MARINA SOARES BERNARDES

**O MONITORAMENTO DOMICILIAR DAS
CONDIÇÕES CRÔNICAS E A TOMADA DE
DECISÃO POR IDOSOS DIABÉTICOS E
HIPERTENSOS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades Bioengenharia - Escola de Engenharia de São Carlos / Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / Instituto de Química de São Carlos da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre em Ciências.

Área de Concentração: Bioengenharia

Orientador: Profa. Dra. Carla da Silva Santana

Versão corrigida

São Carlos
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha catalográfica pelo Serviço de Biblioteca
“Prof. Dr. Sergio Rodrigues Fontes” – EESC/USP

B518o Bernardes, Marina Soares
 O monitoramento domiciliar das condições crônicas e a tomada de decisão por idosos diabéticos e hipertensos / Marina Soares Bernardes; orientadora Carla da Silva Santana. São Carlos, 2016.

 Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação Interunidades Bioengenharia e Área de Concentração em Bioengenharia -- Escola de Engenharia de São Carlos; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Instituto de Química de São Carlos, da Universidade de São Paulo, 2016.

 1. Idoso. 2. Doença crônica. 3. Monitoramento. 4. Tomada de decisão. I. Título.

*Aos meus pais, Lucia e Jaime, por não
medirem esforços para que eu pudesse
ir além. A vocês o meu amor e
gratidão.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por acreditarem que sou capaz e fazerem meus sonhos um a um se tornarem realidade. Mãe, obrigada pelo zelo e cuidado diário, por vibrar comigo a cada conquista e ser meu exemplo de fé na vida. Pai, obrigada por ser a presença segura nesta jornada e por sonhar junto comigo, isto me motiva a querer ir mais longe. Eu amo vocês.

Ao Tácito, meu amor, pelo companheirismo e amizade. Por estar incansavelmente ao meu lado em todos os momentos. Você faz minha caminhada ser mais leve. Amo você.

À professora Carla Santana, minha orientadora e eterna incentivadora. Obrigada pelos momentos de aprendizado e reflexão. Por mostrar que o caminho é árduo, mas que vale a pena. Que seus conhecimentos consigam alcançar muitas pessoas. Muito obrigada.

Às professoras Carla Teixeira e Maria do Carmo Caccia Bava pela participação em minha banca de qualificação e defesa e por delicadamente apontarem novos olhares ao trabalho desenvolvido.

Ao José Marcelo de Castro, pela ajuda imensurável na análise dos dados que permitiu melhor compreensão dos resultados.

Aos meus familiares, tios, tias, primos e primas, que são meu alicerce e alegria. Obrigada pelo incentivo e apoio em cada decisão.

Aos meus amigos, por partilharem as alegrias e dificuldades do dia a dia. Por compreenderem minha ausência e ainda assim estreitarem os laços.

Aos idosos participantes deste estudo, por acreditarem no meu trabalho e dedicarem um pouco do seu tempo a mim. Isto não seria possível sem a colaboração de cada um de vocês. Obrigada.

Ao Programa de Pós-Graduação Interunidades em Bioengenharia EESC/FMRP/IQSC-USP e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq pelos recursos oferecidos para que a concretização desta pesquisa fosse possível.

*“Onde quer que haja mulheres e homens há
sempre o que fazer, há sempre o que ensinar,
há sempre o que aprender.”*

(Paulo Freire)

RESUMO

BERNARDES, M. S. **O monitoramento domiciliar das condições crônicas e a tomada de decisão por idosos diabéticos e hipertensos.** 2016. 112f. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação Interunidades em Bioengenharia – EESC/FMRP/IQSC, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2016.

Introdução: A prevalência de doenças crônicas, sobretudo na população idosa, nos coloca diante da necessidade de modelos longitudinais de cuidado. Atualmente os sujeitos estão sendo cada vez mais responsabilizados pelo gerenciamento de sua saúde através do uso de dispositivos de monitoramento, tais como o glicosímetro e o aferidor de pressão arterial. Esta nova realidade culmina na tomada de decisão no próprio domicílio. **Objetivos:** Identificar a tomada de decisão de idosos no monitoramento domiciliar das condições crônicas; identificar se as variáveis: sexo, escolaridade e renda influenciam a tomada de decisão; identificar a percepção dos idosos quanto às ações de cuidado no domicílio; identificar as dificuldades e estratégias no manuseio dos dispositivos de monitoramento. **Materiais e métodos:** Estudo quantitativo, exploratório e transversal. *Casística:* 150 sujeitos com 60 anos de idade ou mais, sem comprometimento cognitivo, sem depressão e que façam uso do glicosímetro e/ou do aferidor de pressão arterial no domicílio. *Instrumentos para seleção dos participantes:* (1) Mini Exame do Estado Mental; (2) Escala de Depressão Geriátrica e (3) Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody; *Coleta de dados:* realizada na cidade de Ribeirão Preto – SP entre setembro de 2014 e outubro de 2015. *Instrumentos:* (1) Questionário Socioeconômico; (2) Questionário sobre a tomada de decisão no monitoramento da saúde no domicílio (3) Classificação do uso de dispositivos eletrônicos voltados aos cuidados à saúde. *Análise dos dados:* Realizada estatística descritiva e quantificações absolutas e percentuais para identificar a relação entre tomada de decisão de acordo com o sexo, escolaridade e renda. **Resultados:** Participaram 150 idosos, sendo 117 mulheres e 33 homens, com média de idade de 72 anos. Destes, 113 são hipertensos e 62 são diabéticos. Quanto à tomada de decisão imediata, tanto os que fazem uso do aferidor de pressão arterial (n=128) quanto do glicosímetro (n=62) referem em sua maioria procurar ajuda médica, seguida da administração do medicamento prescrito e opções alternativas de tratamento. Em médio prazo destaca-se a procura por ajuda profissional para a maioria dos idosos em ambos os grupos. Foi notada pequena diferença na tomada de decisão com relação ao sexo. Quanto à escolaridade, os idosos com mais anos de estudos tendem a procurar mais pelo serviço de saúde se comparado aos idosos de menor escolaridade. A renda não mostrou influencia entre os usuários do glicosímetro. Já entre os usuários do aferidor de pressão arterial, idosos de maior renda tendem a procurar mais pelo serviço de saúde. A maioria dos participantes se refere ao monitoramento domiciliar da saúde de maneira positiva, principalmente pela praticidade em não sair de casa, obtenção rápida de resultados e possibilidade de controle contínuo da doença. As principais dificuldades no manuseio do glicosímetro estão relacionadas ao uso da lanceta e fita reagente, seguida da checagem dos resultados armazenados. Já as dificuldades no uso do aferidor de pressão arterial estão relacionadas a conferir o resultado após cada medida e ao posicionamento correto do corpo durante o

monitoramento. Em ambos os grupos as estratégias utilizadas são pedir o auxílio de terceiros e tentativa e erro. **Conclusão:** Os idosos tem se mostrado favoráveis às ações de monitoramento domiciliar da saúde. De maneira geral, de imediato decidem por ações dentro do próprio domicílio para o controle dos sintomas e isto reforça a necessidade do investimento em informação de qualidade e educação em saúde para que o gerenciamento domiciliar possa vir a ser uma vertente do cuidado integral no tratamento das condições crônicas.

Palavras-Chave: idoso, doença crônica; monitoramento; tomada de decisão.

ABSTRACT

BERNARDES, M. S. **The home monitoring of chronic conditions and decision-making by elderly diabetics and hypertensives** 2016. 112f. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação Interunidades em Bioengenharia – EESC/FMRP/IQSC, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2016.

Introduction: The prevalence of chronic diseases, especially in the elderly population, face us to the need for longitudinal models of care. Currently, the subjects are increasingly being held accountable for managing their health through the use of home monitoring devices such as glucose meter and blood pressure gauge. This new reality culminates in decision making in home. **Objectives:** To identify the decision-making by elderly in the home monitoring of chronic conditions; identify whether the variables: sex, education and income will be influenced by the decision-taking; identify the perception of the care actions at home; identify difficulties and strategies in handling the monitoring devices. **Materials and Methods:** Quantitative study, exploratory and cross. Sample: 150 people aged 60 years or older, without cognitive commitment, without depression and making use of glucometer and / or blood pressure gauge at home. *Tools for selection of participants:* (1) Mini-Mental State Examination; (2) Geriatric Depression Scale and (3) Instrumental Activities of Daily Living Scale of Lawton and Brody; *Data collection:* Realized in the city of Ribeirão Preto - SP between September 2014 and October 2015. *Instruments:* (1) Socioeconomic Questionnaire; (2) Questionnaire on the decision yaking in health monitoring at home (3) Ranked use of electronic devices focused care to health. *Data Analisis:* Performed descriptive statistics and absolute measurements and percentages to identify decision-making according to sex, education and income. **Results:** 150 elderly participated of the study, 117 women and 33 men, with around 72 years old. Between these, 113 are hypertensive and 62 are diabetic. The taking of immediate decision, both those who use the blood pressure gauge (n = 128) as the glucometer (n = 62) reported mostly seek medical help, administration of prescribed medication and alternative treatment options. In the medium term it highlights the demand for professional help for most of the elderly in both groups. It is noted a little difference in the decision-taking of the participants regarding to sex. For education, the elderly with more years of studies tend to look for more health services compared to those who are less educated elderly. Income showed no influence among users of glucometer. Among the users of blood pressure gauge, higher-income seniors tend to look more for the health service. Most of the participants refer to home monitoring of health in a positive way, especially for the convenience of not needing to leave home, fast delivery of results and continuous control of the disease. The difficulties in handling the glucometer are related to the use of the lancet and reagent strip, followed by checking the stored results. On the other hand, the difficulties in the use of blood pressure gauge are related to check the result after each measurement and the correct positioning of the body. In both groups the strategies are to ask for third-party assistance and trial and error. **Conclusion:** The elderly have been shown to be favorable to home monitoring actions of health. In general, immediately decide on actions within their own homes for the control of symptoms and this reinforces the need for investment in quality

information and health education for the domestic management might be a part of the comprehensive care in the treatment of chronic conditions.

Keywords: elderly, chronic disease; monitoring; decision-making.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Projeção da população brasileira entre 2010 e 2030.....	21
Figura 2.	Exemplo de aferidores de pressão arterial digital de pulso e de braço.....	30
Figura 3.	Fluxograma de recrutamento dos participantes do estudo.....	41

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Tomada de decisão de imediato e em médio prazo dos usuários do glicosímetro de acordo com o sexo (n=62).....	48
Gráfico 2.	Tomada de decisão de imediato e em médio prazo dos usuários do aferidor de pressão arterial de acordo com o sexo (n=128).....	50
Gráfico 3.	Tomada de decisão de imediato e em médio prazo dos usuários do glicosímetro de acordo com a escolaridade (n=62).....	52
Gráfico 4.	Tomada de decisão de imediato e em médio prazo dos usuários do aferidor de pressão arterial de acordo com a escolaridade (n=128)....	54
Gráfico 5.	Tomada de decisão de imediato e em médio prazo dos usuários do glicosímetro de acordo com a renda (n=62).....	56
Gráfico 6.	Tomada de decisão de imediato e em médio prazo dos usuários do aferidor de pressão arterial de acordo com a renda (n=128).....	58
Gráfico 7.	Situação em que o glicosímetro e o aferidor de pressão arterial são utilizados (n=150).....	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Políticas públicas de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.....	23
Quadro 2.	Ações do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil.....	24
Quadro 3.	Modelos de monitores de pressão arterial digital validados no Brasil.....	31
Quadro 4.	Dificuldades intrínsecas e extrínsecas ao sujeito diante das ações de monitoramento à saúde no domicílio.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Classificação da pressão arterial segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.....	26
Tabela 2.	Caracterização socioeconômica da amostra (n= 150), Ribeirão Preto, 2015.....	42
Tabela 3.	Estratificação da amostra por idade (n=150), Ribeirão Preto, 2015.....	43
Tabela 4.	Caracterização da amostra quanto à presença de doenças crônicas (n= 150), Ribeirão Preto, 2015.....	44
Tabela 5.	Tomada de decisão em imediato e em médio prazo dos usuários do glicosímetro (n=62), Ribeirão Preto, 2015.....	45
Tabela 6.	Tomada de decisão em imediato e em médio prazo dos usuários do aferidor de pressão arterial (n=128), Ribeirão Preto, 2015.....	46
Tabela 7.	Sensações despertadas diante de resultados alterados (n= 150), Ribeirão Preto, 2015.....	60
Tabela 8.	Concordância quanto ao monitoramento domiciliar das condições crônicas e a tomada de decisão no domicílio (n=150). Ribeirão Preto, 2015.....	61
Tabela 09.	Mudanças na rotina após diagnóstico de doença crônica (n= 150), Ribeirão Preto, 2015.....	64
Tabela 10.	Caracterização do uso do glicosímetro (n=62), Ribeirão Preto, 2015.....	65
Tabela 11.	Caracterização do uso do aferidor de pressão arterial (n=128), Ribeirão Preto, 2015.....	67

LISTA DE SIGLAS

AAMI	Association for the Advancement of Medical Instrumentation
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AREPAH	Associação Ribeirãopretana de Ensino Pesquisa e Assistência ao Hipertenso
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes mellitus
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IADL	Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MRPA	Monitorização Residencial da Pressão Arterial
OFM	Oficina da Memória
PA	Pressão Arterial
PIDI	Projeto de Inclusão Digital de Idosos
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
SUS	Sistema Único de Saúde
TAM	Technology Acceptance Model
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
2.1. O envelhecimento populacional e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.....	20
2.1.1 <i>Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS.....</i>	26
2.1.2 <i>Diabetes mellitus – DM.....</i>	27
2.2. O monitoramento domiciliar das condições crônicas e a tomada de decisão em saúde.....	28
3. OBJETIVOS.....	35
3.1. Objetivo Geral.....	35
3.2. Objetivos Específicos.....	35
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	36
4.1. Amostra.....	36
4.2. Critérios de inclusão.....	36
4.3. Critérios de exclusão.....	36
4.4. Instrumentos de coleta de dados.....	38
4.5. Local de coleta de dados.....	39
4.6. Recrutamento dos sujeitos.....	39
4.7. Análise de dados.....	40
5. RESULTADOS.....	41
5.1. Caracterização da seleção da amostra.....	41
5.2. Caracterização socioeconômica da amostra.....	42
5.2.1. <i>Quanto à presença de doenças crônicas e a percepção de saúde relatada</i>	43
5.3. Tomada de decisão em saúde.....	44
5.3.1. <i>Tomada de decisão dos usuários do glicosímetro.....</i>	44
5.3.2. <i>Tomada de decisão dos usuários do aferidor de pressão arterial.....</i>	46
5.4. Tomada de decisão em saúde de acordo com o sexo.....	47
5.5. Tomada de decisão em saúde de acordo com a escolaridade.....	51
5.6. Tomada de decisão em saúde de acordo com a renda.....	55
5.7. Percepção dos idosos quanto ao monitoramento domiciliar da saúde..	59
5.7.1. <i>Sensações despertadas diante de resultados alterados.....</i>	59

5.7.2. <i>Concordância quanto às ações de monitoramento e tomada de decisão em saúde.....</i>	60
5.7.3. <i>Quanto às mudanças na rotina após diagnóstico de DCNT.....</i>	63
5.8. Caracterização do uso de equipamentos de monitoramento à saúde no domicílio – Dificuldades e estratégias para o uso.....	64
5.8.1. <i>Quanto à situação em que o monitoramento da saúde é realizado.....</i>	64
6. DISCUSSÃO.....	69
6.1. Tomada de decisão em saúde de acordo com sexo, escolaridade e renda.....	72
6.2. Percepção dos idosos quanto o monitoramento da saúde no domicílio	76
6.3. Quanto à utilização dos dispositivos de monitoramento à saúde: dificuldades e estratégias para o uso.....	78
6.4. Independência no gerenciamento e na tomada de decisão em saúde na perspectiva da Terapia Ocupacional.....	80
7. CONCLUSÃO.....	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS.....	93
APÊNDICES.....	102

1. INTRODUÇÃO

Este estudo foi desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação Interunidades em Bioengenharia – Escola de Engenharia de São Carlos/ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ Instituto de Química de São Carlos da Universidade de São Paulo (USP) e está inserido dentro da linha de pesquisa “Tecnologia em Saúde”; subárea: “Inovação, Tecnologia Assistiva e Recursos Terapêuticos”, que tem como objetivo desenvolver pesquisas orientadas para a avaliação, criação e/ou adaptação de recursos tecnológicos (de alto ou baixo custo) visando otimizar, promover ou restaurar a funcionalidade e a qualidade de vida.

O fato de se tratar de um trabalho interdisciplinar que agrega conhecimento da área da saúde e da engenharia/tecnologia enriquece a discussão deste estudo que visa conhecer a tomada de decisão de idosos frente ao monitoramento da saúde no domicílio, tema este ainda pouco abordado na literatura brasileira.

