico nas cirurgias.

Actualmente podemos considerar que os hospitais têm inúmeras medidas anticépticas fundamentais, pessoal especializado como médicos especialistas, enfermeiras e técnicos de laboratório.

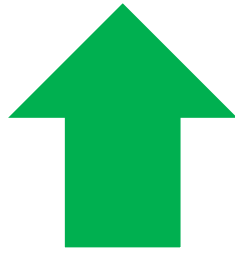


Apesar de existirem muitas medidas de controlo de doenças, ainda ocorrem contra-infecções em que um indivíduo fica doente graças à propagação de uma doença do doente do mesmo quarto, da mesma ala, ou dum sítio ainda mais afastado mas limpo pela mesma esfregona que a zona de contágio (existem estudos sobre esfregonas usadas em hospitais que funcionam como meio de propagação de contra-infecções).

“Papel de Doente”

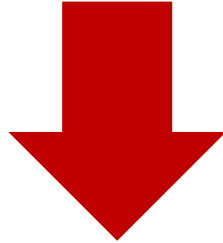
Os médicos desejam que o doente hospitalizado seja passivo, que não reclame, que obedeça sempre. Actualmente, verifica-se o contrário, as pessoas questionam decisões médicas, são mais activas na sua cura.

Há benefícios em assumir o papel de doente no hospital porque se se for um bom doente, é-se melhor tratado pelo staff, entre outras vantagens.



Bom Doente

Aceita os tratamentos.
Tende a ser conformista.
Está motivado a melhorar.



Mau Doente

O staff responsabiliza este doente pela própria doença (caso de fumadores, alcóolicos...).
Tem características socio-demográficas que o staff não gosta (adolescente, idoso...).
Reclama bastante.

Sistemas de Saúde

Em que medida o Sistema de Saúde Português é da responsabilidade do Estado?

Podemos analisar diversos sistemas de saúde: O inglês é o mais semelhante ao nosso enquanto o americano é completamente oposto.

UK – **Universal**. 6.8% PIB; 1391 \$ per capita. O serviço de saúde é predominantemente do Estado. Universal, financiado através dos impostos. Os clínicos gerais são a porta de entrada no sistema que depois reencaminham os doentes para especialistas se necessário.

USA – **Seguros**. 13.4%; PIB 3912 \$ per capita. O serviço de saúde é predominantemente de mercado, ou seja, baseia-se nos seguros. O Medicare do estado é para os pobres ou para maiores de 65. Há 10% de pessoas sem seguro ou com baixa cobertura neste país pelo que estão desprotegidas contra imprevistos.



Alemanha – **Estado + Seguros**. 10.7% PIB; 2364 \$ per capita. O serviço de saúde é misto. 88% das pessoas têm seguro de saúde sendo que as pessoas contribuem com 13.5% do seu rendimento, metade pago pelos patrões e a outra pelos próprios. Os trabalhadores independentes e os melhor remunerados podem optar por Companhias de seguro privadas.

Sistemas de Saúde Colectivos		Sistemas de Saúde Privados	
Vantagens <ul style="list-style-type: none"> • Coesão social • Não pagamento resulta em menor "medicalização" • Maior coordenação e planeamento • Mais fácil actuar em situações de emergência • ... 	Desvantagens <ul style="list-style-type: none"> • Reduz a responsabilidade individual • Aumenta a deferência face ao médico • Cuidados livres encorajam as queixas triviais • Impede as soluções de mercado • Desencoraja a qualidade • Provoca mais gastos públicos... 	Vantagens <ul style="list-style-type: none"> • Escolha livre dos cidadãos • O mercado regula a distribuição • Qualidade idêntica a preços menores e cuidados melhores mais caros • Menor lista de espera • Melhorias estimuladas pelo mercado • Pacientes=consumidores (conhecem os seus direitos) 	Desvantagens <ul style="list-style-type: none"> • Escolha apenas para os que podem pagar • O mercado de seguros de saúde não tem em consideração o mercado de saúde • Muitos não podem pagar • As melhorias são estimuladas pelos lucros e não pelas necessidades • Os pacientes continuam a depender da opinião do médico

Recomendações relativas ao Sistema de Saúde

- Cobertura universal;
- Formar mais clínicos gerais, médicos de família;
- Introduzir mais médicos assistentes e enfermeiros;
- Treinar os médicos a terem maior sensibilidade para as necessidades das mulheres, dos pobres e de minorias étnicas;
- Levar as seguradoras públicas ou privadas a terem uma política de custos mais razoável;
- Estimular a política de contenção de custos entre hospitais;
- Aumentar os programas de medicina preventiva;
- Assegurar a existência de centros de saúde e serviços médicos em todas as comunidades (incluindo as rurais).



Princípios subjacentes

Equidade, tendo em vista as **Necessidades**, mantendo a **Igualdade**, a **Eficácia** e a **Eficiência** (eficácia dos custos).

Quality-adjusted life years (QALYs) – Esperança de vida aliada à qualidade de vida. Às vezes não se trata da cura de uma doença, mas de manter a qualidade de vida (por doença crónica, por exemplo)

Objectivos para a melhoria dos serviços de saúde (Berwick, 1994)

- (1) reduzir cirurgias, admissões hospitalares e testes diagnósticos, inapropriados;
- (2) reduzir aspectos-chave que conduzem à doença (comportamentos aditivos, violência, negligência);
- (3) reduzir o número de cesarianas;
- (4) reduzir a intervenção médica, não desejada, no fim da vida;
- (5) simplificar o uso de fármacos, especialmente antibióticos e medicação dos idosos;
- (6) aumentar a participação activa na tomada de decisões;
- (7) diminuir o tempo de espera nos serviços de saúde;
- (8) reduzir os inventários nos serviços de saúde;
- (9) recolher informação útil apenas uma vez;
- (10) consolidar e reduzir a quantidade de alta tecnologia médica e cuidados cirúrgicos

(11) reduzir o fosso racial na mortalidade infantil e no nascimento de crianças de baixo peso.



O PAPEL DO DOENTE

Um doente tem vários deveres e ao longo do tempo tem havido uma mudança de mentalidade que diz que o doente é responsável pela doença. No entanto, para melhorar o doente tem de abdicar da responsabilidade moral pela doença para se concentrar na cura. Outro dever é suspender as obrigações relacionadas com os papéis sociais (trabalho, casa, ...) para se dedicar a melhorar pois um outro dever é abandonar o mais rapidamente possível o papel de doente. Talvez o dever mais urgente é procurar (quase obrigatoriamente) o médico.

“The other guy”

Muitas vezes, as pessoas vêem a doença como algo que não os atinge. Este modo como as pessoas olham para a doença acaba por ser muito prejudicial.

Não devemos pensar que a doença só afecta o outro. Como maior exemplo talvez, temos a SIDA: Se não houver consciência, não há responsabilidade, não há prevenção e há comportamentos de risco.



Modelos Psicossociais do Comportamento do Doente

O importante é perceber a diferença entre estrutura e função e como a função altera o dia-a-dia.

Tolerância aos sintomas: existem pessoas que toleram bem a dor enquanto outras mesmo com dores menores vão logo ao médico.

Negação: quando um doente não quer confirmar a doença que acha que tem com medo do que realmente poderá ser.

Interpretações da resposta da doença: as pessoas tendem a atribuir causas completamente divergentes para as suas doenças.

Componentes básicas da teoria da motivação para a prevenção

Intenções de comportamento: como deixar de fumar que nem sempre correspondem às atitudes.

Bases da teoria da acção planeada

Os doentes tendem a avaliar as decisões do médico.

A pessoa valoriza mais as informações de quem é mais significativo, quem é como um ponto de referência (os media usam a imagem de famosos por causa disso).

Processo de acção para a saúde

Expectativa do que realmente é bom para mim e o que posso fazer para melhorar a saúde.

Expectativas de resultados: acreditar realmente que o tratamento vai funcionar.

- ➔ O médico trata de doentes (focado na doença) e o enfermeiro cuida deles (focado mais na própria pessoa) – crença que se pode considerar real em hospitais.
- ➔ A diversidade de estudos entre homem e mulher para entender como o sexo afecta cada um. Apareceram recentemente estudos sobre homens para entender como são afectados pela doença.
- ➔ Saúde Holística: equivalente ao Modelo Psicossocial – não se procuram sintomas, entende-se um doente como uma pessoa.

4. STRESS

A questão do stress representa uma envolvimento entre o indivíduo e a sociedade – o stress é uma questão relativamente nova que afecta toda a gente supostamente.

As doenças evoluem com as sociedades e um exemplo claro é a obesidade que é uma questão que só se manifesta agora. É nos países desenvolvidos que estão as pessoas obesas mas dentro dessa sociedade são os mais pobres que são mais gordos já que a comida mais barata é a mais calórica (fast food, etc.). Em Inglaterra, é muito mais barata a comida cozinhada num supermercado do que os ingredientes pelo que fica muito mais barato comer a tal comida calórica, ficando uma pessoa de classe baixa mais susceptível à obesidade.

Stress: começou por ser uma questão mais biológica sendo agora uma questão mais psicológica, mais emocional.



Podemos, então, considerar o stress como uma reacção emocional/cognitiva a ameaças e desafios psicológicos e físicos, incluindo “azares” e acontecimentos importantes e condições persistentes.

É necessário proceder de forma a gerir as exigências (externas ou internas) que são avaliadas como excedendo os recursos pessoais: esforço, capacidades e recursos. O stress verifica-se quando há um desequilíbrio entre as exigências ambientais e as capacidades de resposta do organismo - capacidades de **coping**.

Há uma relação íntima entre as capacidades do indivíduo e o meio. Uma pessoa com algumas dificuldades motoras ou cognitivas numa terra mais sossegada com uma rotina mais calma não é tão destacada com uma com as mesmas capacidades a viver no Porto em que tem de apanhar 3 autocarros e reagir rapidamente às situações para chegar ao emprego acabando por se aperceber mais das suas limitações.

Teorias Gerais de Stress

- Fisiológica: reacção biológica ao estímulo;
- Psicológica: reacção psicológica ao estímulo, quando há avaliação da situação, pensamento;
- Ambiental: reacções ao meio normais do ser humano.

Situação “Stressante”:

Em termos de organismo, podemos pensar em vários níveis de respostas: somáticas, comportamentais e o que isto implica em termos subjectivos.



Modelos de Stress

Há vários modelos de stress.

Agentes de Stress

Cataclismos – sismos, tempestades.

Acontecimentos de Vida – acontecimentos comuns a praticamente a toda a gente como casar, passar pela morte de um familiar, etc.

Contrariedades do dia-a-dia: o stress surge quando há obstáculos.