O interesse pela temática se deu pela experiência da pesquisadora com o campo de prática através de sua participação no Projeto de Inclusão Digital de Idosos- PIDI, que é um projeto de extensão universitária desenvolvido pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O objetivo principal do PIDI é auxiliar os idosos para o uso independente das novas tecnologias do cotidiano, tais como: celular, máquina fotográfica, controle remoto, computador e internet, aparelhos de cozinha e aparelhos de saúde, como o glicosímetro e o aferidor de pressão arterial digital.

Durante os cinco anos em que estive no projeto na condição de bolsista e/ou voluntária, a pesquisadora teve contato com um número grande de idosos acometidos por alguma condição crônica, que realizava o acompanhamento da saúde no domicílio e que apresentava dúvidas ou receio quanto às ações de monitoramento e manejo correto de sua saúde, surgindo daí o interesse pelo tema do estudo.

Sabemos que o Brasil experimenta um processo de envelhecimento populacional no qual se observa uma tendência à desaceleração do crescimento demográfico. Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2012), na década de 40 a população idosa representava aproximadamente 4,1% da população total. Deste período até 2011 este número saltou para 12,1%, o que significa em valores absolutos que aumentou de 1,7 milhão para 23,5 milhões de idosos no país. De acordo com o Ministério da Saúde (2011), o aumento

da longevidade se deve principalmente pelo declínio da taxa de fecundidade e de mortalidade infantil e pelo avanço científico e tecnológico ocorrido ao longo dos anos.

Paralela à transição demográfica, assistimos à transição epidemiológica, facilitada pela melhora nos padrões de saúde pública e desenvolvimento da medicina e da tecnologia, o que possibilitou o tratamento e cura das doenças agudas e infectocontagiosas, cedendo espaço para a preocupação com as doenças crônico-degenerativas. Estas doenças se caracterizam por serem incapacitantes, de início insidioso, longa duração e necessidade de cuidado continuado, gerando repercussões sociais e econômicas importantes no Brasil e no mundo no âmbito da prestação de serviços à saúde, principalmente relativos à população idosa, mais propensa a desenvolver este tipo de enfermidade (DRUMOND, et al., 2013).

Diante disto, o governo brasileiro tem concentrado seus esforços na criação de ações preventivas e de tratamento das condições crônicas. Além das políticas públicas já implantadas, o incentivo ao monitoramento e cuidado domiciliar da saúde também se mostra importante para a prevenção de agravos e controle das doenças crônicas na velhice, o qual tem sido facilitado pelo desenvolvimento de dispositivos eletrônicos portáteis como o aferidor de pressão arterial digital e o medidor de glicemia, que permite que o sujeito se envolva ativamente em seu processo de saúde/doença de maneira mais participativa e autônoma (SANTANA, et al., 2014).

Segundo Veras (2009) as estratégias de prevenção e monitoramento da saúde no domicílio devem ter como objetivos intervir de maneira favorável no percurso da doença, antecipar o surgimento de complicações, prevenir exacerbações e aumentar o envolvimento do paciente no autocuidado.

O gerenciamento da saúde é uma atividade complexa e multifatorial que vai além da ação de aferir os níveis glicêmicos ou de pressão arterial, pois requer a atuação de um sujeito consciente e bem informado, capaz de compreender e interpretar corretamente os resultados apresentados pelos dispositivos de monitoramento para que a tomada de decisão sobre a própria saúde seja adequada, evitando aquelas que possam interferir negativamente no percurso da doença.

Ao notar resultados considerados alarmantes para a manutenção da saúde, como a hiperglicemia/hipoglicemia ou hipertensão/hipotensão arterial, diferentes decisões podem ser tomadas, como a automedicação, a procura por médicos especializados, a busca pela farmácia mais próxima, a requisição do auxílio de terceiros, entre outros. Deve-se considerar que tais decisões trazem consequências diretas para funcionamento dos serviços de saúde, como a

superlotação de imediato e a necessidade de investimento em educação em saúde e adoção de medidas preventivas em médio e longo prazo.

A tomada de decisão é inerente à condição humana e segundo Wagner e Parente (2009), é considerada uma função executiva complexa controlada pelo lóbulo frontal, que engloba julgamento e escolha dentre diversas alternativas, utilizando para isto outras funções cognitivas importantes, como memória, atenção, resolução de problemas e raciocínio.

Além disso, há seis elementos fundamentais para a tomada de decisão, são eles o tomador de decisão (sujeito), os objetivos a serem alcançados, os critérios de escolha, a estratégia de curso da ação, os aspectos ambientais ou “situação” e o resultado (GARIBA, 2010).

Diversos fatores devem ser levados em consideração no processo decisório, como a capacidade de envolvimento com o assunto, a compreensão e análise das alternativas disponíveis (analisando os riscos e benefícios de suas escolhas), capacidade de comunicação, cultura, fatores socioeconômicos, valores, crenças, entre outros, sendo que a possibilidade de gerenciar o cotidiano e compreender as consequências de suas decisões é considerada a base para a autonomia e independência em qualquer fase do desenvolvimento humano (CELICH, 2008).

Ao compreendermos os fatores influentes no comportamento e na atitude do sujeito, conseguiremos prever e planejar estratégias que de fato abarquem suas necessidades, dando o suporte necessário para garantir sua segurança e bem-estar (BOUMA, 2010).

Diante da importância que tem as ações públicas voltadas para o cuidado, controle e prevenção das doenças crônicas na velhice surge a seguinte indagação: Qual a tomada de decisão do idoso frente às ações de monitoramento domiciliar das condições crônicas de saúde?

Acredita-se que as decisões sejam distintas de acordo com a doença (hipertensão ou diabetes), que os idosos sentem-se inseguros para decidir sobre sua própria saúde e preferem que um profissional o faça e que fatores socioeconômicos relacionados à sexo, escolaridade e renda são influentes na tomada de decisão.

Este estudo se justifica pela necessidade de desenvolver conhecimentos que possam contribuir para um conjunto de temas emergentes no Brasil, como é o caso do crescimento acelerado da população idosa, a prevalência das condições crônico-degenerativas e a importância que tem o monitoramento contínuo para a prevenção dos fatores de risco e agravo

das doenças. Destaca-se ainda a escassez de estudos acerca do tema “decisão em saúde”, sobretudo com o foco na atenção domiciliar.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. O envelhecimento populacional e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e nos países emergentes, como é o caso do Brasil, este processo tem se dado de maneira acelerada trazendo a necessidade de se discutir os desafios sociais gerados no âmbito da saúde, previdência social, trabalho, cultura e lazer, sendo considerado, portanto, um fenômeno histórico, político e econômico, cujas consequências não se restringem apenas aos idosos, mas sim sobre a população em geral (BARROS; JUNIOR, 2013).

Até pouco tempo atrás o Brasil era considerado um país jovem, porém, de acordo com os dados do censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), o que se vê hoje é a diminuição da representatividade dos grupos etários com até 25 anos de idade, ao passo que se observa o crescimento da participação ativa de pessoas com 65 anos ou mais, que em 1991 era de 4,8%, passando para 5,9% no ano de 2000 e 7,4% em 2010. Estudos apontam que o Brasil deverá ser o sexto país em número de idosos até o ano de 2020 (KÜCHEMANN, 2012).

Segundo a definição instituída pela Organização das Nações Unidas em 1982, nos países desenvolvidos são considerados idosos os sujeitos com 65 anos de idade ou mais, enquanto que nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, idosos são aqueles com 60 anos ou mais de idade.

O fenômeno do envelhecimento populacional ocorreu por conta de uma série de fatores que associados entre si permitiram maior longevidade, tais como a queda da taxa de fecundidade dada pela introdução dos contraceptivos orais e pelo engajamento da mulher no mercado de trabalho, a diminuição da taxa de mortalidade infantil, a importação de ciência e tecnologia, como vacinas e antibióticos que possibilitaram a cura e sobrevivência às doenças agudas e infecciosas, bem como as melhorias nos padrões de saúde pública (BARROS; JUNIOR, 2013). Este processo culminou na transição demográfica que vem modificando a estrutura etária da população brasileira, onde é possível identificar um estreitamento da base da pirâmide, conforme mostra a figura a seguir.

Pirâmide etária da população - Brasil, 2010 a 2030.

Figura 1- Projeção da população brasileira entre 2010 e 2030.

Fonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Envelhecimento Populacional e os Desafios para Sistema de Saúde Brasileiro, São Paulo: IESS [org], p. 25, 2013.

Atualmente envelhecer passou a ser uma realidade social não sendo mais considerado um privilégio de poucos, o que exige a adequação das políticas públicas na tentativa de alcançar a equidade entre os grupos etários na divisão dos recursos, responsabilidades e direitos (VERAS, 2009).

Para a compreensão deste processo e do que ele representa para a realidade brasileira é preciso entender que o envelhecimento e a velhice são dois eventos distintos, mas indissociáveis. Segundo Santana (2012), o envelhecimento é um processo social e multifacetado construído a partir das vivências individuais e coletivas, do acesso à saúde, educação e cultura e que ocorre ao longo dos anos, ao passo que a velhice é uma etapa do desenvolvimento humano, assim como a infância, adolescência e a fase adulta, e que pode ser desfrutada com mais ou menos qualidade de vida de acordo com o processo de envelhecimento vivido.

Durante o envelhecimento o indivíduo passa por alterações no âmbito social, como a mudança de papéis ocupacionais – tal como é o caso da chegada da aposentadoria contrapondo-se ao papel de trabalhador, bem como mudanças químicas e fisiológicas que interferem diretamente na capacidade funcional do idoso e que necessitam de atenção

diferenciada. Estas mudanças podem ser geradoras de vulnerabilidade e faz com que a velhice ainda seja vista como uma fase de fragilidade e declínio, principalmente pelas sociedades ocidentais (BRITO et al., 2013). Este fato, somado ao despreparo dos serviços oferecidos à população idosa, ao preconceito e desinformação requerem mudanças complexas para que o idoso disponha de um lugar social consolidado e ativo na população (BARROS; JUNIOR, 2013; SANTANA, 2012).

Segundo Laranjeira (2010), felizmente assistimos hoje a uma mudança gradativa no olhar da sociedade sobre a velhice, que atualmente tem conseguido retratar imagens de vitalidade e revalorização. Isto se deu principalmente pela representatividade numérica da população idosa e pela melhoria nas condições econômicas deste segmento, desconstruindo progressivamente a imagem negativa do envelhecimento. Isto se torna essencial se levarmos em consideração que, na condição de envelhecentes, a velhice provavelmente será a fase mais longa de nossas vidas.

Este acréscimo de anos vividos é sem dúvida uma importante conquista do século XX, mas está acompanhado pela indisponibilidade de recursos que otimizem e assegurem a qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde, educação e lazer à medida em que a população torna-se mais longeva (SILVA; ANDRADE, 2013).

As ações públicas voltadas para os idosos devem visar um envelhecimento bem-sucedido, tema este amplamente discutido no campo da Gerontologia e compreendido como aquele em que o acréscimo cronológico de anos é vivido ativamente, com baixo risco de doenças e incapacidades, manutenção da autonomia, participação social e engajamento com a vida (MOREIRA; FREITAS; VIEIRA, 2014; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

O avanço científico e tecnológico aliado às melhorias nas condições de saúde pública que permitiu maior longevidade também culminou na transição epidemiológica, onde a preocupação com as doenças agudas e infectocontagiosas deu lugar às Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT, mais comuns na velhice e que perduram por anos, exigindo cuidado e monitoramento constante (VERAS, 2011). Este fenômeno ocorreu primeiramente nos países desenvolvidos e vem ocorrendo de maneira acelerada nos subdesenvolvidos, como é o caso do Brasil, que iniciou esta transição na década de 60 (CAMPOLINA et al., 2013).

Neste cenário, as mortes por doenças crônicas no mundo corresponderam a 63% no ano de 2008, e a aproximadamente 74% das mortes no país em 2012 (OMS, 2014). Suas principais causas são atribuídas a fatores de riscos passíveis de serem controlados, como

tabagismo, etilismo, alimentação inadequada e prática de atividade física nula ou insuficiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (2014) as doenças crônicas com maior índice de mortalidade no Brasil são as cardiovasculares (31%), neoplásicas (17%), doenças respiratórias (6%) e diabetes (6%).

A prevalência destas doenças está relacionada aos fatores sociais, tais como a desigualdade no acesso ao serviço de saúde, alimentação complementar balanceada e acesso à educação e informação de qualidade, mostrando-se superior nas famílias de baixa renda e baixa escolaridade, o que leva o sujeito a limitações no desempenho das atividades diárias e de trabalho, gerando impactos econômicos na família, criando assim um ciclo vicioso (OMS, 2011).

As condições crônicas de saúde são bastante comuns na velhice. Estudos mostram que cerca de 79% das pessoas acima de 65 anos de idade apresentam ao menos uma doença crônica, sendo estas as principais causas de incapacidade e internação hospitalar de idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Diante dos desafios sociais e econômicos gerados pela prevalência de DCNT, o Ministério da Saúde do Brasil tem investido em programas e políticas públicas de saúde que visam prevenir, controlar e monitorar os fatores de risco e as doenças crônicas através do fortalecimento dos serviços voltados à atenção desta condição. Para apoiar estas ações, o país transferiu cerca de 5 milhões de reais distribuídos entre 27 capitais no ano de 2005 e cerca de 56 milhões de reais divididos entre 1.277 cidades e municípios no ano de 2009 (SCHMIDT et al., 2011).

As ações e investimentos do governo brasileiro para o enfrentamento das doenças crônicas podem ser observados no quadro a seguir.

Políticas públicas de enfrentamento das doenças crônicas
<i>Organização da Vigilância de DCNT</i> - visa conhecer a distribuição, magnitude e tendência das doenças crônicas, agravos e fatores de risco, além de apoiar as políticas públicas de promoção à saúde.
<i>Política Nacional de Promoção da Saúde</i> - desenvolve ações na área da alimentação saudável, atividade física e prevenção do uso do tabaco e álcool.
<i>Programa Academia da Saúde</i> - criado em 2011 e visa à promoção de atividade física regular.
<i>Ações de combate ao tabagismo</i> – proibição de propagandas comerciais do produto, alertas

sobre os riscos do uso nos maços de cigarro e adesão à Convenção-Quadro do Controle do Tabaco em 2006.
<i>Guia de alimentação saudável</i> - incentivo ao aleitamento materno, acordo com as indústrias alimentícias quanto à redução da gordura trans e sal.
<i>Expansão da Atenção Primária em saúde</i> - desenvolvendo ações de promoção, vigilância, prevenção, assistência e acompanhamento longitudinal.
<i>Expansão da assistência farmacêutica</i> - distribuição gratuita de medicamentos para o tratamento da hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia.

Quadro 1- Políticas públicas de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.

Fonte: Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011.

Em 2011 o governo lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que engloba os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias e diabetes) e desenvolve ações nas áreas de: (a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento (b) promoção da saúde e (c) cuidado integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). As principais ações em cada eixo estão descritas no quadro abaixo (Quadro 2).

EIXO	AÇÕES
<i>Vigilância, informação, avaliação e monitoramento;</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Pesquisa Nacional de Saúde</u>: informações quanto ao acesso aos serviços e sua utilização; morbidade; fatores de risco e proteção a doenças crônicas; saúde dos idosos, das mulheres e das crianças, bem como serão feitas medições antropométricas e de pressão arterial e coleta de material biológico. - <u>Estudos sobre DCNT</u>: avaliação das intervenções em saúde, identificação de sujeitos vulneráveis, avaliação dos custos das DCNT. - <u>Portal do Plano DCNT</u>: criação de portal online para avaliação do plano.
<i>Promoção da saúde;</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Atividade física</u>: criação de espaços que estimulem a prática de exercício físico regular em parceria com a rede primária de saúde, implantação de “cantinas saudáveis” e espaços de

	<p>vivência para a prática de exercício físico nas escolas; atividades culturais, recreação e lazer; inclusão digital; assistência social; qualificação para o mercado de trabalho; reativação de parques, praças e ciclovias.</p> <p>- <u>Alimentação saudável</u>: promoção de alimentação saudável nas escolas; aumento da oferta de alimentos saudáveis; acordo com a indústria para redução do sal e gordura; redução dos preços de alimentos saudáveis; combate à obesidade na infância.</p> <p>- <u>Tabagismo e álcool</u>: regulação do ato de fumar em ambientes coletivos; aumento de preços e impostos; proibição de venda para menores de 18 anos; ações educativas de combate ao tabagismo e alcoolismo.</p> <p>- <u>Envelhecimento ativo</u>: atenção integral; incentivo à prática de exercício físico; capacitação das equipes da atenção primária para acolhimento e cuidado à pessoa idosa; incentivo ao uso racional de medicamentos; formação para cuidadores de idosos; promoção do envelhecimento ativo na saúde suplementar.</p>
<i>Cuidado integral;</i>	<p>- Linhas de cuidados às DCNT; capacitação e telemedicina; distribuição de medicamentos gratuitos; aperfeiçoamento no rastreio de câncer de colo de útero e mama; rede de urgência; atenção domiciliar; criação de unidades coronarianas e de acidente vascular encefálico (AVE).</p>

Quadro 2- Ações do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil

Fonte: Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011.

No cenário das inúmeras doenças crônicas a população idosa é sem dúvidas a parcela mais afetada, e por isso é provável que os gastos em saúde aumentem, uma vez que a proporção de idosos cresce exponencialmente no Brasil. Diante disto, a organização da prestação de serviços deve ser ajustada de modo a se adaptar às mudanças demográficas e

epidemiológicas que vem ocorrendo no país e no mundo, agregando qualidade aos anos adicionais de vida (VERAS, 2011).

Neste estudo serão destacadas duas DCNT comuns na velhice e passíveis de monitoramento domiciliar, são elas a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes mellitus.

2.1.1. Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, consideradas as primeiras causas de morte no Brasil, está a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), definida como uma condição crônica em que os níveis de pressão arterial permanecem elevados e sustentados, tendo como referência os valores de 140 mmHg x 90mmHg, conforme proposto pelas diretrizes brasileiras de hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Tabela 1- Classificação da pressão arterial segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.**, 2010.

O aumento da longevidade associado à maior exposição aos fatores de risco faz com que os idosos sejam uma parcela grandemente afetada pela Hipertensão Arterial. Pesquisas realizadas em diferentes cidades brasileiras apontam que 50% das pessoas com idades entre

60 e 69 anos são hipertensas, ao passo que após os 70 anos esta prevalência sobe para 75% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial está diretamente relacionada aos fatores intrínsecos do sujeito, tais como gênero, etnia, idade e genética, bem como aos fatores extrínsecos, como estilo de vida, alimentação, prática de exercício físico, etilismo, tabagismo, entre outros. Além disso, apresenta curso clínico lento, por vezes assintomático e gradual, o que dificulta o seu diagnóstico (MENDES; MORAIS; GOMES, 2014).

Mudança nos hábitos de vida e diminuição dos comportamentos de risco são altamente recomendados para sua prevenção e controle. Além disso, a aferição periódica da PA é um recurso importante para o acompanhamento e manejo da doença e deve ser realizada utilizando procedimentos padronizados e equipamento calibrado, a fim de se obter resultados confiáveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O tratamento para esta condição crônica de saúde pode ser medicamentoso (com o uso de anti-hipertensivos) e não-medicamentoso, através de uma abordagem multiprofissional que visa o controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis e balanceados, redução do consumo de sal e gordura, prática regular de atividade física, controle do estresse cotidiano, entre outros, com o objetivo de diminuir as possibilidades de complicações e melhorar a qualidade de vida ao longo dos anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

2.1.2. *Diabetes mellitus – DM*

O Diabetes mellitus é uma doença crônica metabólica causada pela falta ou má absorção da insulina, hormônio produzido pelas células do pâncreas e que tem como função transformar em energia a glicose ingerida através dos alimentos. Ela pode ser definida como a elevação dos níveis de glicose no sangue, também conhecida como hiperglicemia e se divide em: Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2, Diabetes gestacional e Diabetes Latente Autoimune do Adulto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). Neste estudo serão abordados o Diabetes tipo 1 e 2.

O Diabetes tipo 1 é caracterizado pela produção insuficiente de insulina causada pela auto destruição celular, podendo acometer indivíduos de todas as idades, sendo mais comum

na infância e adolescência. Nestes casos, o paciente precisa de doses diárias de insulina para manter a glicemia em valores adequados. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

O Diabetes tipo 2 é o tipo mais comum, correspondendo a 90% dos casos. É mais frequente em adultos e sua causa principal é referente à adoção de hábitos de vida pouco saudáveis, como má alimentação, sedentarismo e estresse. Neste caso, há a presença de insulina, mas sua ação não é efetiva, o que chamamos de resistência insulínica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Os principais sintomas da doença estão relacionados à perda de peso, poliúria, cansaço, sede em excesso e aumento de apetite. Seus fatores de risco são variados, podendo ser divididos em comportamental, hereditário e socioeconômico (MENEZES, et.al, 2014).

Por ser uma doença multifatorial e complexa faz-se necessário que o paciente seja acompanhado por uma equipe multidisciplinar de saúde para que se estabeleçam ações específicas para os diferentes objetivos do tratamento, seja ele hormonal, nutricional, físico ou psicológico (COSTA; CASTRO, 2014). Além disso, mudanças nos hábitos de vida são imprescindíveis para o manejo desta condição, e isto inclui controle alimentar rigoroso, prática de exercício físico regular, conscientização quanto às responsabilidades com a medicação e monitoramento constante dos níveis glicêmicos.

Estima-se que aproximadamente 10 milhões de pessoas sejam diabéticas no Brasil e destas, 33% tenham mais de 60 anos de idade (STOPA, et al., 2014). Esta é uma doença que tem tido prioridade global pelos desafios econômicos impostos devido à alta prevalência, complicações secundárias e altos índices de mortalidade, tendo sido responsável por cerca de 5,3% das mortes no ano de 2011 (ISER et al. 2015).

2.2. O monitoramento domiciliar das condições crônicas e a tomada de decisão em saúde

O Brasil vive hoje uma situação de saúde em que a presença de doenças crônicas, principalmente em idades avançadas, é prevalentemente alta, o que se torna um desafio para os modelos de cuidado que ainda estão pautados na lógica do tratamento e não da prevenção destas condições (VERAS, 2012).

O atual modelo de atenção à saúde não tem acompanhado as mudanças do perfil epidemiológico populacional, mostrando-se inadequado por ser centrado no tratamento das doenças agudas ou na agudização das condições crônicas, obstáculo este a ser superado diante da necessidade de cuidado integral e longitudinal que as doenças crônicas não transmissíveis demandam (SILOCCHI, 2014).

Soma-se a isto a desvalorização da Atenção Básica, responsável pelas ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, seguimento, tratamento e reabilitação. Assim, rotineiramente, o primeiro atendimento tem se dado dentro do hospital, em estágios avançados ou agudos da doença. Para que as ações em saúde sejam de fato mais resolutivas elas precisam estar focadas na detecção precoce, prevenção e tratamento, ao invés de ter no hospital a figura principal de entrada para sistema de saúde (VERAS, 2001).

Sabemos que as DCNT são onerosas, perduram por anos e requerem ações de monitoramento constantes para a prevenção de agravos. Diante disto, os sujeitos estão sendo cada vez mais solicitados a desenvolver habilidades para o autocuidado no domicílio.

O monitoramento da saúde no domicílio tem sido facilitado pelo desenvolvimento de dispositivos eletrônicos portáteis, como é o caso do aferidor de pressão arterial digital para controle da hipertensão, o glicosímetro para acompanhamento do diabetes, o frequencímetro para monitoramento da frequência cardíaca, o oxímetro para os pacientes com doenças respiratórias, o pedômetro, o contador de calorias, dentre tantos outros. Estes equipamentos, que no passado faziam parte de clínicas e hospitais, têm sido progressivamente incorporados ao cotidiano doméstico na busca pelo melhor e mais fácil manejo da própria saúde, sendo que as ações de monitoramento no domicílio podem ser geradoras de autonomia e desenvolvedora de habilidades para o autocuidado (SANTANA, et al., 2014).

Diante da importância destas ações, desde 2007 o Ministério da Saúde brasileiro determinou a obrigatoriedade do fornecimento gratuito de materiais e insumos necessários para o monitoramento e controle em domicílio da glicemia capilar aos pacientes diabéticos do Sistema Único de Saúde (SUS) que fazem uso de insulina injetável e que estejam cadastrados no cartão SUS e/ou no Programa de Hipertensão e Diabetes – Hiperdia conforme a Portaria nº 2.583 de 10 de outubro de 2007. Os recursos oferecidos estão relacionados à disponibilidade do glicosímetro, fitas reagentes, lancetas de punção digital, medicamentos, seringas e agulhas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A introdução do glicosímetro no cotidiano do portador de Diabetes mellitus tem como objetivo desenvolver a autonomia e a conscientização para a adoção de estratégias que

reduzam as complicações da doença, não devendo ser considerada uma intervenção isolada, mas sim integrada ao processo terapêutico (YONEDA; SOUZA; ZUCCHI, 2014).

Os pacientes hipertensos ainda não contam com a distribuição gratuita dos aferidores de pressão arterial para uso no domicílio. Isto porque os aparelhos aneroides, que utilizam a técnica auscultatória, exigem que o sujeito esteja bem treinado para a realização de uma medida adequada e, apesar da existência de inúmeros modelos e marcas de aferidores digitais, estudos mostram que alguns destes equipamentos apresentam disparidades nos resultados para um mesmo indivíduo (DANIELETTI, et al., 2011). Apesar disto, atualmente é possível encontrar aferidores de P.A. (de pulso ou de braço) em lojas de departamento, materiais hospitalares e farmácias com preços razoavelmente acessíveis.

Figura 2- Exemplo de aferidores de pressão arterial digital de pulso e de braço.

Fonte: Google Imagens.

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) estes aferidores devem seguir os protocolos da Association for the Advancement of Medical Instrumentation- AAMI para que se garantam medidas adequadas e, para a escolha do aparelho, recomenda-se consultar os sites: <http://www.dableducational.org/> e <http://www.bhsoc.org/bp-monitors/bp-monitors/>.

No quadro abaixo estão descritos os modelos de monitores de pressão arterial disponíveis no país e validados pela ANVISA.

MODELOS DE AFERIDORES DE PRESSÃO ARTERIAL
<p>BPMA100 Monitor de pressão arterial automático de braço</p>	<p>BP3ABOH Monitor de pressão arterial automático de braço</p>
<p>BPA50 Monitor de pressão arterial automático de braço</p>	<p>HEM-4030 Monitor de pressão arterial semiautomático de braço</p>
<p>HEM-710INT Monitor de pressão arterial automático de braço</p>	<p>HEM-742INT Monitor de pressão arterial automático de braço</p>
<p>HEM-7113 Monitor de pressão arterial automático de braço</p>	<p>HEM-7200 Monitor de pressão arterial automático de braço</p>

Quadro 3- Modelos de monitor de pressão arterial digital validados no Brasil.

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão. <http://www.sbh.org.br/geral/monitores.asp>

De maneira geral, a monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) é indicada principalmente para confirmação de diagnóstico, avaliação da eficácia do tratamento e para melhorar a adesão à terapia, e sempre que possível deve ser utilizada como instrumento complementar no diagnóstico médico. Isto porque apresenta uma série de vantagens, como: possibilidade de várias medidas ao longo do dia, avaliação do tratamento em diferentes períodos, melhor adesão, baixo custo, entre outros. É considerada anormal medidas superiores a 135x85 mmHg como média semanal da MRPA (SILVA, ORTEGA, MION JR., 2008).

Os hipertensos também contam com a disponibilidade de medicamentos para controle da HAS pela rede pública de saúde desde 2011 e gratuitamente pela farmácia popular mediante apresentação de receita médica que tem validade de 120 dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). O usuário irá receber a quantidade necessária para 30 dias de tratamento, podendo reutilizar a mesma receita por quatro meses consecutivos.

A maior facilidade de acesso aos equipamentos de monitoramento à saúde no domicílio é sem dúvidas um avanço importante para o controle das condições crônicas. Porém, por vezes isto tem chegado de maneira desorientada ao consumidor, que pode encontrar dificuldades no gerenciamento destes recursos (SANTANA, et.al, 2014). Tais dificuldades podem ser intrínsecas ou extrínsecas ao sujeito, conforme mostra o quadro a seguir (Quadro 4):

Dificuldades intrínsecas ao sujeito	Dificuldades extrínsecas ao sujeito
<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades cognitivas; - Habilidades motoras; - Habilidades afetivas; - Habilidades para o uso correto dos dispositivos; - Motivação para o monitoramento; - Capacidade para interpretação correta dos resultados; - Capacidade para tomada de decisão no manejo da saúde; - Entre outros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade de materiais e insumos; - Disponibilidade de ações educativas em saúde; - Capacitação da equipe multiprofissional; - Manutenção adequada dos dispositivos de monitoramento (calibragem, armazenamento, aquisição de pilhas, baterias, fitas, etc); - Descarte de materiais; - Entre outros.

Quadro 4- Dificuldades intrínsecas e extrínsecas ao sujeito diante das ações de monitoramento à saúde no domicílio.

Fonte: Baseado na aula do Programa de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis-Hipertensão e Diabetes. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP, 2015.

Este cenário nos leva a refletir a cerca da necessidade de se desenvolver habilidades para a utilização independente e adequada destes equipamentos no domicílio através de ações educativas em saúde, pois, além da medição dos níveis glicêmicos ou de pressão arterial, o monitoramento domiciliar implica na tomada de decisão do sujeito frente a resultados alterados.

Tomamos decisões o tempo todo e em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, fase adulta e velhice), sejam elas referentes ao cotidiano, tais como decidir o dia da faxina ou o horário reservado para a prática de exercícios físicos, bem como em situações mais elaboradas e que exijam análise minuciosa das possíveis escolhas e suas consequências.

A tomada de decisão é considerada um processo complexo e multifatorial que permite ao decisor escolher e ponderar a eficiência de suas alternativas para a resolução de uma situação-problema. Para que ela ocorra adequadamente o sujeito deve ser capaz de julgar e reconhecer a melhor opção para atingir seu objetivo. É importante ressaltar que cada indivíduo vivencia e interpreta uma dada situação (ou a própria doença) a seu modo, assim, a maneira como as pessoas tomam decisões variam consideravelmente (REIS; LOBLER, 2012).

A vivência da doença crônica, apesar de um processo individual, também afeta a rotina e exige ajustes na dinâmica familiar no âmbito financeiro, emocional e do cuidado. Também se deve considerar que a atenção e a representação social advindas com o adoecimento podem ser desencadeadores de benefícios ou ganhos secundários, mesmo que inconscientemente, tais como maior zelo por parte dos familiares, ganhos materiais, entre outros, o que irá refletir em como o sujeito gerencia sua saúde (REIS, 2013).

Fatores internos e externos ao sujeito são fortemente influentes no processo decisório e direcionam o comportamento do indivíduo perante sua condição. Sexo, idade, ocupação, escolaridade, estilo de vida, tempo de doença, acesso ao serviço de saúde (em caráter geográfico ou funcional) e aos medicamentos necessários são exemplos de aspectos que interferem na adoção de atitudes positivas ou negativas e representa o grau de responsabilidade e comprometimento no cuidado a própria saúde (MEDEIROS, et.al, 2014).

Em estudos com pacientes hipertensos desenvolvidos por Alfonso, Agramonte e Veá em 2003 e por Medeiros, Araújo, Vianna e Moraes em 2014, constatou-se que os sujeitos do sexo feminino e que não exercem atividade laboral se engajam com maior facilidade às ações de prevenção e cuidado à saúde, ao passo que os pacientes com conhecimento considerado insuficiente sobre a própria doença são os que apresentam menor índice de adesão ao

tratamento (MEDEIROS, et.al, 2014), o que corrobora com a premissa de que fatores pessoais, sociais e do ambiente influenciam na tomada de decisão frente aos aspectos relacionados ao manejo e cuidado à saúde.

Outras condições clínicas também podem ter influência no processo decisório. A depressão, por exemplo, é um transtorno do humor que pode interferir na tomada de decisão em saúde uma vez que está associada ao maior risco de negligência quanto ao autocuidado e à administração medicamentosa, bem como à menor adesão às orientações e ao tratamento prescrito (GONÇALVES, ANDRADE, 2010).

Do mesmo modo, podemos citar as alterações cognitivas onde estão presentes as dificuldades relacionadas à memória, noção espacial, noção temporal, atenção, resolução de problemas, entre outros, o que interfere diretamente no desempenho das atividades instrumentais de vida diária (AIVD's), onde está inserido o gerenciamento da saúde. Nestes casos, tarefas complexas, como é o caso do monitoramento, ficam prejudicadas e passam a ser realizadas por terceiros, como cônjuge, filhos e netos, desprovido o sujeito da possibilidade de decidir sobre o seu estado de saúde (MORSCH, MIRANDOLA E BÓS, 2013).

De modo geral, a tomada de decisão implica em uma escolha em detrimento de outra. No âmbito da saúde, diversas decisões podem ser tomadas diante de resultados alterados como, por exemplo, a administração do medicamento prescrito, a ida ao posto de saúde mais próximo, contato telefônico com o médico, busca por auxílio de familiares ou amigos próximos, adoção de hábitos de vida mais saudáveis, entre outros.

Deve-se sempre ponderar o custo-benefício de uma ação que poderá refletir nas demais esferas da vida social (trabalho, família, lazer, entre outros), como é o caso da decisão em saúde, que exige a participação de um sujeito consciente e responsável (CELICH, 2008).