Agentes Ambientais: presença de muita gente por exemplo causa stress. Quando vamos ver um jogo de futebol, as pessoas nas bancadas não nos provocam stress mas quando queremos ir para casa, ficamos stressados com a presença de tanta gente. Depende do momento.

Trabalho

O stress relacionado com o trabalho é comum. Podemos ficar stressados por não termos trabalho, por termos um trabalho para o qual não nos adaptamos, etc.

Classificação Internacional de Doenças

→ A medicina está protocolada, a cada doença está atribuído um número e determinadas características;



Entre a doença e a incapacidade podemos incluir passos como a reabilitação.

Entre a incapacidade e a desvantagem está o pior ou melhor enquadramento social (sociedade com mais ou menos recursos).

Exemplo:

AVC: Existem consequências na vida diária, nomeadamente dificuldades na execução de actividades que é facilmente relacionado com as dificuldades sociais.

Este modelo referido em cima através do esquema é de 1980 e é um modelo de sentido único, demasiado linear que surge numa lógica de doenças crónicas.

Fundamentos de ICF: Abandonam a lógica do que afecta minorias e parte para uma lógica mais centrada no universal.

Uma grande crítica feita em Medicina é sobre o teste de fármacos pois este é feito em indivíduos só com aqueles problemas clínico/condição e dentro de uma faixa etária reduzida (p.e. 20 aos 40 anos) o que não representa de todo o real receptor dos fármacos.

Promoção da saúde

A saúde é um conceito intrínseco de vida com qualidade. Se aliarmos isso aos problemas económicos no acesso aos serviços de saúde, será necessária a promoção de saúde.

Os princípios da promoção de saúde definidos na Assembleia da OMS em 1984 são:

- A população como um todo no seu contexto de vida diário.
- A promoção da saúde dirige-se mais à parte positiva com prevenção de saúde do que a parte negativa com consequências de acções.
- A promoção de saúde combina diversos métodos e perspectivas. Não se dirige a grupos de risco mas sim a uma população mais abrangente. As mudanças deverão ser feitas ao nível local e nacional (nível micro e nível macro). As acções podem ser tanto espontâneas como planeadas mas o importante é dar responsabilidade à pessoa, uma melhor capacidade de discernimento.
- A promoção de saúde tem como objectivo a participação concreta do público.
- A promoção de saúde também pelos profissionais de saúde, seja o nível comunitário ou em conversas com os pacientes.



Educação e Defesa da saúde

A promoção de saúde deve ser feita em conta o público-alvo e para um problema geral como a falta de exercício físico é necessário aplicar diferentes táticas para captar a acção dos diversos grupos (jovens, idosos, obesos, etc.).

1. O acesso à saúde, eliminando desigualdades;
2. Melhorar o ambiente, principalmente no trabalho e em casa, no sentido da saúde.
3. Fortalecer as redes sociais de apoio: amigos, familiares e também instituições (passando do micro para o macro). O apoio da rede social permite lidar melhor com situações de saúde. Também poderá passar-se o contrário: se a rede social tiver fracos comportamentos, o indivíduo vai ficar com poucas capacidades de coping.
4. Promover estilos de vida saudáveis (comportamentos e capacidades de coping).
5. Aumentar o conhecimento e a informação sobre a saúde. Não é só dar informações como o uso do preservativo prevenir DST's porque havendo opiniões, ideias já feitas, a informação acaba por não sortir o efeito pretendido.

Promoção de Saúde

1. Avaliar as necessidades do indivíduo e da comunidade relativamente à educação para a saúde – os grupos são muito diferentes;
2. Planear programas eficazes de educação para a saúde;
3. Implementar os programas – responsáveis de saúde têm de ser responsáveis e avaliar convenientemente a situação;
4. Avaliar a eficácia dos programas;
5. Coordenar o fornecimento de serviços de educação para a saúde;
6. Actuar como pessoa de recurso na educação para a saúde;
7. Comunicar as necessidades em saúde e em educação para a saúde e recursos.

Processo implicado no comportamento de prevenção

A prevenção é muito virada para grupos de risco e a promoção é para grupos mais gerais.

- Informação
- Motivação
- Comportamento

Exemplo: comportamento sexual

1. **Reconhecimento** - a percepção do risco é uma pré-condição fundamental para mudar um comportamento sexual.
2. **Adesão** - baseada na teoria da aprendizagem sociocognitiva, afirma que as pessoas aderem ao preservativo se forem bem sucedidos em tornar o preservativo uma parte consistente dos encontros sexuais (o preservativo está envolvido um acto mais erótico ou divertido) e isso depende da crença de auto-eficácia e nos efeitos benéficos da sua utilização.
3. **Negociação** - com um ou mais parceiros que podem não partilhar a mesma percepção de risco. Os adultos que melhor conseguem comunicar o seu desejo de ter sexo seguro, partilhando as respectivas histórias de vida sexual, são os que fazem sexo mais seguro.



Em termos de estudantes universitários, com vida sexual activa, apesar de saberem as doenças que o preservativo evita, muitos deles não o utilizam e os problemas passam desde a compra do preservativo até à sua introdução na relação sexual.

Prevenção

Primária (ex: vacinação) promove acções que visam evitar o aparecimento da doença;

Secundária, que visa intervir o mais precocemente possível, nos primeiros sinais de doença (como quando nos sentimos a adoecer e intervimos rapidamente nos sintomas);

Terciária que pretende evitar a incapacidade resultante da doença. Toda a acção de prevenção é antecedida de rastreios, que podem ser feitos em massa, por rotina (avaliação do recém-nascido) ou integrados noutras práticas médicas (envolve p.e. fisioterapia pós AVC).