O fato é que, ao conhecer a decisão do idoso diante do monitoramento da saúde torna-se possível traçar estratégias e metas que visem assegurar o suporte necessário perante o processo de saúde-doença, seja através de ações educativas, oferta de dispositivos de monitoramento e demais insumos ou acesso a atendimento regular pela equipe de saúde, garantindo maior qualidade de vida e autonomia até em idades bastante avançadas.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Conhecer a tomada de decisão de idosos no monitoramento domiciliar das condições crônicas de saúde.

3.2. Objetivos específicos

Especificamente, busca-se:

1. Identificar a tomada de decisão de idosos de imediato e em médio prazo diante de resultados alterados;
2. Identificar se as variáveis: sexo, escolaridade e renda influenciam na tomada de decisão;
3. Conhecer a percepção dos idosos frente à possibilidade do monitoramento da saúde ser realizado no domicílio;
4. Identificar as dificuldades encontradas no manuseio dos aparelhos de saúde (glicosímetro e aferidor de pressão arterial digital) e as estratégias utilizadas para a resolução destas dificuldades.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, CAEE: 32325414.9.0000.5440 / nº do parecer: 737.032 (Anexo A).

4.1. Amostra

A amostra do estudo foi composta por 150 sujeitos, residentes na cidade de Ribeirão Preto – SP e região.

4.2. Critérios de inclusão

Sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos e que façam uso do glicosímetro e/ou aferidor de pressão arterial digital no domicílio.

4.3. Critérios de exclusão

Sujeitos com disfunção cognitiva, diagnóstico de depressão previamente relatado, com dependência total na realização das atividades instrumentais de vida diária (capacidade funcional), com disfunções sensoriais não corrigidas (visuais) e que residam em instituições de longa permanência foram excluídos do estudo.

Para seleção dos participantes foram utilizados os seguintes instrumentos:

1) Mini Exame do Estado Mental (MEEM) – (Anexo B)

Desenvolvido por Folstein et al. (1975), traduzido e validado para o Brasil por Bertolucci et al. (1994). O teste é composto por sete itens que avaliam domínios cognitivos como: orientação temporal, orientação espacial, registro de palavras, atenção e cálculo, recordação, linguagem e capacidade construtiva visual. O score do MEEM varia de 0 (maior grau de comprometimento cognitivo) até 30 pontos (melhor capacidade cognitiva). As notas de corte utilizadas neste estudo foram: Analfabetos = 13 pontos; 1 a 7 anos de escolaridade = 18 pontos; 8 anos de escolaridade ou mais = 26 pontos, conforme proposto por Bertolucci e colaboradores (1994). A aplicação do questionário tem uma duração média de 20 minutos e foi realizada pela pesquisadora.

2) Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) – (Anexo C)

Teste de rastreio utilizado para identificar sintomas depressivos em idosos. A escala original é composta por 30 itens e foi desenvolvida por Yesavage et al. (1983). A EDG com 15 itens é uma versão reduzida em que constam as questões que mais se relacionam com o diagnóstico de depressão, avaliando a satisfação com a própria vida, humor, energia, isolamento e alegria. Foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986) e traduzida e validada para o Brasil por Almeida e Almeida (1999). É composta por 15 perguntas e com pequena variação de respostas (SIM ou NÃO). A partir do ponto de corte 5/6 é sugestivo de depressão, devendo esta ser mais bem investigada por profissionais competentes (PARADELA, LOURENÇO, VERAS, 2005). A aplicação do teste tem duração média de 10 minutos e foi realizada pela pesquisadora.

3) Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody (IADL) – (Anexo D)

Utilizada para identificar a independência funcional na realização das atividades instrumentais de vida diária, tais como: usar o telefone, compras, preparo de refeições, tarefas domésticas, viagens, gerenciamento medicamentoso e gestão econômica. A escala foi desenvolvida por Lawton e Brody (1969) e validada e traduzida para o Brasil por Santos e Virtuoso (2008). É composta por sete itens onde o participante responde como realiza cada atividade - com independência (3); necessita de auxílio (2); não está habituado a realizar a atividade ou é incapaz de realizá-la (1). A pontuação pode variar entre ≤ 5 (dependência

total), >5 <21 (dependência parcial) e $= 21$ (independência). A aplicação do teste tem duração média de 10 minutos e foi realizada pela pesquisadora.

4.4. Instrumentos de coleta de dados

Para os sujeitos selecionados foram utilizados os seguintes instrumentos:

1) Questionário Socioeconômico (Apêndice B)

Instrumento desenvolvido pela pesquisadora com base no questionário da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD do IBGE (2009), composto por cinco perguntas de múltipla escolha referentes às informações de idade, ocupação, renda, estado civil e escolaridade. A aplicação tem duração média de cinco minutos.

2) Questionário sobre a tomada de decisão no monitoramento da saúde no domicílio (Apêndice C)

Questionário desenvolvido pela pesquisadora, composto por onze perguntas de múltipla escolha que levanta informações quanto à tomada de decisão do idoso em imediato e em médio prazo frente a resultados alterados obtidos pelo monitoramento da saúde no domicílio. Foi considerado “imediato” o período logo após a primeira medição e “médio prazo” o período de 24 horas.

Além disso, foram levantadas informações quanto à situação em que o monitoramento é realizado, se houveram mudanças na rotina após diagnóstico de DCNT e quais sensações são despertadas diante de resultados alterados.

Uma Escala Likert foi elaborada baseada no Technology Acceptance Model (TAM) - desenvolvido por Davis, Bagozzi e Warshaw (1989), com o objetivo de conhecer a concordância dos participantes quanto ao uso de dispositivos de monitoramento no domicílio e a tomada de decisão em saúde. Este tipo de escala é utilizado para medir atitudes e comportamentos através de respostas que podem variar entre: (1) Concordo totalmente, (2) concordo parcialmente, (3) não concordo nem discordo, (4) discordo parcialmente e (5) discordo totalmente. A aplicação do questionário tem duração média de quinze minutos.

3) Classificação do uso de dispositivos eletrônicos voltados aos cuidados à saúde (Apêndice D)

Instrumento desenvolvido pela pesquisadora baseado no questionário utilizado no Projeto de Inclusão Digital de Idosos (PIDI) da FMRP-USP, composto por 14 perguntas referentes à presença de doenças crônicas, como: hipertensão, diabetes, doença cardíaca, doença reumática, doença respiratória, câncer e outros. Os idosos foram questionados quanto aos aparelhos de monitoramento que possuem no domicílio, frequência de uso, dificuldades no manuseio e as estratégias utilizadas para solucionar as dificuldades.

Além disso, foram levantadas informações quanto à capacidade para utilizar o dispositivo com independência, compreensão dos resultados apresentados, maneira como foram instruídos para o uso, grau de confiança depositado no aparelho (medido em uma escala de 0 a 10, sendo 0 nenhuma confiança e 10 confio totalmente) e a percepção sobre poder monitorar a saúde em casa.

4.5. Local de coleta de dados

Os dados foram coletados entre setembro de 2014 e outubro de 2015. Aproximadamente 16 instituições da cidade foram contatadas, como Núcleos de Saúde da Família e Centros de Saúde Escola, porém, pelo grande número de pesquisas acontecendo em algumas destas unidades no mesmo período, não foi possível realizar a coleta em todos os locais solicitados. As coletas se deram no Projeto de Inclusão Digital de Idosos (PIDI), Oficina de Memória (OFM), conjunto habitacional para idosos - Vila Dignidade, Associação Ribeirãopretana de Ensino Pesquisa e Assistência ao Hipertenso (AREPAH), Unidade Básica de Saúde Dr. Álvaro Panazzolo (Vila Albertina), Núcleo de Saúde da Família 2, Centro de Convivência de Idosos, bem como na área externa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, enquanto os pacientes aguardavam por atendimento.

4.6. Recrutamento dos sujeitos

O recrutamento dos potenciais participantes do estudo foi feito por busca ativa em abordagem direta e em forma de convite realizado pessoalmente pela pesquisadora, quando também foram apresentados os objetivos e métodos da pesquisa. Os idosos que aceitaram

participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e receberam uma via assinada pela pesquisadora de acordo com as normas da resolução CNS 466/12 (Apêndice A).

4.7. Análise dos dados

Realizada análise estatística descritiva com o objetivo de apresentar o perfil dos participantes do estudo, podendo incluir a verificação da representatividade ou falta de sujeitos, assim como ordenação e compilação dos dados em tabelas, criação de figuras e obtenção de relações funcionais.

Realizadas quantificações absolutas e percentuais para identificar a relação entre a tomada de decisão em saúde de acordo com o sexo, escolaridade e renda.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização da seleção da amostra

No total, 429 idosos foram abordados. Destes, 278 não possuíam o aparelho de monitoramento no domicílio e um não conseguiu atingir o score necessário na Escala de Depressão Geriátrica, sendo, portanto, excluído do estudo.

Figura 3- Fluxograma de recrutamento dos participantes do estudo

Mais da metade da amostra (n=80) atingiu 26 pontos ou mais no Mini Exame do Estado Mental.

Quanto à presença de sinais e sintomas depressivos, 48 idosos não pontuaram na Escala de Depressão Geriátrica e 20 idosos pontuaram 04 (a partir do ponto de corte 5/6 é sugestivo de depressão).

Nenhum idoso mostrou-se totalmente dependente para a realização das atividades instrumentais de vida diária. Porém, é possível observar que os homens tendem a pontuar menos que as mulheres. No total, 77% das mulheres são totalmente independentes, enquanto

que entre os homens este número é de 28%, principalmente com relação às atividades de preparo de refeição e limpeza da casa, tarefas estas geralmente atribuídas ao sexo feminino.

5.2. Caracterização socioeconômica da amostra

A amostra foi composta por 150 idosos, em sua maioria mulheres (78%), com idade variando entre 60 e 89 anos e média de idade de 72 anos, casados (52,6%), com até cinco anos de estudos (38%), renda familiar mensal de até três salários mínimos (48%) e aposentados (84,6%). A descrição detalhada das características socioeconômicas será apresentada na tabela a seguir (Tabela 2).

Tabela 2- Caracterização socioeconômica da amostra (n= 150), Ribeirão Preto, 2015.

Sexo	n= 150	%
Feminino	117	78%
Masculino	33	22%
Estado Civil	n= 150	%
Casado (a)	79	52,6%
Viúvo (a)	43	28,6%
Divorciado (a)	15	10%
Solteiro (a)	13	8,6%
Ocupação	n= 150	%
Aposentado (a)	127	84,6%
Pensionista	15	10%
Trabalhador (a) informal	05	3,3%
Trabalhador (a) formal	02	1,3%
Aposentado e Pensionista	01	0,6%
Com quem reside	n= 150	%
Cônjuge	78	52%
Sozinho	35	23,3%
Filhos	28	18,6%
Outras pessoas da família	08	5,3%
Netos	01	0,6%
Escolaridade	n= 150	%
Sem escolaridade	08	5,3%
Até 2 anos de estudos	14	9,3%
Até 5 anos de estudos	57	38%
Até 8 anos de estudos	19	12,6%

Continua

Escolaridade	n= 150	%
Até 11 anos de estudos	17	11,3%
Até 15 anos de estudos	21	14%
Mais de 15 anos de estudos	14	9,3%
Renda Familiar Mensal***	n= 150	%
Até um salário mínimo	29	19,3%
Até 3 salários mínimos	72	48%
Até 5 salários mínimos	28	18,6%
Até 7 salários mínimos	04	2,6%
Acima de 7 salários mínimos	13	8,6%
Não respondeu	04	2,6%

Conclusão

*** Salário mínimo de referência de R\$724,00, ano 2014 - Decreto 8.166/2013.

Tabela 3- Estratificação da amostra por idade (n=150), Ribeirão Preto, 2015.

Idade (anos)	Nº de participantes
60 - 65	33
66 – 70	36
71 – 75	31
76 – 80	27
81 - 90	23
TOTAL	150

5.2.1. Quanto à presença de doenças crônicas e a percepção de saúde relatada

Do total de participantes, 146 referem possuir alguma doença crônica diagnosticada (97%). Os resultados estão apresentados na tabela a seguir. Os participantes puderam assinalar mais de uma alternativa como resposta (Tabela 4).

Tabela 4- Caracterização da amostra quanto à presença de doenças crônicas, Ribeirão Preto, 2015.

Doença crônica	n= 150	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	113	75,3%
Diabetes mellitus (tipo 2)	62	41,3%
Doença Cardiovascular	41	27,3%
Doença Reumática	34	22,6%
Outras condições (colesterol, triglicérides e tireoide alterados, entre outros)	22	14,6%
Doença Respiratória Crônica	14	9,3%
Câncer	07	4,6%
Nenhuma DCNT	04	2,6%

Dentre as doenças auto referidas destacam-se a hipertensão arterial sistêmica (75,3%), seguida pelo Diabetes mellitus - 41,3%, (destes, 26 fazem uso de insulina - 42%). Do total, 47 idosos relatam ser hipertensos e diabéticos (31,3%).

Quanto à avaliação da própria saúde, 09 participantes a consideram como excelente; 71 como boa; 64 como regular; 04 como ruim e 02 como muito ruim.

Dentre os participantes, 79 referem pagar por plano de saúde suplementar e 71 fazem uso exclusivamente do Sistema Único de Saúde.

5.3. Tomada de decisão em saúde

5.3.1. Tomada de decisão dos usuários do glicosímetro

Do total de participantes, 62 fazem uso do glicosímetro no domicílio (41,3%), sendo 15 homens e 47 mulheres. Destes, 53 são diabéticos (85,4%). Os dados relacionados à tomada de decisão de imediato e em médio prazo serão apresentados na tabela a seguir.

Tabela 5- Tomada de decisão em imediato e em médio prazo dos usuários do glicosímetro (n=62), Ribeirão Preto, 2015.

Tomada de decisão imediata	n	Motivo da decisão
<i>Procura ajuda médica</i>	18	- Por acreditar ser o mais adequado (n= 14) - Por medo de decidir sobre a própria saúde (n=03) - Por orientação médica (n=01)
<i>Faz a administração da medicação prescrita</i>	17	- Por orientação médica (n=07) - Alternativa mais rápida e fácil (n=04) - Por experiência prévia com o problema (n=03) - Por acreditar ser o mais adequado (n=01) - Por não saber como agir (n=01) - Por orientação de terceiros (n=01)
<i>Opções alternativas de tratamento***</i>	16	- Por experiência prévia com o problema (n=09) - Por orientação médica (n=03) - Alternativa mais rápida e fácil (n=02) - Por orientação de terceiros (n=02)
<i>Procura ajuda de pessoas próximas</i>	06	- Alternativa mais rápida e fácil (n=04) - Por medo de decidir sobre a própria saúde (n=01) - Porque não sei como devo agir (n=01)
<i>Intervenção Alimentar</i>	02	- Por experiência prévia com o problema (n=02)
<i>Procura ajuda de um farmacêutico</i>	01	- Alternativa mais rápida e fácil (n=01)
<i>Nenhuma ação</i>	01	- Por orientação médica (n=01)
<i>Em branco</i>	01	
Tomada de decisão em médio prazo	n	Motivo da decisão
<i>Procura ajuda médica</i>	57	- Por acreditar ser o mais adequado (n=52) - Por orientação médica (n=03) - Por medo de decidir sobre a própria saúde (n=01) - Por não saber como agir (n=01)
<i>Procura ajuda de pessoas próximas</i>	02	- Por medo de decidir sobre a própria saúde (n=01) - Por não saber como agir (n=01)
<i>Administração da medicação prescrita</i>	01	- Por experiência prévia com o problema (n=01)
<i>Procura ajuda de um farmacêutico</i>	01	- Alternativa mais rápida e fácil (n=01)
<i>Nenhuma ação</i>	01	

*** Chás, repouso, água gelada, caminhada para aliviar a tensão e o estresse.

Nota-se que o imediatismo faz com que os sujeitos se comportem de maneira diversificada, principalmente tendo em vista a experiência prévia com a doença e a busca por alternativas mais rápidas e fáceis de intervenção, fazendo com que os idosos tendam a tomar

decisões no próprio domicílio. Em médio prazo a busca por ajuda médica é relatada por 92% dos participantes.

Em casos de hipoglicemia os idosos relatam realizar intervenções alimentares através da ingestão de sucos, frutas, chocolate, leite com açúcar, entre outros.

5.3.2. Tomada de decisão dos usuários do aferidor de pressão arterial

Dentre os participantes, 128 fazem uso do aferidor de P.A. no domicílio (85,3%), sendo 28 homens e 100 mulheres. Destes, 97 são hipertensos (75,7%). Os dados relacionados à tomada de decisão de imediato e em médio prazo serão apresentados na tabela a seguir.

Tabela 6- Tomada de decisão em imediato e em médio prazo dos usuários do aferidor de pressão arterial (n=128), Ribeirão Preto, 2015.

Tomada de decisão imediata	n	Motivo da decisão
<i>Procura ajuda médica</i>	40	- Por acreditar ser o mais adequado (n= 27) - Por medo de decidir sobre a própria saúde (n=07) - Por orientação médica (n=06)
<i>Faz a administração da medicação prescrita</i>	33	- Por orientação médica (n=15) - Alternativa mais rápida e fácil (n=11) - Por experiência prévia com o problema (n=05) - Por acreditar ser o mais adequado (n=03)
<i>Opções alternativas de tratamento***</i>	31	- Por experiência prévia com o problema (n=12) - Alternativa mais rápida e fácil (n=13) - Por orientação médica (n=02) - Por orientação de terceiros (n=02) - Por não saber como agir (n=01) - Porque sei o que fazer mesmo sem prescrição (n=01)
<i>Procura ajuda de pessoas próximas</i>	14	- Alternativa mais rápida e fácil (n=08) - Por acreditar ser o mais adequado (n=03) - Por medo de decidir sobre a própria saúde (n=02) - Por não saber como agir (n=01)
<i>Procura ajuda de um farmacêutico</i>	04	- Alternativa mais rápida e fácil (n=04)
<i>Intervenção Alimentar</i>	02	- Por experiência prévia com o problema (n=02)

Continua

Tomada de decisão imediata	n	Motivo da decisão
<i>Nenhuma ação</i>	01	- Por acreditar ser o mais adequado (n=01)
<i>Automedicação</i>	01	- Por experiência prévia com o problema (n=01)
<i>Em branco</i>	01	
Tomada de decisão em médio prazo	n	Motivo da decisão
<i>Procura ajuda médica</i>	120	- Por acreditar ser o mais adequado (n=109) - Por medo de decidir sobre a própria saúde (n=05) - Por orientação médica (n=04) - Por não saber como agir (n=02)
<i>Procura ajuda de pessoas próximas</i>	04	- Alternativa mais rápida e fácil (n=01) - Por medo de decidir sobre a própria saúde (n=01) - Por não saber como agir (n=01) - Por orientação de terceiros (n=01)
<i>Mudança nos hábitos alimentares</i>	02	- Por acreditar ser o mais adequado (n=02)
<i>Administração da medicação prescrita</i>	01	- Por orientação médica (n=01)
<i>Procura ajuda de um farmacêutico</i>	01	- Alternativa mais rápida e fácil (n=01)
<i>Conclusão</i>		

*** Chás, repouso, água gelada, caminhada para aliviar a tensão e o estresse.

Nota-se que entre os idosos que monitoram a pressão arterial no domicílio há uma tendência de decisões diversificadas de imediato, principalmente levando em consideração a busca por alternativas mais rápidas e fáceis de tratamento e a experiência prévia com o problema. Isto pode estar relacionado à necessidade de intervenção imediata diante dos riscos de sequelas permanentes que a hipertensão arterial pode causar, tanto que algumas decisões são tomadas baseadas na orientação do próprio médico. Em médio prazo a procura por ajuda profissional é relatada por 94% dos idosos.

5.4. Tomada de decisão em saúde de acordo com o sexo

Foram realizadas quantificações percentuais para identificar as tendências com relação à tomada de decisão em saúde de acordo com o sexo. Os dados serão apresentados nos gráficos a seguir.

Gráfico 1- Tomada de decisão de imediato e em médio prazo dos usuários do glicosímetro de acordo com o sexo (n=62).

Nota 1. Realizada análise proporcional entre o número de homens e mulheres (nº homens=15; nº mulheres=47).

Nota 2. O item “opções alternativas” inclui chás, repouso, água gelada, caminhada para aliviar a tensão e o estresse.

No primeiro gráfico é possível observar que homens e mulheres tendem de imediato a procurar por ajuda médica, administrar o medicamento prescrito ou buscar por opções alternativas de tratamento. Em médio prazo em ambos os grupos destaca-se a procura por ajuda profissional. Os dados mostram que independente do sexo, os idosos usuários do glicosímetro tendem a tomar as mesmas decisões.

Gráfico 2- Tomada de decisão de imediato e em médio prazo pelos usuários do aferidor de pressão arterial de acordo com o sexo (n=128)

Nota 01. Realizada análise proporcional entre o número de homens e mulheres (nº homens= 28; nº mulheres =100).

Nota 02. O item “opções alternativas” inclui chás, repouso, água gelada, caminhada para aliviar a tensão e o estresse.

Tratando-se dos usuários do aferidor de pressão arterial, nota-se que há uma tendência, independente do sexo, dos idosos tomarem as mesmas decisões de imediato, se dividindo principalmente entre procurar ajuda médica, administrar a medicação prescrita e buscar opções alternativas de tratamento. Em médio prazo há preferência pela procura de ajuda médica em ambos os grupos.

5.5. Tomada de decisão em saúde de acordo com a escolaridade

Foram realizadas quantificações percentuais para identificar as tendências com relação à tomada de decisão em saúde de acordo com a escolaridade. Os dados serão apresentados nos gráficos a seguir.

Gráfico 3- Tomada de decisão de imediato e em médio prazo dos usuários do glicosímetro de acordo com a escolaridade (n=62)

Entre os usuários do glicosímetro nota-se que os idosos que possuem seis anos de estudos tendem a tomar decisões mais consonantes com a prescrição médica, com referência principalmente à procura por ajuda profissional e administração do medicamento prescrito. Aqueles com um a cinco anos de estudos optam em sua maioria por opções alternativas de tratamento, enquanto que os idosos sem escolaridade dividem-se igualmente entre procurar ajuda médica e opções alternativas. Em médio prazo, independente do grau de escolaridade, os idosos mostram preferência pela procura de ajuda profissional.

Gráfico 4- Tomada de decisão de imediato e em médio prazo dos usuários do aferidor de pressão arterial de acordo com a escolaridade (n=128).

Entre os usuários do aferidor de pressão arterial nota-se que aqueles com seis anos de estudos ou mais tendem em sua maioria a procurar por ajuda médica, enquanto que os idosos que possuem entre um e cinco anos de estudos preferem realizar a administração do medicamento prescrito e os idosos sem escolaridade utilizam-se de opções alternativas de tratamento. O aumento da escolaridade não apresentou relação com a decisão em médio prazo, já que majoritariamente os sujeitos procuram por ajuda médica.

5.6. Tomada de decisão em saúde de acordo com a renda

Foram realizadas quantificações percentuais para identificar as tendências com relação à tomada de decisão em saúde de acordo com a renda. Do total de participantes, quatro não responderam o valor da renda familiar mensal e por isso não foram considerados neste item. Os dados serão apresentados nos gráficos a seguir.

Gráfico 5- Tomada de decisão de imediato e em médio prazo dos usuários do glicosímetro de acordo com a renda.

Entre os usuários do glicosímetro nota-se que independente da renda a maioria dos participantes tende a se dividir principalmente entre administração do medicamento prescrito e opções alternativas de tratamento de imediato. O aumento da renda não apresentou relação com a decisão em médio prazo, já que majoritariamente os sujeitos procuram por ajuda médica.

Gráfico 6- Tomada de decisão de imediato e em médio prazo dos usuários do aferidor de pressão arterial de acordo com a renda.

Entre os usuários do aferidor de pressão arterial nota-se que os idosos que ganham até 07 salários mínimos ou acima tendem a procurar mais por ajuda médica de imediato quando comparados aos idosos de renda inferior. Em médio prazo, independente da renda os idosos tendem a procurar por ajuda profissional.

5.7. Percepção dos idosos quanto ao monitoramento domiciliar da saúde

Do total de participantes, 57 referem preferir ter a saúde monitorada em casa (38%). Segundo os idosos isto se dá principalmente pela dificuldade em caráter geográfico e funcional de se conseguir atendimento no posto de saúde (n=23), pela praticidade na obtenção dos resultados (n=06), pela possibilidade de controle constante da saúde (n=09), por auxiliar em casos de emergência (n=02), garantir maior tranquilidade (n=01) e por servir como suporte na tomada de decisão em saúde pela identificação do problema (n=05). Os demais participantes não explanaram suas respostas.

Outros 22 idosos relatam preferir que a saúde seja monitorada por um profissional (15%). Apesar de alguns concordarem com a comodidade do monitoramento domiciliar (n=05), para outros os dispositivos não são confiáveis (n=07) e a pessoa pode tornar-se dependente, gerando um processo de ansiedade (n=03). Além disso, referem que os aparelhos ajudam preliminarmente, mas que o correto é sempre buscar um profissional (n=06).

Temos ainda que 71 idosos preferem realizar ambas as ações de monitoramento - em casa e no serviço de saúde caso julguem necessário. Isto se justifica pela praticidade por não precisar sair de casa (n=21), pela possibilidade de controle contínuo da doença (n=11), por ser uma opção em casos de emergência (n=03), pela percepção de utilidade (n=07) e avaliação da necessidade de ajuda profissional (n=13). Os demais participantes não explanaram duas respostas.

5.7.1. Sensações despertadas diante de resultados alterados

Os participantes puderam assinalar mais de uma alternativa como resposta quanto às sensações que são despertadas diante de resultados alterados obtidos pelo monitoramento da

saúde no domicílio. Os dados foram separados entre idosos diabéticos, hipertensos, diabéticos e hipertensos e outras doenças e a resposta mais frequente em cada categoria foi colocada em destaque na tabela.

Tabela 7- Sensações despertadas diante de resultados alterados (n= 150). Ribeirão Preto, 2015.

Sensações	D	H	D e H	Outras
Tranquilidade/ calma	04	27	14	03
Ansiedade/ nervosismo	07	16	16	16
Medo/ insegurança	02	13	19	04
Tristeza	01	01	05	01
Culpa	01	01	04	00
Preocupação	00	04	02	02
Raiva	00	00	01	01
Nenhuma sensação	02	08	02	01

5.7.2. Concordância quanto às ações de monitoramento e tomada de decisão em saúde

Buscou-se conhecer a concordância dos participantes quanto à tomada de decisão e o monitoramento domiciliar da saúde através de uma Escala Likert. As afirmativas e a frequência das respostas serão apresentadas a seguir.

Tabela 8. Concordância quanto ao monitoramento domiciliar das condições crônicas e a tomada de decisão no domicílio (n=150). Ribeirão Preto, 2015.

SENTENÇAS	Concordo total.	Concordo Parcial.	Não concordo nem discordo	Discordo parcial.	Discordo total.
01. Poder monitorar minha saúde em casa me garante maior independência	66%	10%	6%	3%	15%
02. Os resultados apresentados pelos aparelhos são confiáveis	57%	14%	18%	3%	8%
03. Prefiro que minha saúde seja monitorada por um profissional	68%	7%	15%	3%	7%
04. Sinto-me mais seguro por poder monitorar minha saúde em casa quando precisar/quiser	71%	6%	5%	5%	14%
05. Fico ansioso quando me deparo com resultados alterados	51%	7%	9%	3%	31%
06. Sinto que estou no controle da situação quando posso monitorar minha saúde em casa	71%	10%	6%	4%	9%
07. Os resultados apresentados pelo aparelho são de fácil compreensão	85%	5%	3%	1%	7%
08. Os aparelhos de monitoramento à saúde facilitam o cotidiano	89%	5%	1%	1%	4%
09. Os aparelhos de monitoramento à saúde são de fácil manuseio	84%	3%	3%	2%	7%
10. Poder monitorar a saúde em casa evita que eu vá ao serviço de saúde sem real necessidade	83%	5%	1%	1%	9%
11. Para garantir uma boa saúde é preciso mudar os hábitos de vida	93%	3%	1%	0%	3%
12. Realizar o monitoramento da saúde é uma maneira de evitar agravos da doença	90%	2%	4%	1%	3%
13. Sinto-me responsável por meu estado de saúde	90%	3%	1%	1%	5%
14. Sou mais cuidadoso com a minha saúde depois que iniciei o monitoramento domiciliar	68%	7%	3%	1%	21%

15. Poder monitorar a saúde em casa não altera o percurso da doença	75%	6%	4%	3%	11%
16. Quando me deparo com resultados alterados, sei lidar com a situação	73%	5%	8%	3%	11%
17. Tenho medo de agir de maneira incorreta frente a resultados alterados	57%	6%	2%	2%	33%
18. Minha tomada de decisão frente a resultados alterados irá interferir no percurso da doença	63%	9%	5%	1%	23%
19. É mais fácil me automedicação do que procurar um serviço de saúde	32%	3%	7%	6%	52%
20. Prefiro que outra pessoa decida por mim o que fazer quando me deparo com resultados alterados	27%	5%	3%	3%	61%

De modo geral os participantes são favoráveis às ações de monitoramento domiciliar da saúde, com concordância de mais de 80% quanto à facilidade no cotidiano que estas ações proporcionam por evitar a ida ao serviço de saúde, além da facilidade na compreensão e manuseio dos aparelhos (sentenças 7, 8, 9 e 10). Além disso, os idosos sentem-se mais independentes e seguros por terem a possibilidade de gerenciar a saúde quando julgarem necessário (sentenças 1, 4 e 6).

Do total, 90% ou mais concordam que para ter uma boa saúde é preciso mudar os hábitos de vida, além de se sentirem responsáveis por seu estado de saúde e compreender o monitoramento domiciliar como uma maneira de evitar agravos da doença (sentenças 11, 12 e 13). Além disso, 73% refere saber como agir diante de resultados alterados (sentença 16) e concordam que suas decisões interferem diretamente no percurso da doença (62%) (sentença 18).

As respostas de menor concordância estão relacionadas a passar o poder de decisão sobre a própria saúde para terceiros (61%; sentença 20) e realizar a automedicação ao invés de procurar o serviço de saúde (52%; sentença 19).

5.7.3. *Quanto às mudanças na rotina após diagnóstico de DCNT*

Do total de participantes, 46 referem que não houve mudanças no cotidiano após diagnóstico de doença crônica.

Para os que responderam afirmativamente, estas mudanças estão basicamente relacionadas às visitas periódicas ao médico, prática de exercício físico regular, mudança nos hábitos alimentares, maior preocupação com a administração medicamentosa, entre outros.

Os dados foram divididos entre: Diabéticos, Hipertensos, Diabéticos e Hipertensos, e outras doenças. Os participantes puderam escolher mais de uma alternativa como resposta.

Tabela 09- Mudanças na rotina após diagnóstico de doença crônica (n= 150), Ribeirão Preto, 2015

RESPOSTAS	D	H	D e H	Outras
Mudança nos hábitos alimentares	10	38	35	05
Visita periódica ao médico	07	18	20	03
Prática de exercício físico regular	07	21	10	03
Preocupação com a administração medicamentosa	03	12	13	03
Controle do estresse	00	01	00	01
Outros	00	00	00	00

Legenda: (D) Diabético; (H) Hipertenso; (D e H) Diabético e Hipertenso; (Outras) outras doenças;

A mudança mais frequente entre os participantes é a de hábitos alimentares, que se adequa tanto para os idosos diabéticos que precisam controlar a quantidade de glicose ingerida, quanto para os idosos hipertensos que geralmente necessitam de uma alimentação hipossódica.

5.8. Caracterização do uso de equipamentos de monitoramento à saúde no domicílio – Dificuldades e estratégias para o uso

5.8.1. Quanto à situação em que o monitoramento da saúde é realizado

Dentre os usuários do glicosímetro (n=62), 54 fazem uso do dispositivo para cuidado próprio, 02 para cuidado de terceiros e 06 para ambos. Já entre os usuários do aferidor de pressão arterial (n=128), 106 o utilizam para cuidado próprio, 05 para cuidado de terceiros e 17 para ambos.

As circunstâncias em que o monitoramento é realizado se diferem de acordo com o aparelho em uso. Nota-se que os usuários do glicosímetro em sua maioria o utilizam regularmente para acompanhamento da doença (73%), enquanto que entre os usuários do

aferidor de pressão arterial destaca-se maior uso em casos de sinais e sintomas da doença (apenas quando se sente mal) – 66%, conforme ilustrado nos gráficos a seguir.

Gráfico 7- Situação em que o glicosímetro e o aferidor de pressão arterial são utilizados (n=150)

Os dados referentes à frequência, instrução e percepção de independência para o uso, bem como as dificuldades no manuseio do dispositivo e as estratégias utilizadas pelos idosos podem ser observados nas tabelas a seguir.

Tabela 10- Caracterização do uso do glicosímetro (n=62). Ribeirão Preto, 2015.