Incapacidade, deficiência e desvantagem

International Classification of Impairment Disabilities and Handicaps (WHO, 1980)

A **incapacidade** é qualquer perda ou anormalidade na estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica dos indivíduos; devido a uma doença ou a um traumatismo (perda de audição);

A **deficiência** corresponde a qualquer restrição ou falta de capacidade para desempenhar actividades quotidianas e de auto-cuidado, na forma considerada normal para o ser humano (cegueira);

A **desvantagem** é a incapacidade do indivíduo deixar a condição de deficiência que limita ou evita o desempenho do seu papel social que é normal para esse indivíduo, dependendo da sua idade, de factores sociais e culturais. A desvantagem pode resultar quer da incapacidade quer da deficiência e traduz-se numa desvantagem social (não conseguem ser pilotos de avião).

5. VIVER COM DOENÇA CRÓNICA

As doenças crónicas

As suas características comuns são o facto de serem de longa duração, afectarem profundamente a vida dos indivíduos e a intervenção médica ser paliativa, visando mais o controlo dos sintomas do que a sua cura.

São muito variadas e potencialmente podem afectar qualquer dos sistemas físicos do indivíduo, indo desde o cancro, doença renal, respiratória, esclerose múltipla, artrite reumatóide, psoríase, poliomielite, entre muitas outras.

Estratégias de Coping – Doenças Crónicas (Moos, 1982)

1. Negar ou minimizar a seriedade da doença que, como já vimos, pode ser benéfico nas primeiras fases de adaptação a um problema de saúde (procurar e centrar a atenção em aspectos positivos);
2. Procurar informação sobre o problema e meios de tratamento;
3. Aprender para poder tratar da sua doença, (ex: administrar injeções de insulina). Assim os pacientes ganham autocontrolo e auto-respeito pela sua condição;
4. Organizar objectivos concretos mas limitados, tais como exercício físico, espectáculos, reuniões sociais, e manter rotinas regulares o máximo possível.
5. Recrutamento de suporte instrumental e emocional através da família e amigos expressando as suas necessidades e sentimentos (se um doente precisa de alguém que o leve a consultas ou a fisioterapia pode pedir a um familiar desempregado que seja o seu suporte nessa função);
6. Considerar possíveis eventos futuros e situações stressantes para saberem o que esperar no futuro e estarem preparados para enfrentarem dificuldades inesperadas;
7. Adquirir uma perspectiva regulável sobre o seu estado de saúde e tratamentos, encontrando objectivos a longo prazo ou significados para a experiência.

Avaliação dos Recursos de Coping na Doença

- Processo de *coping* com crise de doença;
- *Coping* em síndrome coronário agudo;
- Escala de avaliação dos recursos de *coping* (ajuda com vários tipos de *coping*: individual, colectivo, ...)

Avaliação da Cognição da Doença

Permite ao doente perceber se os seus comportamentos influenciam ou não a doença e como.

Avaliação do Suporte Social

Influência do suporte social no desenvolvimento e afastamento às síndromes coronários agudos. O suporte social ajuda (muito) na recuperação do paciente.

Intervenção psicossocial nas doenças cardiovasculares	
<input type="checkbox"/>	Eficácia dos programas de intervenção psicossocial na reabilitação cardíaca <ul style="list-style-type: none">■ Necessidade de uma abordagem multifactorial na reabilitação pós-SCA.■ Eficácia dos programas de intervenção psicossocial na reabilitação cardíaca.■ Resultados de investigação: estudos de avaliação da eficácia da intervenção psicossocial na reabilitação cardíaca.
<input type="checkbox"/>	Objectivos e modalidades de intervenção psicológica na reabilitação cardíaca: fase aguda e pós-hospitalar. <ul style="list-style-type: none">■ Programa de intervenção psicológica multidisciplinar na fase pós-hospitalar.■ Programa de intervenção psicológica multidisciplinar breve na fase aguda (internamento).

6. PROMOÇÃO DA SAÚDE

A saúde é um conceito intrínseco de vida com qualidade. Se aliarmos isso aos problemas económicos no acesso aos serviços de saúde, será necessária a promoção de saúde.

Os princípios da promoção de saúde definidos na Assembleia da OMS em 1984 são:

- A população como um todo no seu contexto de vida diário.
- A promoção da saúde dirige-se mais à parte positiva com prevenção de saúde do que a parte negativa com consequências de acções.
- A promoção de saúde combina diversos métodos e perspectivas. Não se dirige a grupos de risco mas sim a uma população mais abrangente. As mudanças deverão ser feitas ao nível local e nacional (nível micro e nível macro). As acções podem ser tanto espontâneas como planeadas mas o importante é dar responsabilidade à pessoa, uma melhor capacidade de discernimento.
- A promoção de saúde tem como objectivo a participação concreta do público.
- A promoção de saúde também pelos profissionais de saúde, seja o nível comunitário ou em conversas com os pacientes.

Educação e Defesa da saúde

A promoção de saúde deve ser feita em conta o público-alvo e para um problema geral como a falta de exercício físico é necessário aplicar diferentes tácticas para captar a acção dos diversos grupos (jovens, idosos, obesos, etc.).

1. O acesso à saúde, eliminando desigualdades;
2. Melhorar o ambiente, principalmente no trabalho e em casa, no sentido da saúde.
3. Fortalecer as redes sociais de apoio: amigos, familiares e também instituições (passando do micro para o macro). O apoio da rede social permite lidar melhor com

situações de saúde. Também poderá passar-se o contrário: se a rede social tiver fracos comportamentos, o indivíduo vai ficar com poucas capacidades de coping.

4. Promover estilos de vida saudáveis (comportamentos e capacidades de coping).

5. Aumentar o conhecimento e a informação sobre a saúde. Não é só dar informações como o uso do preservativo prevenir DST's porque havendo opiniões, ideias já feitas, a informação acaba por não sortir o efeito pretendido.

Promoção de Saúde

1. Avaliar as necessidades do indivíduo e da comunidade relativamente à educação para a saúde – os grupos são muito diferentes;

2. Planear programas eficazes de educação para a saúde;

3. Implementar os programas – responsáveis de saúde têm de ser responsáveis e avaliar convenientemente a situação;

4. Avaliar a eficácia dos programas;

5. Coordenar o fornecimento de serviços de educação para a saúde;

6. Actuar como pessoa de recurso na educação para a saúde;

7. Comunicar as necessidades em saúde e em educação para a saúde e recursos.

Processo implicado no comportamento de prevenção

A prevenção é muito virada para grupos de risco e a promoção é para grupos mais gerais.

- Informação
- Motivação
- Comportamento

Prevenção

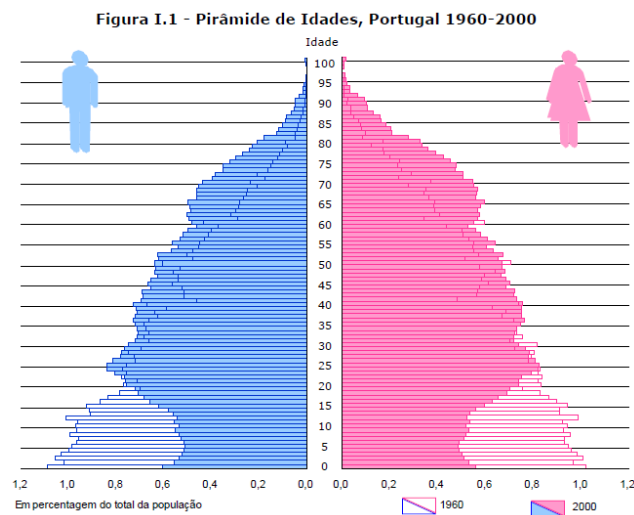
- **Primária** (ex: vacinação) promove acções que visam evitar o aparecimento da doença;
- **Secundária**, que visa intervir o mais precocemente possível, nos primeiros sinais de doença (como quando nos sentimos a adoecer e intervimos rapidamente nos sintomas);
- **Terciária** que pretende evitar a incapacidade resultante da doença. Toda a acção de prevenção é antecedida de rastreios, que podem ser feitos em massa, por rotina (avaliação do recém-nascido) ou integrados noutras práticas médicas (envolve p.e. fisioterapia pós AVC).

7. ENVELHECIMENTO E SAÚDE

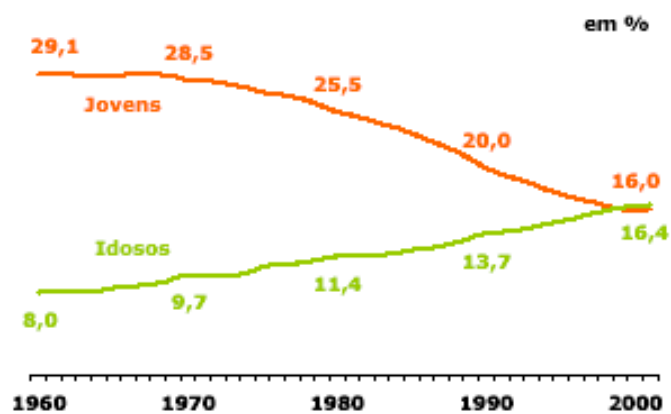


O envelhecimento acaba por ser uma boa notícia porque reflecte um sistema de saúde que funciona.

Em Portugal, considera-se que aos 65 anos o indivíduo é idoso o que é um marcador social.



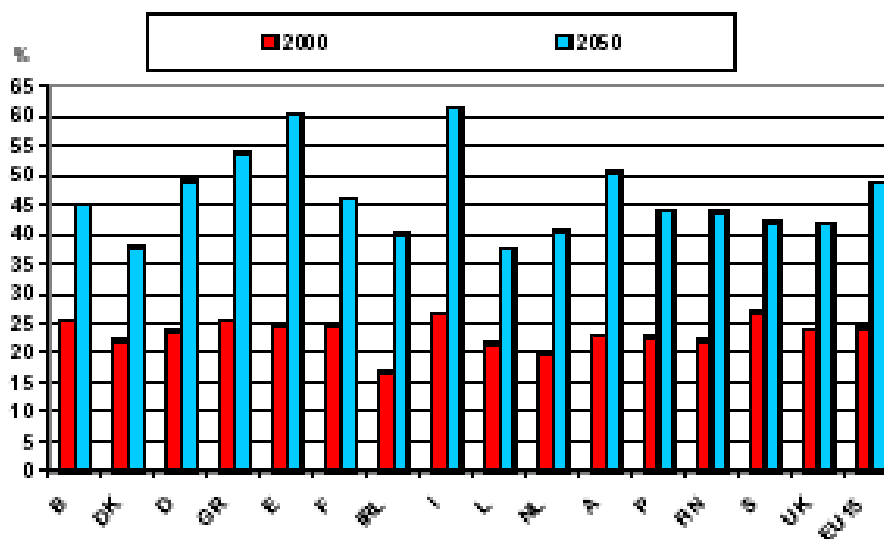
Há mais mulheres idosas do que homens em Portugal e tem vindo a ocorrer uma aproximação da proporção de jovens e de idosos.