Frequência de uso	n	%
Nunca	09	14%
1x ao mês	11	18%
1x na semana	12	19%
2 – 3x na semana	15	24%
Diariamente	15	24%
Instrução para o uso	n	%
Com profissional de saúde	38	61%
Com ajuda de terceiros	10	16%
Lendo manual de instruções	07	11%
Curso ou palestra	06	10%
Por observação	01	2%
Dificuldades no manuseio do aparelho	n	%
Sim	18	29%
Não	44	71%

Continua

Quais dificuldades?	n	%
Utilizar lanceta e fita reagente	13	21%
Checar resultados armazenados	09	15%
Conferir resultado após cada medida	06	10%
Ligar e desligar	02	3%
Estratégias para a resolução das dificuldades	n=18	%
Pede auxílio de terceiros	15	83%
Lê manual de instruções	02	11%
Tentativa e erro	01	6%
Outros (nunca teve dificuldade)	00	0%
Desiste de usar o aparelho	00	0%
Compreensão dos resultados	n	%
Sim	59	95%
Não	03	5%
Grau de confiança no aparelho (de 0 a 10)	n	%
Grau de confiança 10	27	44%
Grau de confiança 09	14	23%
Grau de confiança 08	14	23%
Grau de confiança 07	02	2%
Grau de confiança 06	01	2%
Grau de confiança 05	04	6%

Conclusão

Observação: Foi possível assinalar mais de uma alternativa como resposta na questão relacionada às dificuldades no uso do aparelho.

No total, 62 idosos possuem o glicosímetro no domicílio e as principais dificuldades quanto ao manuseio do aparelho estão relacionadas ao uso da lanceta e fita reagente, seguida da checagem das medições armazenadas.

Diante da complexidade das ações de monitoramento da glicose, 13 participantes (21%) não se consideram independentes para o uso do glicosímetro e a maioria relata pedir o auxílio de terceiros como estratégia para solucionar tais dificuldades (65%).

Apesar disto, 59 idosos relatam compreender os resultados apresentados pelo equipamento (95%) e 89% dos usuários confiam 08 ou mais na eficácia do aparelho.

Tabela 11- Caracterização do uso do aferidor de pressão arterial (n=128). Ribeirão Preto, 2015.

Tipo do aparelho	n	%
Automático	122	95%
Semiautomático	06	5%
Pulso	95	74%
Braço	33	26%
Frequência de uso	n	%
Nunca	10	8%
1x ao mês	53	41%
1x na semana	26	20%
2 – 3x na semana	21	16%
Diariamente	18	14%
Instrução para o uso	n	%
Com profissional de saúde	54	42%
Com ajuda de terceiros	41	32%
Lendo manual de instruções	21	16%
Tentativa e erro	09	7%
Por observação	02	2%
Curso ou palestra	01	0,8%
Dificuldades no manuseio do aparelho	n	%
Sim	26	20%
Não	102	80%
Quais dificuldades?	n	%
Conferir resultado após cada medida	15	12%
Posicionamento adequado do corpo	14	11%
Checar resultado armazenado	13	10%
Ligar e desligar	03	2%
Outros	00	00%
Estratégias para resolução das dificuldades	n=26	%
Pede auxílio de terceiros	19	73%
Tentativa e erro	03	12%
Lê manual de instruções	03	12%
Outros (nunca teve dificuldade)	01	4%
Desiste de usar o aparelho	00	0%
Compreensão dos resultados	n	%
Sim	118	92%
Não	10	8%
Grau de confiança no aparelho (de 0 a 10)	n	%
Grau de confiança 10	34	27%
Grau de confiança 09	19	15%
Grau de confiança 08	35	27%
Grau de confiança 07	22	17%
Grau de confiança 06	01	0,8%
Grau de confiança 05	11	9%
Abaixo de 05	06	5%

Observação: Foi possível assinalar mais de uma alternativa como resposta na questão relacionada às dificuldades no uso do aparelho.

No total, 128 idosos possuem o aferidor de pressão arterial no domicílio, sendo que 95 fazem uso do aparelho de pulso (74%) e 33 do aparelho de braço (26%). Isto provavelmente porque os dispositivos de pulso são mais compactos, de mais simples colocação no seguimento corporal e por apresentarem preços de mercado mais acessíveis, apesar de menos confiáveis de acordo com as análises e aprovações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

Dentre as principais dificuldades para o uso destacam-se conferir os resultados após cada medida e o posicionamento adequado do corpo. Diante disto, a estratégia utilizada pelos idosos é a de pedir o auxílio de terceiros, seguida por tentativa e erro.

Dentre os usuários, 19 não se consideram capazes de utilizar o aparelho com independência e 10 relatam precisar da ajuda de outra pessoa para compreender os resultados.

Quanto ao grau de confiança, em uma escala de 0 a 10, 69% dos participantes referem confiar 8 ou mais na eficácia do dispositivo, o que mostra que entre os dois aparelhos, o glicosímetro é visto como mais confiável por seus usuários.

6. DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional e o consequente aumento da prevalência de doenças crônicas no Brasil nos colocam diante do desafio de alocar recursos que supram as atuais demandas em saúde nas áreas da promoção, prevenção e tratamento.

Dos 150 participantes, 146 relatam possuir uma ou mais doença crônica, o que representa 97% da amostra. Dentre as doenças prevalentes destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (75%) e o Diabetes mellitus (DM) (41%), por vezes referidas como condições associadas entre os participantes (31%). Tais doenças requerem acompanhamento longitudinal e ações integradas entre o serviço de saúde e um sujeito consciente e bem informado para o manejo adequado de sua condição.

A hipertensão arterial e o diabetes são condições comumente associadas. Estudos epidemiológicos estimam que até 2030 o Brasil seja o oitavo país em número de pessoas diabéticas no mundo, sendo que a hipertensão tem sua prevalência aumentada em dobro entre os diabéticos e acrescida conforme o aumento da idade (FREITAS; GARCIA, 2012). Segundo dados do DATASUS, em 2015 foram contabilizados aproximadamente 506.114 brasileiros diabéticos e hipertensos, com maior concentração no Estado de São Paulo (79.047) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Assim como a HAS e o DM, as demais doenças crônicas também necessitam de seguimento continuado e vigilante e, diante disso, o paradigma do cuidado vem sendo continuamente modificado no âmbito da criação de novas políticas e estratégias para um acompanhamento mais eficiente. Uma das facetas destas mudanças é a possibilidade do monitoramento domiciliar da saúde.

Atualmente é possível monitorar a saúde no domicílio através de uma gama de dispositivos portáteis e digitais que permite ao sujeito participar de maneira autônoma de seu processo de saúde/doença em uma espécie de (co) responsabilização da gestão da saúde. Faz-se necessário, portanto, desenvolver estratégias que viabilizem o autocuidado orientado, possibilitando a reinvenção de um modelo integrado e partilhado de cuidado à saúde (SANTANA et al., 2014).

A possibilidade de monitoramento da própria doença permite ao sujeito um maior controle sobre sua vida e seu comportamento, com autonomia na gestão do tratamento e capacidade para fazer escolhas diante dos recursos disponíveis (LOPES, 2015). O sujeito que

se engaja no cuidado da própria saúde é um sujeito que assume o protagonismo, adere melhor ao tratamento e afeta aos que estão no seu entorno às ações de cuidado. Para que isto seja possível, as relações entre profissional de saúde-paciente precisam ser reinventadas cotidianamente, de modo que haja uma comunicação aberta e um trabalho colaborativo entre eles, cada qual com sua contribuição igualmente importante (LOPES, 2015).

É possível notar que as decisões tomadas de imediato entre os usuários do glicosímetro e do aferidor de pressão arterial são semelhantes, com destaque principalmente para a procura de ajuda médica, administração do medicamento prescrito e opções alternativas de tratamento. Deve-se considerar um possível viés do estudo com relação à escolha dos participantes em procurar por ajuda médica de imediato por isto ser de alguma maneira considerada uma alternativa “politicamente correta” e não o que de fato pode acontecer no cotidiano.

Ressalta-se que o imediatismo faz com que os sujeitos tendam a tomar decisões diversificadas no gerenciamento domiciliar da saúde, principalmente considerando os recursos disponíveis para uma intervenção imediata e a experiência prévia com a doença. O sujeito que já precisou gerenciar um problema semelhante anteriormente adquire um conjunto de habilidades para lidar com a situação em uma segunda ocorrência, aumentando sua percepção de capacidade e autonomia para administrar a condição.

Decidir sobre a própria saúde pode ser uma tarefa complicada, sobretudo para os idosos, que podem apresentar um quadro clínico bastante complexo. As manifestações fisiológicas do processo de envelhecimento e a maior prevalência de doenças crônicas na velhice faz com que os idosos sejam a parcela da população que mais consome medicamentos, muitas vezes fazendo uso de polifarmácia (SECOLI, 2010). O gerenciamento destes fármacos pode ser complexo, além da possibilidade de haver interação medicamentosa, o que influencia no desempenho do sujeito por interferências relacionadas à atenção, memória, sonolência, entre outros. Além disso, é comum que haja a necessidade de se gerenciar um quadro de consultas e retornos médicos de diversas especialidades em diferentes dias. Este cenário vai minando a autonomia do idoso no âmbito das ações de cuidado baseado na alta complexidade de sua saúde.

Tomar decisões exige que o sujeito esteja apto a fazer o reconhecimento das alterações, que podem ser objetivas via resultados dos aparelhos de monitoramento ou via identificação dos sintomas, além das alternativas disponíveis em busca daquela que traga maior benefício. Neste estudo, por exemplo, a maioria dos idosos decide sobre sua saúde no

próprio domicílio através de alternativas mais rápidas e fáceis de intervenção, possivelmente levando em consideração a dificuldade em se conseguir pronto atendimento no serviço de saúde ou pela facilidade em não precisar sair de casa. Dá-se um jeito então, baseado em experiências anteriores, de se resolver o problema brevemente. É interessante observar que a decisão imediata em saúde não é preponderantemente nem mesmo procurar a ajuda de um farmacêutico. Porém, para mais de 90% deles, não é aceitável que não se procure ajuda profissional em casos de persistência de sintomas. Portanto, eles decidem no domicílio sobre a própria saúde até determinado ponto e depois mudam suas estratégias para o que consideram mais benéfico para si.

A possibilidade do monitoramento domiciliar é um recurso importante no controle e prevenção de agravos desde que o sujeito, tomador de decisão, esteja bem orientado e amparado pelos recursos necessários para a manutenção de sua segurança e bem-estar. Talvez a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, em caráter geográfico ou funcional, possa interferir diretamente na tomada de decisão, pois faz com que o sujeito procure por alternativas possíveis de serem realizadas no próprio domicílio.

Neste cenário, o acesso ao serviço de saúde tem sido amplamente discutido no Brasil no âmbito dos desafios que seus usuários enfrentam, como as longas filas de espera para agendamento de consultas e atendimento (ASSIS; JESUS, 2012). Soma-se a isto o fato dos sujeitos geralmente procurarem os serviços diante de uma condição agudizada de saúde, o que é incompatível com o que é preconizado pelas políticas de enfrentamento das doenças crônicas que recomendam um acompanhamento longitudinal e contínuo.

Monitorar a saúde no domicílio também implica no deslocamento da referência do profissional como o detentor do conhecimento sobre a doença e inclui o sujeito nesta partilha de responsabilidade. Isto requer informação e treinamento uma vez que o sujeito bem informado poderá tomar melhores decisões e de fato ser um copartícipe responsável, o que pode ter um impacto importante no controle das doenças crônicas e também aponta para uma vida longa e com maior qualidade.

Diante disto, o processo de formação dos cursos em saúde precisará cada vez mais considerar que todas as categorias profissionais são de alguma maneira, responsáveis por oferecer suporte e informação de qualidade a seus pacientes, uma vez que cresce cotidianamente o número de pessoas que monitoram e decidem sobre sua saúde no domicílio.

No Brasil, a educação em saúde é desenvolvida principalmente pela rede de Atenção Básica e muito já tem sido feito, como é o caso da criação de espaços saudáveis para a prática

de exercício físico regular, incentivo à alimentação saudável, prevenção ao uso de tabaco e álcool, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Por ser um país de grande extensão territorial, estes esforços ainda se mostram desiguais entre as regiões, mas estamos caminhando rumo a uma atenção em saúde mais integral.

Com a mudança gradativa das ações espera-se que o sujeito seja capaz de gerir as dificuldades de um tratamento contínuo, assumindo assim o papel de tomador de decisão, admitindo-se que são os “pacientes” quem de fato irão se responsabilizar pelo cuidado da doença no dia a dia (LOPES, 2015).

Neste cenário a condição de ser idoso explicita um desafio a ser superado, já que estes estão em pleno processo de “desempoderamento”, uma vez que são tratados como ultrapassados e sem conhecimento, o que pode confrontar as decisões que tomam acerca deles mesmos. Geralmente as orientações em saúde são repassadas aos filhos e netos, desprovendo o idoso da oportunidade de ser o protagonista de seu tratamento.

Aos profissionais de saúde cabe o papel de facilitador educacional através do investimento em uma formação que aponte para a mudança de atitude e comportamento visando o ajuste da demanda de acordo com os recursos disponíveis e o contexto de vida do sujeito atendido, auxiliando na determinação de um plano de cuidado mais apropriado (LOPES, 2015).

A tomada de decisão compartilhada em saúde garante a adequação do cuidado incluindo a expansão do conhecimento no âmbito das opções de tratamento, encorajando uma participação mais ativa do paciente e permitindo maior satisfação para o engajamento nas atividades de autocuidado. Apesar disto, os sujeitos ainda são menos informados e envolvidos no processo de decisão do que precisariam ou gostariam de ser. Esta realidade precisa ser modificada considerando que um paciente bem informado é capaz de tomar decisões mais realistas e ponderadas, o que irá refletir diretamente na qualidade de vida e no funcionamento do serviço de saúde como um todo (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2016; LEE; EMANUEL, 2013).

6.1. Tomada de decisão em saúde de acordo com o sexo, escolaridade e renda

A saúde não pode ser compreendida apenas pelo aspecto biológico de ausência de doença, pois isto seria insuficiente para abarcar sua complexidade. É preciso também levar em

consideração os determinantes sociais que combinados entre si irão refletir nas condições e qualidade de vida dos sujeitos, tais como educação, trabalho, habitação e renda (REIS, 2005). De maneira geral, as condições de vida têm melhorado progressivamente, sobretudo com vistas aos avanços políticos, sociais e econômicos advindos com a revolução científica, médica e tecnológica (BUSS, 2000).

Pode-se dizer que o comportamento humano se difere por uma série de fatores, tais como cultura, crença, acesso aos recursos relacionados à educação, alimentação e lazer, entre outros. No âmbito da saúde, estudos sugerem que as atitudes com relação às ações de cuidado também são diferentes entre homens e mulheres (BRITO; CAMARGO, 2011). De maneira geral, as mulheres vivem mais por apresentarem hábitos de vida mais saudáveis e menos comportamentos de risco, como por exemplo, o uso abusivo de álcool e tabaco, além de procurarem com mais frequência os serviços de saúde (ALVES et al., 2011).

Além disso, existe um aspecto cultural relevante em que o cuidado é visto como uma prática feminina, fazendo com que a representação social da masculinidade atue diretamente na maneira como os homens irão se comportar perante sua condição de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Apesar disto, os dados do estudo mostram que a maioria dos homens que faz o monitoramento da glicemia no domicílio tende a procurar por ajuda médica tanto de imediato quanto em médio prazo ao se depararem com resultados alterados, diferentemente das mulheres que em sua maioria realiza a administração da medicação prescrita e a procura por opções alternativas de tratamento em um primeiro momento.

Já quanto ao monitoramento domiciliar da pressão arterial, não foi possível notar diferenças na tomada de decisão entre homens e mulheres, com tendência maior para a procura de ajuda médica, administração do medicamento prescrito e opções alternativas de tratamento em ambos os sexos. Em médio prazo, há a prevalência pela procura de ajuda médica. Neste ponto, é preciso atentar para as peculiaridades da doença em questão.

A hipertensão arterial é uma doença que dela pode se desenvolver condições incapacitantes e permanentes, como é o caso do Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou o infarto agudo do miocárdio, principalmente se associada a outras condições, tais como colesterol elevado, diabetes, etc. (COLETA, 2010). Isto exige um imediatismo na decisão em casos de alterações dos níveis de normalidade, como a administração do medicamento prescrito e a procura por ajuda médica, no intuito de diminuir os riscos. Assim, a ameaça que os resultados alterados podem representar coloca os idosos em situação de ação imediata

principalmente pela eminência de sequela permanente ou mesmo ameaça de morte. Isso é de extrema preocupação para os indivíduos que veem a sua capacidade funcional sendo diminuída com o processo de envelhecimento.

Apesar de habitualmente as mulheres serem consideradas como as que cuidam melhor da saúde, os resultados sobre o comportamento dos homens no cuidado à saúde foram diferentes na amostra e, no caso do monitoramento da pressão arterial, o gênero não mostrou influência na atitude dos participantes.

Estudos mostram que quando são jovens adultos, os homens tendem a procurar menos o serviço de saúde, principalmente pela falta de acessibilidade com relação ao horário de funcionamento (coincidindo com o período da atividade de trabalho), a procura por ajuda profissional apenas após agravamento do quadro e pela falta de incentivo e desenvolvimento de ações em saúde voltadas para o seguimento masculino (FIOCRUZ, 2008).