Em termos de proporção de idosos, tem vindo a ocorrer um grande aumento da proporção:

Country	1950	1960	1970	1980	1986	1990	2020*
Portugal	7	8	9,3	10,2	12,2	12,9	17,7
Germany	9,4	10,6	13,2	15,5	15,1	15,4	21,7
Belgium	11	12	13,4	14,4	14,1	14,6	20
Denmark	9,1	10,6	12,3	14,4	15,3	15,5	18,6
Spain	7,3	8,2	9,6	10,9	12,2	13	20
France	11,4	11,6	12,9	14	13,2	13,8	20,6
Greece	6,8	8,1	11,1	13,1	13,4	13,7	20,6
Ireland	10,7	11,1	10,8	10,7	10,9	14,4	15,3
Italy	8	9,1	10,9	13,5	13,3	14,1	23,2
United Kingdom	10,7	11,7	13	14,9	15,3	15,6	18,9

Este gráfico apresenta a dependência dos idosos em diferentes países da Europa.



Os mais idosos têm uma taxa de iliteracia de **55.1%**:

- Mulheres (64.7%)
- Homens (41.3%).

A percentagem de famílias que tem pelo menos um idoso **32.5%**.

As actividades sociais comuns são:

- Falar com vizinhos (68% fazem isto todos os dias)
- Ver televisão (96% fazem isto todos os dias)

O nível de actividade físico e participação na comunidade é muito baixo (5%).

Tipos de Envelhecimento

Primário – envelhecimento normal e sem doenças (há declínio relativo de sentidos, capacidade cardíaca, respiratória, funcionamento cognitivo também de acordo com o estilo de vida que tive – um atleta de alta competição em natação continua a nadar melhor que muitos de nós mesmo aos 60 anos apesar de outros níveis poderem não estar no mesmo nível);

Secundário – envelhecimento relacionado com a doença;

Terciário – período, mais ou menos longo, relativamente perto da morte, em que há deterioração para níveis de desempenho.

Não faz sentido não haver a especialidade de geriatria pelo que um problema no idoso (perna partida por exemplo) leva uma multiplicidade de problemas. Então, a presença de geriatria faz tanto sentido como a especialidade de pediatria porque há especificidade de problemas em determinado grupo etário.

O envelhecimento tem 3 componentes:

→ Envelhecimento Biológico – vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer a que se chama senescência;

→ Envelhecimento Social – relativo aos papéis sociais apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário.

→ Envelhecimento Psicológico – balanço entre envelhecimento biológico e social.

Há 3 tipos de idades (> ou < do que a idade cronológica dos sujeitos):

→ Idade Biológica: medida pelas capacidades funcionais ou vitais;

→ Idade Social: dada pelos papéis sociais desempenhados;

→ Idade Psicológica: capacidades comportamentais do indivíduo em se adaptar ao meio.

Envelhecimento como um processo termodinâmico (Yates, 1993)

Em diversas culturas há práticas diferentes em que interpretam a idade de outra forma. Ex: Etnia Cigana – Admite filhos em jovens de 15 anos. Mesmo na mesma comunidade, depende muito da classe social



2 Tipos de Capacidades Mentais (Denney, 1982)

1. **Capacidades não exercitadas**, que são função do potencial biológico e da experiência ambiental estandardizada (área pouco exploradas como musical, desportivo, etc.);
2. **Capacidades exercitadas optimamente**, que reflectem a capacidade máxima atingível por um indivíduo normal, saudável, em condições óptimas de treino - sofrem um declínio mais tardio e menos dramático do que as outras.
 - Qualquer destas curvas tem um crescimento até ao fim da adolescência, início da idade adulta, e começam a declinar depois.
 - O nível da curva das capacidades exercitadas é superior (em qualquer altura, o exercício e o treino podem melhorar o desempenho).
 - Cada indivíduo tem a sua própria curva de declínio conforme as actividades que executou com maior frequência.
 - No início do desenvolvimento e na velhice o afastamento destas duas curvas é menor.

O idoso é mais vulnerável devido a vários factores como:

1. Resíduos metabólicos, radicais livres, acumulações entrópicas (-);
2. Acidentes e stressores independentes da idade(-);
3. Doenças e incapacidade (-);
4. Ambiente físico (i.é clima, altitude, poluição da água e do ar, radiações (+,-);
5. Ambiente social (i.é família amigos cultura, religião, envolvimento grupal, economia) (+,-);
6. Estilo de vida (i.é dieta, exercício, drogas, sono, actividade sexual, lazer, actividades de risco) (+,-);

7. Experiência (i.é aprendizagem, sabedoria, comportamento adaptativo, emprego, rendimento) (+,-);

8. Atitude ou perspectiva de vida (+,-).

A **cognição fluida – declínio variável** - (tipicamente subjacente à aprendizagem, à memória, ao raciocínio e às capacidades espaciais) diminui progressiva não obstante a grande variabilidade interindividual.

A **cognição cristalizada – declínio mínimo** - permanece estável ou aumenta com o avançar da idade.

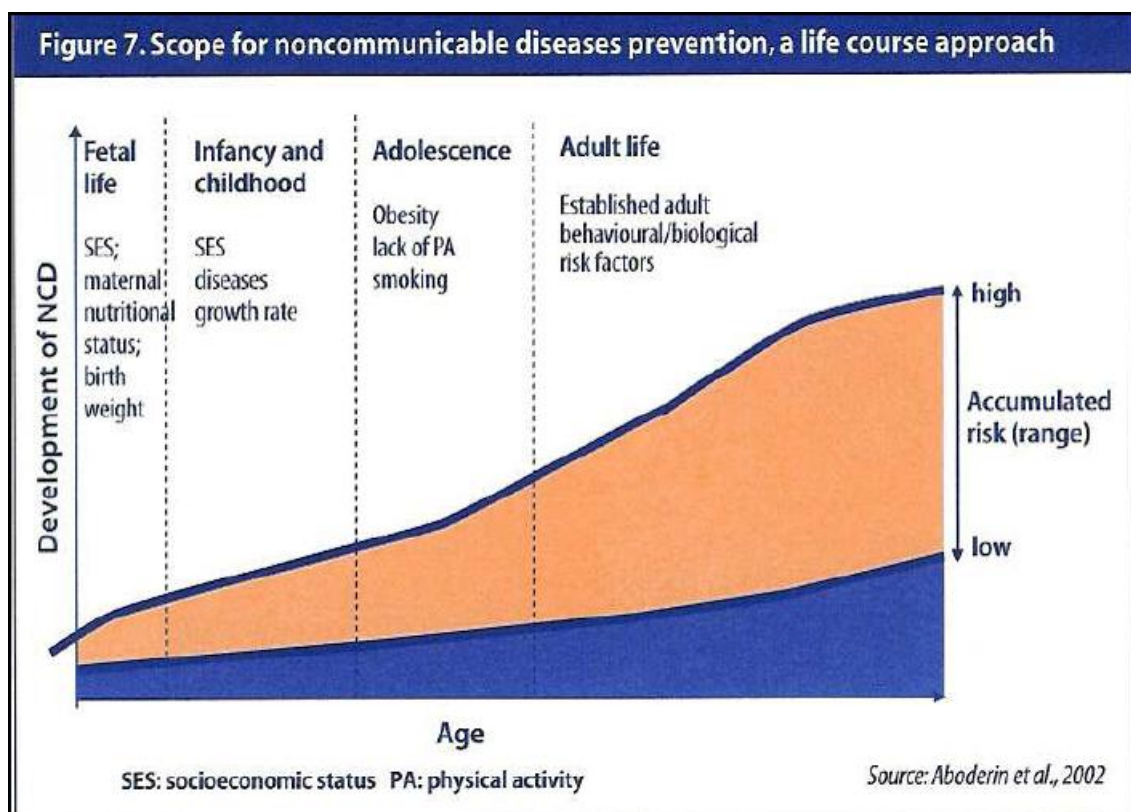
À medida que envelhecemos, tornamo-nos muito diferentes porque ao longo da nossa vida, tomamos diferentes escolhas pelo que os idosos, apesar de entendidos como grupo homogéneo são completamente diferentes (mais diferentes que qualquer grupo de outra faixa etária).

Efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo

Inteligência	
Vocabulário	estável, crescente
Cap. Perceptivo-Motoras	(estável ou) declínio
Atenção	estável, ligeiro declínio
Linguagem	
Comunicação	estável
Sintaxe e palavras	estável
Fluência	ligeiro declínio
Compreensão	estável, ligeiro declínio
Discurso	variável

Memória	
A curto prazo	Estável, ligeiro declínio
A longo prazo	variável
Capacidade visuo-espacial	
Copiar desenhos	variável
Orientação topográfica	declínio
Raciocínio	
Lógico	declínio
Prático	variável
Execução	ligeiro declínio
Rapidez	declínio

A professora fez estudo em idosos do mesmo nível social, mesmo nível de escolaridade: uns entraram num lar e outros mantiveram-se em casa. Ao fim de um ano, os que continuaram em casa mantiveram mais capacidades – capacidade de cozinhar, fazer trocos, controlar dinheiro, etc.



A variabilidade interindividual dos idosos é superior à constatada noutros grupos etários. Com o passar dos anos e o acumular de experiências, os idosos acentuam as suas diferenças de partida, sublinhando competências ou incapacidades que a sua base genética, em interacção com o meio, permite expressar.

No gráfico, está representado um conjunto de factores que influenciam o nível de risco acumulado.

O declínio cognitivo não atinge todas as funções, nem todos os indivíduos, de forma uniforme, mesmo depois dos 80 anos. Com o aumentar da idade aumentam as diferenças interindividuais de base, resultando num padrão de maior variabilidade. Não podemos dizer que por sermos médicos, não tenhamos Alzheimer. Mas considera-se que quem tem menos educação está mais susceptível.

O Alzheimer só é correctamente diagnosticado após a morte do indivíduo.



A discriminação pela idade é maior que a discriminação pelo género. Em Portugal, os idosos são mais discriminados que os jovens. Em países nórdicos, passa-se o contrário.

Costuma-se relacionar os gastos de saúde com o envelhecimento mas 90% desses gastos estão relacionados com novas tecnologias. Em termos de gastos com idosos, maioria verifica-se em idosos que irão morrer em pouco tempo.