O aumento da procura por ajuda médica por homens idosos talvez possa ser explicada pela mudança na percepção de importância do cuidado à saúde na velhice e por esta estar culturalmente associada à fragilidade e maior disposição para o desenvolvimento de doenças e incapacidades, assumindo assim a necessidade de um acompanhamento mais adequado de sua condição. Deve-se salientar que a capacidade para gerenciar corretamente a saúde está diretamente relacionada à manutenção da independência até em idades avançadas e, por isto, é importante que os idosos desenvolvam habilidades para o autocuidado, independente do sexo.

O fato dos homens conviverem com mulheres cada vez mais atualizadas sobre como cuidar da saúde também pode de alguma forma estar influenciando o comportamento deles, muito embora não haja estudos ou demonstração nos resultados desta pesquisa.

Não menos importante, devemos considerar que a facilidade de acesso às informações através da TV e internet, aliada à possibilidade de comunicação rápida e maior investimento nas ações educativas para a prevenção e controle das condições crônicas são fatores que contribuem para a mudança no comportamento dos sujeitos (homens e mulheres) e dão base para a tomada de decisão em saúde.

A vivência do envelhecimento pode modificar a visão de que o cuidado à saúde é uma prática feminina, admitindo-se que ela é necessária para que se viva mais e com qualidade. Assim, com a chegada da velhice e o advento da aposentadoria, homens e mulheres adquirem tempo para se engajarem em novas atividades, inclusive aquelas relacionadas aos cuidados à saúde.

Além do sexo, a relação entre o grau de escolaridade e as ações de cuidado em saúde vem sendo estudada. Segundo Stopa et al. (2014), quanto maior o nível educacional, melhores são os hábitos de vida e menor a prevalência de doenças em geral. Isto porque a educação possibilita maior acesso à informação de qualidade e aos recursos necessários para a prevenção e tratamento destas condições. Diante disto, espera-se que o comportamento e a tomada de decisão em saúde também sejam distintos de acordo com os anos de estudos.

Os dados da pesquisa mostram que há uma tendência entre os idosos diabéticos e hipertensos de maior escolaridade (seis anos de estudos ou mais) em optar por atitudes mais consonantes com a prescrição médica, como é o caso da procura por ajuda profissional e a administração do medicamento prescrito, enquanto que entre os idosos de baixa escolaridade destacam-se as opções alternativas de tratamento. Isto pode estar diretamente relacionado ao maior conhecimento sobre a própria doença, melhor acesso aos recursos da comunidade e, consequentemente, maior motivação para o autocuidado. Em médio prazo, independente da escolaridade, os idosos tendem a tomar a mesma decisão (procurar por ajuda profissional).

Porém, esta é uma variável que não deve ser analisada isoladamente, devendo-se considerar os fatores relacionados aos hábitos de vida, por exemplo. As diferenças na tomada de decisão em saúde requer a compreensão de seus determinantes biológicos e sociais como um todo. O grau de escolaridade também se relaciona ao comportamento do sujeito no cotidiano e a capacidade de resolver problemas no âmbito saúde-doença (SOUZA, 2012) e, por isso, o manejo das condições crônicas se difere entre os indivíduos.

Segundo Rodrigues et al (2012), a baixa escolaridade contribui para a não adesão ao tratamento terapêutico, principalmente pela dificuldade em compreender a complexidade da doença e da intervenção necessária. Diante disto, esta se torna uma importante variável a ser considerada durante a formulação das ações educativas, com vistas a abarcar toda a população atendida pelos serviços de saúde públicos, que predominantemente possuem pouco estudo.

Assim como o nível educacional, a renda também pode influenciar o comportamento dos sujeitos diante das ações de cuidado à saúde, pois se relaciona à oportunidade de acesso a recursos importantes para minimizar os efeitos das doenças (LOURENÇO, 2012), tais como a possibilidade de manter uma alimentação balanceada, compra de medicamentos e insumos para prevenção e controle das condições crônicas, maior facilidade de acesso ao serviço de saúde, entre outros.

Apesar disto, entre os usuários do glicosímetro a renda não se mostrou como um fator determinante para a tomada de decisão em saúde. Isto pode estar diretamente relacionado ao

investimento crescente em ações educativas aos pacientes diabéticos, facilitação do acesso aos dispositivos de monitoramento, maior controle por parte dos serviços de saúde quanto aos dados do gerenciamento domiciliar e envolvimento direto dos sujeitos no próprio tratamento.

Quanto aos usuários do aferidor de pressão arterial os dados apontam que quanto maior a renda mais os idosos tendem a procurar por ajuda profissional de imediato, provavelmente considerando a maior facilidade de acesso aos serviços de pronto atendimento advindos do pagamento de plano de saúde suplementar, enquanto que idosos de renda inferior tendem a buscar por soluções dentro do próprio domicílio.

Conforme discutido anteriormente, os fatores sociais são determinantes de saúde, pois perpassam o desenvolvimento de habilidades e o acesso aos recursos disponíveis na comunidade para um manejo adequado das condições de saúde e de vida (LOURENÇO, 2012). Estes aspectos precisam ser considerados para que haja um alinhamento entre as políticas públicas, a prática profissional e a realidade de cada grupo atendido.

6.2. Percepção dos idosos quanto o monitoramento da saúde no domicílio

De acordo com os dados a maioria dos idosos prefere ter a saúde monitorada em casa e buscar ajuda profissional caso decidam que isto é necessário. Isto porque percebe a praticidade por não precisar sair de casa, a obtenção rápida de resultados e a possibilidade de controle contínuo da doença, contrariando a ideia de que os idosos sentem-se inseguros para decidir sobre a própria saúde e preferem que um profissional o faça. Além disso, o dado reforça que as percepções de responsabilidade quanto à própria saúde estão sendo compreendidas de maneira distintas ao que era preconizado anteriormente. As pessoas, sobretudo os idosos, estão tomando conta de si e das consequências de suas decisões em saúde.

Dentro deste contexto destacam-se as mudanças na rotina em busca de um envelhecimento mais saudável. Segundo os dados, a mudança mais comum entre os idosos diabéticos e hipertensos é a de hábitos alimentares e, segundo a escala Likert, mais de 90% dos entrevistados concordam totalmente que para se garantir uma boa saúde é preciso mudar os hábitos de vida.

As mudanças de comportamento podem ser realmente complexas, principalmente na velhice, pois interferem diretamente na rotina de pessoas que por anos conduziram seus hábitos de vida de outra maneira. Além disso, estas mudanças podem ser atravessadas por fatores relacionados à motivação para o autocuidado, percepção da necessidade, percepção de importância, capacidade funcional, acesso aos programas de promoção e prevenção, entre outros.

Não há dúvidas que modificar os hábitos de vida é uma estratégia importante para o controle e prevenção de agravos das condições crônicas, mas isto implica em uma mudança na própria percepção de saúde e doença que o sujeito possui (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003). Além disso, deve-se salientar a necessidade contínua de ações educativas em massa, pois se torna realmente onerosa a mudança individual de comportamento sem o respaldo e a mudança concomitante do ambiente em que se vive (LIMA-COSTA, 2004).

Segundo Veras (2012), ao controlar os fatores de risco através da adoção de hábitos saudáveis é possível ampliar não somente os anos adicionais de vida, mas também a qualidade com que este período será vivido.

Tornar-se responsável pelo monitoramento e a tomada de decisão sobre a própria saúde também requer a habilidade para lidar com as diversas sensações que podem ser despertadas diante de resultados alterados. Neste estudo destacam-se principalmente as sensações de ansiedade, nervosismo e medo.

A preocupação com a manutenção da saúde e a proximidade com a finitude da vida faz com que o idoso fique apreensivo em situações que apontem para um possível desequilíbrio no binômio saúde/doença. A definição de ansiedade é dada por alguns estudiosos como uma tensão que antecipa as situações de perigo quando algo está fora dos padrões comuns, deixando o sujeito em estado de alerta (CASTILLO, et al., 2000).

Neste caso, os idosos sentem-se ansiosos por compreenderem os resultados alterados como uma ameaça à manutenção da capacidade funcional e da vida. Diante disto, é preciso que o sujeito saiba lidar com a situação de maneira orientada para que seja selecionada a alternativa mais benéfica para cada situação.

Apesar da complexidade do gerenciamento domiciliar das condições crônicas os idosos referem sentir-se mais seguros e independentes por poderem monitorar a saúde quando julgarem necessário, o que reforça a ideia de que os olhares e as ações frente ao cuidado de si estão sendo rotineiramente modificadas e merecem maior investimento e atenção.

6.3. Quanto à utilização dos dispositivos de monitoramento à saúde: dificuldades e estratégias para o uso

O avanço tecnológico nos abriu um leque de opções em diversos campos, como no trabalho, na educação, no domicílio e também na saúde, possibilitando o desenvolvimento de equipamentos que facilitaram as ações de cuidado continuado e que diariamente estão sendo incorporados no cotidiano dos sujeitos portadores de doenças crônicas, como é o caso do aferidor de pressão arterial digital e do glicosímetro (SANTANA et al, 2014).

Os idosos, sendo a parcela da população mais propensa a desenvolver este tipo de condição, também têm aderido a estes recursos para o cuidado de si e do outro, o que exige o desenvolvimento de habilidades para o uso correto destas ferramentas.

É sabido que para os idosos pode ser bastante onerosa a tarefa de aprender a manusear com independência estas tecnologias, que geralmente apresentam múltiplas funções, design pouco amigável e linguagem técnica (GOLDMAN, 2007). Isto é compreensível se formos levar em consideração que os idosos estão tendo que acompanhar esta evolução sem ter tido a oportunidade de vivenciar e experimentar tais recursos quando eram jovens adultos (BOUMA, et al., 2007). É preciso, portanto, discutir acerca das ações de instrumentalização que estão sendo oferecidas para o uso o correto dos aparelhos de monitoramento à saúde de acordo com a demanda de cada grupo atendido.

Dentre os usuários do glicosímetro temos que 61% foram instruídos para o uso por um profissional de saúde e, apesar disto, 21% do total não se consideram independentes para realizar a tarefa sozinhos. Suas principais dificuldades estão relacionadas ao uso da lanceta e fita reagente e checar os resultados armazenados.

De fato, o glicosímetro exige diferentes habilidades para que o processo de monitoramento seja cumprido, desde a necessidade de manusear pequenos objetos (fita e lanceta), até compreender os indicadores de tela e puncionar o próprio dedo, tudo isto em um curto espaço de tempo para que a tarefa não seja automaticamente reiniciada.

Estamos falando, portanto, de duas variáveis influentes entre si: as especificidades físicas e funcionais do equipamento e as perdas sensoriais e motoras próprias do envelhecimento, como a diminuição da sensibilidade tátil e da acuidade visual e a lentificação dos movimentos, que podem interferir diretamente no desempenho do idoso em situações

semelhantes a esta. Para driblar tais dificuldades a maioria dos idosos refere pedir a ajuda de terceiros (cônjuge, filhos, vizinhos, etc.) ou por tentativa e erro.

A frequência de uso do dispositivo é bastante variada, tendo sido citados principalmente os períodos de uma vez ao mês, uma vez na semana, de duas a três vezes na semana e diariamente. Isto porque a constância com que o monitoramento da glicemia deve ser realizado irá depender do processo metabólico do sujeito, dos medicamentos anti-hiperglicêmicos utilizados e do grau de controle da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000).

Dentre os usuários do aferidor de pressão arterial temos que 42% foram instruídos por um profissional de saúde e 32% pela ajuda de terceiros. As principais dificuldades estão relacionadas a conferir o resultado após cada medida e ao posicionamento adequado do corpo no ato do monitoramento.

A medida da pressão arterial pode ser influenciada por diversos fatores externos que precisam ser controlados para que se obtenham resultados confiáveis. Assim, orientações quanto à necessidade de local apropriado, evitar a ingestão de determinados alimentos e o posicionamento correto do corpo e do aparelho são essenciais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2015). As estratégias adotadas pelos participantes, assim como os idosos diabéticos, são as de pedir o auxílio de terceiros e tentativa e erro.

Pode-se inferir que o oferecimento de grupos de educação para pacientes e cuidadores poderia suprir de maneira mais consistente as demandas aqui apresentadas. Ressalta-se que não basta ensinar o sujeito em uma única ocasião, pois as dúvidas irão surgir com a prática da técnica no cotidiano e, por isso, a procura por profissionais capacitados para melhor instrução deve ser encorajada.

Em geral os usuários do glicosímetro referem confiar mais em seus aparelhos quando comparados aos usuários do aferidor de pressão arterial. Isto pode estar diretamente relacionado ao fato do primeiro se tratar de um teste invasivo e que disponibiliza seus resultados através de uma pequena amostra de sangue, assemelhando-se mais a exames laboratoriais, enquanto que o aferidor de pressão arterial mostra-se mais suscetível a alterações dos resultados de acordo com a posição do corpo, colocação do aparelho, lado do hemitórax em que a aferição é realizada, entre outros.

A introdução efetiva das novas tecnologias no cotidiano, inclusive as que são voltadas aos cuidados à saúde, é influenciada por diferentes fatores. O Technology Acceptance Model (TAM) é um modelo que foi desenvolvido por Davis e colaboradores (1989) e que afirma que

a aceitação e o uso da tecnologia são determinados pela percepção de facilidade e utilidade, ou seja, o quanto o sujeito percebe que o uso do dispositivo evita esforços e otimiza seu desempenho.

Apesar das dificuldades referidas por alguns idosos do estudo, os dados da Escala Likert mostram que mais de 80% dos usuários percebem as tecnologias de monitoramento à saúde como de fácil compreensão, facilitadoras do cotidiano e que evita a ida ao serviço de saúde sem real necessidade. Esta percepção faz com que os sujeitos incorporem estes equipamentos em seu cotidiano mais facilmente como recurso para um cuidado continuado, o que contribui para uma vida mais independente com relação ao gerenciamento e tomada de decisão em saúde.

6.4. Independência no gerenciamento e na tomada de decisão em saúde na perspectiva da Terapia Ocupacional

O gerenciamento e a manutenção da saúde faz parte das Atividades Instrumentais de Vida Diária que compõe uma das áreas de ocupação humana. De maneira geral, esta tarefa diz respeito à capacidade do sujeito em desenvolver e gerenciar uma rotina voltada para a manutenção da saúde e promoção do bem-estar, tais como alimentação, condicionamento físico, diminuição dos comportamentos de risco e gestão medicamentosa (AOTA, 2015). Por se tratar de uma atividade do cotidiano, a independência para sua realização é de interesse da Terapia Ocupacional (T.O.).

A Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde que estuda e intervém na atividade cotidiana buscando facilitar o fazer humano e promover o máximo de autonomia e independência possível (COFFITO, 2016). Na gerontologia busca-se traçar estratégias que viabilizem a identificação das peculiaridades do envelhecimento e contribua para a promoção da inclusão, participação, independência e cidadania dos idosos (ALMEIDA, FERREIRA, BATISTA, 2011).

Poder gerir e tomar decisões sobre a própria saúde é sem dúvidas uma maneira de exercer autonomia na velhice e deve ser encorajada sempre que realizada de maneira adequada. O sujeito que se responsabiliza pelas atividades de autocuidado se apropria de seu

processo de saúde-doença e toma as rédeas dos seus hábitos de vida visando um envelhecimento com qualidade.

Pensando nas possibilidades de atuação da Terapia Ocupacional para facilitar o gerenciamento e a tomada de decisão em saúde por idosos é possível citar a confecção de organizadores de medicamentos de acordo com a quantidade de fármacos utilizados garantindo assim a administração em horário e posologia corretos, a estruturação da rotina com relação às consultas médicas, retornos e exames, criação de um mapa mínimo de relações pessoais a fim de identificar os possíveis sujeitos que poderiam auxiliar em casos de emergência em saúde, orientação quanto aos recursos oferecidos na comunidade no âmbito da saúde, educação e lazer, orientação quanto aos direitos e políticas públicas desenvolvidas para a pessoa idosa, entre outros.

Diante da realidade atual em saúde do país, sobretudo na prevalência de doenças crônicas na população idosa, é preciso cada vez mais empoderar os sujeitos de sua condição para que de fato assumam o protagonismo do cuidado em nível individual, coletivo e político. Empoderar vai além de viabilizar que o sujeito monitore a própria saúde no domicílio, pois requer engajamento e articulação entre o indivíduo, a comunidade, o serviço de saúde e as políticas públicas.

De acordo com Taddeo et al. (2012, p. 2924):

O empoderamento é um processo educativo destinado a ajudar os pacientes a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessário para assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde. Pacientes mais informados, envolvidos e responsabilizados (empoderados), interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde tentando realizar ações que produzam resultados de saúde.

A capacidade de gerir a própria saúde reflete diretamente no cotidiano do idoso e permite maior autonomia para o cuidado de si e do outro. Deste modo, a criação de estratégias que viabilizem o desempenho adequado desta atividade também deverá ser parte do campo de atuação do terapeuta ocupacional visando a integralidade da atenção e a busca por novas práticas de saúde.