Estudo americano: 30% dos gastos em saúde em 5% da população que irá morrer em menos de 6 meses.

Em termos de gastos pode-se considerar um gráfico com uma plataforma elevada em crianças, plataforma baixa em adultos (nas mulheres aumenta a procura do médico quando engravidam e nos homens quando fazem análises de sistema reprodutor: exame à prostata, etc.) e outra plataforma elevada em idosos.

Mitos

Os idosos são geralmente pessoas sós e solitárias. Verificou-se num estudo em que apenas 16% dos idosos se queixam deste problema .

A maior parte dos idosos são iguais.

Os idosos são doentes incapacitados e dependentes dos outros.

Os idosos são deprimidos

Os idosos têm frequentemente problemas cognitivos.

Factos

Os idosos constituem um grupo etário muito diverso.

A maior parte dos idosos mantêm contactos próximos com a família.

Os idosos constituem um grupo etário muito diverso.

Para a maior parte dos idosos, mesmo quando há declínio de capacidades, estes não são tão severos que influenciem actividades diárias.

Os idosos a residir na comunidade têm taxas de depressão mais baixas do que os adultos mais jovens.

Há uma grande variação nas taxas referidas em diferentes estudos.

Em geral aceita-se que para além da demência há uma relativamente baixa prevalência de virtualmente todas as perturbações psicológicas incluindo a ansiedade e a depressão major (Carstensen et al. 1999).

Jeste et al. (1999) estima a prevalência das perturbações psicológicas nos idosos, excluindo a demência em 16.3% prevendo-se um aumento para 21.6% em 2030.

Num estudo longitudinal em Suecos com mais de 70 anos a morbilidade psiquiátrica foi 30%, aumentando de 24% aos 75 anos para 31% aos 79 anos (Skoog, 2004).

No Berlin Aging Study (BASE) verifica-se uma prevalência de 24% de doença psiquiátrica em pessoas com 70 anos ou mais, a que se juntam 33% de pessoas com sub-diagnóstico de morbilidade psiquiátrica. Depois da demência a depressão é o segundo diagnóstico mais frequente (Helmchen et al. 1999).

A taxa de depressão major (1 a 2%) é mais baixa do que em gente jovem, mas as taxas de sintomas de depressão com significado clínico (16%) são mais elevadas comparativamente aos adultos jovens (Kasl-Godley, et al. 1998).

A prevalência da depressão em britânicos com mais de 75 anos a viver na comunidade é 7.7% (Osborn et al. 2003).

As pessoas que vivem no Norte de Londres têm uma taxa de 17% de depressão (Prince et al. 1997).

A prevalência de depressão para o UK é de 10 a 15% (Anderson (2001)).

A prevalência de depressão para residentes na comunidade na Holanda é de 15.4% (Stek et al. 2004), idêntica a outros países europeus.

A prevalência de depressão clínica e subclínica numa amostra dos USA em sujeitos de 65 e mais anos era de 3.9% em homens e 6.4% em mulheres (Steffens et al. 2000).

Há um aumento na prevalência de depressão com a idade nos idosos da Suécia progredindo de 5.6% nas pessoas de 70 anos, para 12.6% em pessoas de 85 anos (Skoog 2004).

8. MORTE

“Morte rápida” (Lofland (1978))

- Baixo nível de tecnologia;
- Detecção tardia da doença ou condições que produzem a fatalidade;
- Alta incidência de mortalidade por doença aguda;
- Alta incidência de injúrias que provocam a fatalidade;

“Morte lenta” (Lofland 1978) – Agora pode-se considerar esta morte a mais comum.

- Alto nível de tecnologia médica;
- Detecção precoce da doença ou das condições que a produzem;
- Alta incidência de mortalidade devido a doença crónica ou degenerativa;
- Baixa incidência de injúrias que produzem a fatalidade (há menos acidentes por pouca segurança no trabalho: quanto mais segurança houver menor a fatalidade);

A dignidade na MORTE

- A liberdade de escolha
- Controlo – autonomia

E na ausência de capacidade de escolha: testamento vital (neste momento, em Portugal está a ser ponderada a introdução do testamento) ou cuidados paliativos?!

- Formação dos profissionais para enfrentar os novos desafios
- Espiritualidade – a maneira como encaramos a morte depende da espiritualidade, da religião.

A equipa de saúde perante a morte: Comunicação com o doente

- Quem comunica?
- Como comunica?
- Relação entre especialidades – “Jogo do Empurra”
- A família como mediador?!

Não se sentem confortáveis ao lidar com a morte nem médicos nem familiares e, portanto, acontece esta passagem de pasta entre médicos e esta dificuldade manifesta-se na comunicação com a família antes e aquando da morte.

Estados do processo de morte

1. A definição do paciente como estando a morrer;
2. Preparativos por parte da família e do staff bem como do paciente se tiver consciência do facto, para a morte que se aproxima;
3. Momento em que se considera em que não há mais nada a fazer para evitar a morte;
4. O final descendente que pode demorar semanas, dias ou horas;
5. As últimas horas;
6. A observação da morte;
7. A morte propriamente dita.

Estádios do luto

- I. Pequeno período de choque até à deposição do corpo;
- II. Período de luto intenso, acompanhado de afastamento do mundo externo e acompanhado de mudanças



fisiológicas, por exemplo, do sono e do apetite;

- III. Período final de restabelecimento de social e da homeostase física com estabilização do sono e do peso, com o interesse de novo dirigido para o mundo exterior.

FIM