7. CONCLUSÃO

O aumento da expectativa de vida da população brasileira e a consequente prevalência de doenças crônicas nos colocam diante do desafio de desenvolver estratégias que facilitem as ações de promoção, prevenção e tratamento destas condições, principalmente tendo em vista as mudanças nos modelos de cuidado que atualmente convidam os sujeitos a se responsabilizarem mais por sua saúde.

Este estudo permitiu conhecer a tomada de decisão de idosos que monitoram as condições crônicas de saúde no domicílio, o que nos leva a refletir acerca dos aspectos sociais, econômicos e culturais que estão envolvidos neste processo.

De maneira geral, de imediato os idosos tendem em sua maioria a decidir por alternativas que sejam práticas e resolvam os problemas mais prontamente, baseados, sobretudo na necessidade de rapidez e na experiência prévia com a situação. Já em médio prazo há a predominância pela busca de ajuda profissional.

De acordo com os dados, há uma tendência de homens e mulheres tomarem basicamente a mesma decisão quando se deparam com resultados alterados, e, apesar das mulheres serem reconhecidas culturalmente como aquelas que prezam e cuidam melhor da saúde ao longo da vida, não foi possível identificar a influência do sexo no comportamento dos participantes.

Alguma diferença pôde ser notada com relação ao nível de instrução. Os idosos com nível educacional mais elevado tendem em sua maioria a procurar mais pelo serviço de saúde diante de resultados alterados quando comparados aos idosos com ensino inferior, o que indica a necessidade de ações educativas em saúde que abarque os diversos níveis de escolaridade dos idosos atendidos nos serviços para que haja uma sensibilização da importância do cuidado e da informação de qualidade.

Apesar do modelo de atenção à saúde ainda ser essencialmente verticalizado, onde o conhecimento e as instruções passam do profissional de saúde para o paciente, hoje os sujeitos são capazes de se envolver mais ativamente no cuidado de suas condições clínicas através do monitoramento domiciliar e, segundo os idosos, esta possibilidade garante maior independência e facilita as ações de cuidado no cotidiano.

Apesar de uma percepção basicamente positiva quanto ao gerenciamento domiciliar da saúde, alguns idosos referem dificuldade para utilizar de maneira independente os dispositivos de monitoramento, sendo que a instrumentalização deficitária para o uso irá refletir nas

demais esferas do cuidado, pois é ela quem dará base para a tomada de decisão em saúde. Reconhecemos que pode ser substancialmente complexa a tarefa de manusear equipamentos digitais, sobretudo para os idosos, e, por isto, investimentos na área da instrumentalização são essenciais para se garantir um acompanhamento da saúde mais adequado.

Sugere-se para as pesquisas futuras sobre o tema que se possa abranger um número maior de participantes, incluindo também idosos da área rural, além de monitorar variáveis importantes como os hábitos de vida, tempo de doença, entre outros, visando melhor compreensão de como se tem dado o fenômeno das mudanças das ações e responsabilização pelo autocuidado na velhice.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹

ALFONSO, L.M.; AGRAMONTE, M.S.; VEA, H.D.B. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico em pacientes hipertensos. **Rev Cubana Méd Gen Integr**, v. 19, n. 2, 2003.

ALMEIDA, O. P; ALMEIDA, S. A.; Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr**., v. 57, s/n, p. 421-426, 1999.

ALMEIDA, M. H. M.; FERREIRA, A. B.; BATISTA, M. P. P. Formação do terapeuta ocupacional em gerontologia: contribuições de docentes de cursos de graduação em terapia ocupacional no Brasil. **Rev. Ter. Ocup. Univ**. v. 22, n. 3, p. 289-297, 2011.

ALVES, R.F.; SILVA, R. P.; ERNESTO, M. V.; LIMA, A.G.B.; SOUZA, F. M. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 13, n. 3, p. 152-166, 2011.

AOTA. American Occupational Therapy Association. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo 3ª ed. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v. 26, s/n, p. 1-49, 2015.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. Shared Decision Making. Disponível em: <http://www.safetyandquality.gov.au/our-work/shared-decision-making/> Acesso em: 25 de fevereiro de 2016.

BAHIA, L. R.; ARAUJO, D.V; SCHAAN, B.D; DIB, S. A.; NEGRATO, C.A.; LEÃO, M.P.S.; RAMOS, A. J. S.; FORTI, A. C.; GOMES, M. B.; FOSS, M. C.; MONTEIRO, R. A.; SARTORELLI, D.; FRANCO, L. J. The Costs of Type 2 Diabetes Mellitus Outpatient Care in the Brazilian Public Health System. *Value in Health*, v. 14, p. 137-140, 2014.

BARROS, R. H.; JUNIOR, E. P. G.; Por uma história do velho ou do envelhecimento no Brasil. **CES Revista**, v. 27, n.1, p. 75-92, 2013.

BERTOLUCCI, P. H. et al. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

BOUMA, H. Professional ethics in gerontechnology: A pragmatic approach. **Gerontechnology**, v. 9, n. 4, p. 429 – 432, 2010.

BOUMA, H.; FOZARD, J.L.; BOUWHUIS, D.G.; TAIPALE, V.T. Gerontechnology in perspective. **Gerontechnology**. v. 6, n. 4, p. 190-216, 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 2011. Disponível em: http://www.sbn.org.br/noticias/acoes_estrategicas.pdf. Acesso em 06 de março de 14.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583_10_10_2007.html. Acesso em: 21 de janeiro de 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Farmácia Popular do Brasil. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/11-farmacia-popular/18008-programa-farmacia-popular-do-brasil>. Acesso em 06 de outubro de 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. DATASUS. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/hiperelhhiperrisco.asp>. Acesso em 20 de dezembro de 2015.

BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Temas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 283 – 303, 2011.

BRITO, T. A.; FERNANDES, M. H.; COQUEIRO, R. S.; JESUS, C. S. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, p. 43-51, 2013.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOLINA, A. G.; ADAMI, F.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M. L. A transição de saúde

e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, 2013.

CASTILLO, A. R. G. L. et al . Transtornos de ansiedade. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo , v. 22, supl. 2, p. 20-23, Dec. 2000.

CELICH, K. L. S.; **Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos da terceira idade**. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Rio Grande do Sul, 2008.

COLETA, M. F.D. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 18, n.1-2, p. 69-78, 2010.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Formação Acadêmica do Terapeuta Ocupacional. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/site/index.php/terapia-ocupacional.html> Acesso em: 25 de fevereiro de 2016.

COSTA, M. B.; CASTRO, A. P. A. Abordagem interdisciplinar no tratamento do diabetes mellitus tipo 2: da teoria à prática. **Extramuros. Revista de Extensão da Univasf**, v. 1, n. 2, p. 30-37, 2014.

DANIELETTO, C. F.; CORDEIRO, R. F.; IWAKI, L. C. V.; IWAKI FILHO, L.; FARAH, G. J. Análise Comparativa entre Aparelhos de Pressão Arterial (Digital e Aneróide) e entre Glicosímetros de Diferentes Marcas na Detecção de Pacientes Hipertensos e Diabéticos. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2011.

DAVIS, F. D.; BAGOZZI, R.P.; WARSHAW, P.R. User acceptance of computer technology: a comparison of two theoretical models. **Management Science**, Hanover, v. 35, n. 08, p. 982-1002, 1989.

DRUMOND, C. H.; BORGES, N. L.; MACHADO, C. H.; HORTA, P. M. Transição demográfica e atenção à saúde da pessoa idosa no âmbito da atenção primária à saúde: um estudo de revisão sobre o cenário brasileiro. **Rev. APS**. v. 16, n. 3, p. 320-327, 2013.

FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Os homens cuidam pouco da saúde. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/74/reportagens/%E2%80%99Cos-homens-cuidam-pouco-da-saude%E2%80%99D>. Acesso em: 03 de dezembro de 2015.

FOLSTEIN et al. Mini Mental State. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, s/n, p. 196-198, 1975.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolution of prevalence of diabetes and associated hypertension in Brazil: analysis of National Household Sample Survey, 1998, 2003 and 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 1, 2012.

GARIBA, C. M. S. **Tomada de decisão: uma abordagem utilizando a linguagem corporal da dança e a gestão do conhecimento** / (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

GOLDMAN, S. N. Envelhecimento e inclusão digital. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Cap. 159, p. 1466-1472.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p.565-574, 2007.

GONÇALVES, V. C.; ANDRADE, K. L.; Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 13, n. 2, p. 289-299, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico 2010. Primeiros resultados definitivos do Censo 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?busca=1&idnoticia=1866&t=primeiros-resultados-definitivos-censo-2010-populacao-brasil-190-755-799-essoas&view=noticia>. Acesso em: 16 de julho de 2014.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Envelhecimento Populacional e os Desafios para Sistema de Saúde Brasileiro, São Paulo: IESS [org], p. 01-110, 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA, Tendências demográficas mostradas pela PNAD 2011, n. 157, 2012.

ISER, B.P.M.; STOPA, S.R.; CHUEIRI, P.S.; SZWARCOWALD, C.L.; MALTA, D.C.; MONTEIRO, H.O.C.; DUNCAN, B.B.; SCHIMIDT, M.I. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.24, n.2, p. 305-314, 2015.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e

novos desafios. **Soc. Estado**, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.

LARANJEIRA, C. A. "Velhos são os Trapos": do positivismo clássico à nova era. **Saude soc.** V. 19, n. 4, p. 763- 770, 2010.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: Self- aintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LEE, E.O.; EMANUEL, E.J. Shared Decision Making to Improve Care and Reduce Costs. **The New England Journal of Medicine**, 2013. DOI: 10.1056/NEJMp1209500.

LIMA, A. M. M; SILVA, H. S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface**, v.12, n.27, p. 795- 807, 2008.

LIMA-COSTA, M. F. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens?: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 13, n. 4, p. 201-208, 2004 .

LOPES, A. A. F. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes 1. **Saúde Soc.**, v.24, n.2, p.486-500, 2015.

LOURENÇO, L. M. P. A influência da pobreza no estado de saúde da população idosa de paredes de Coura. (Dissertação). – Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, 2012.

MEDEIROS, A. R. C.; ARAÚJO, Y. B.; VIANNA, R. P.T.; MORAES, R. M. Modelo de suporte à decisão aplicado à identificação de indivíduos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo. **Saúde Debate**, v. 38, n. 100, p. 104-118, 2014.

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014.

MENEZES, T. N.; SOUSA, N. D. S.; MOREIRA, A. S.; PEDRAZA, D. F. Diabetes mellitus referido e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande, Paraíba. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 4, p. 829-839, 2014.

MOREIRA, J. O.; FREITAS, A. C. P.; VIEIRA, R. F. Algumas considerações sobre velhice bem-sucedida na perspectiva de professores universitários brasileiros. **Revista de Psicologia**, v. 5 n. 1, p. 21-31, 2014.

MORSCH, P.; MIRANDOLA, A.; BÓS, A. J. G.; O perfil da tomada de decisão do idoso gaúcho. **Revista da SORBI**, Anais do I Congresso Sul-Riograndense de Bioética. v. 1, n. 1, p. 29, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembléia mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125. Viena, 1982.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS -. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS): Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014.

PARADELA, E.M.P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P.; Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 918-23, 2005.

PERES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIO – PNAD. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009 – POF 5 Questionário de trabalho e rendimento individual. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc2622.pdf. Acesso em 17 de Março de 2014.

REIS, E. M. **Os ganhos inconscientes do adoecer: um estudo de caso em psoríase**. (Monografia/ Especialização). Instituto de Ciências de Saúde-FUNORTE. Cocal – RO, 2013.

REIS, E.; LOBLER, M. L. O Processo Decisório Descrito pelo Indivíduo e Representado nos Sistemas de Apoio à Decisão. **RAC**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 397-417, 2012.

REIS, R. S. A influência dos determinantes sociais na saúde da criança. **Libertas**, v.4 e 5, n. especial, p.17 - 42, 2005.

RODRIGUES, F.F.L.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, C.R.S.; GONELA, J.T.; ZANETTI, M.L. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n. 2, p. 284-90, 2012.

SANTANA, C. S. Velhice ou melhor idade? Dilemas éticos. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 98-102, 2012.

SANTANA, C. S.; RAYMUNDO, T. M.; SANTANA, M. P.; SILVA, D. O.; ELUI, V. M. C.; MARQUES, P. M. A. Uso de equipamentos de monitoramento da saúde por idosos no ambiente doméstico. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v. 17, n. 2, p. 383-393, 2014.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **RBPS**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B.B.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M.; CHOR, D.; MENEZES, P.R. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, s/n, p.1949–61, 2011.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.1, p. 136-140, 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO. Programa de Atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis – Hipertensão e Diabetes. Monitoramento da glicemia no diabético. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/chd-monitoramento-glicemia-diabetico.pdf>. Acesso em 10 de novembro de 2015.

SHEIKH JI, YESAVAGE JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. **Clin. Gerontol.**, v. 5, s/n, p. 165-173, 1986.

SILOCCHI, C. **A prática das equipes de atenção primária no cuidado longitudinal de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.** (Dissertação/Mestrado). Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, 2014.

SILVA, G. V.; ORTEGA, K. C.; MION JR. Monitorização residencial da pressão arterial (MRPA). **Rev Bras Hipertens.** v. 15, n. 4, p. 215-219, 2008.

SILVA, I. M. C.; ANDRADE, K. L. Avaliação da qualidade de vida de idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria da região nordeste do Brasil. **Rev Bras Clin Med.** v. 11, n. 2, p. 129-34, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** v. 95, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, s/n, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014-2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diagnóstico e classificação do Diabetes mellitus e tratamento do Diabetes mellitus tipo 2. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consenso_bras_diabetes.pdf Acesso em: 25 de fevereiro de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Como medir a pressão arterial. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/pressao.asp>. Acesso em 03 de dezembro de 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Monitores de pressão arterial. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/monitores.asp>. Acesso em 07 de Julho de 2015.

SOUZA, D. E. **Determinação Social da Saúde: Associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida**. 2012. 116 f. (Tese/Doutorado). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012.

STOPA, S. R.; CÉSAR, C. L. G.; SEGRI, N. J.; GOLDBAUM, M.; GUIMARÃES, V. M. V.; ALVES, M. C. G. P.; BARROS, M. B. A. Diabetes autorreferido em idosos: comparação das prevalências e medidas de controle. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 554-562, 2014.

TADDEO, P. S.; GOMES, K. W. L.; CAPRARA, A.; GOMES, A. M. A.; OLIVEIRA, G. C.; MOREIRA, T. M. M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

TEIXEIRA, M. BARROS. **Empoderamento de idosos em grupos de Promoção da Saúde**. (Dissertação/mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2002.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VERAS, R. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde. **Revista USP**, n.51, p. 72-85, 2001.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** V. 14, n. 4, p. 779-786, 2011.

VERAS, R. P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos.

Rev Saúde Pública, v. 46, n. 6, p. 929-34, 2012.

WAGNER, G. P.; PARENTE, M. A. M. P.; O Desempenho de Idosos quanto a Tomada de Decisão em Duas Variações do Iowa Gambling Test. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25 n. 3, pp. 425-433, 2009.

YESAVAGE, J. A.; BRINK, T. L.; ROSE, T. L.; LUM, O.; HUANG, V.; ADEY, M.; LEIRER, V. O.; Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiatr Res.**, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

YONEDA, E. P.; SOUZA, S. C. A. L.; ZUCCHI, P. Introdução do glicosímetro como ferramenta de automonitoramento glicêmico aos pacientes em tratamento com insulina do município de Santos. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 16, n. 1, p. 15 - 18, 2014.

ANEXOS

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tomada de decisão no auto monitoramento da saúde por idosos

Pesquisador: Marina Soares Bernardes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32325414.9.0000.5440

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 737.032

Data da Relatoria: 31/07/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de MARINA SOARES BERNARDES, Programa de Pós-Graduação Interunidades Bioengenharia - Escola de Engenharia de São Carlos / Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / Instituto de Química de São Carlos da Universidade de São Paulo, sob orientação da Prof. Dra. Carla da Silva Santana.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a tomada de decisão de idosos frente aos resultados obtidos por dispositivos eletrônicos de auto monitoramento à saúde em ambiente doméstico e como isto interfere no sistema de saúde:

Objetivo Secundário:

- Identificar os aspectos que interferem na tomada de decisão do idoso no que diz respeito ao gênero, escolaridade, idade, renda, cognição, etc.; -Identificar os aspectos relacionados ao uso dos dispositivos tecnológicos que interferem na tomada de decisão, como: frequência de uso, instrumentalização, dificuldades e estratégias para resolução dos problemas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos de quebra de privacidade e confidencialidade, bem como a possibilidade de danos à integridade moral/psíquica do sujeito participante do estudo são considerados mínimos ou

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

Continuação do Parecer: 737.032

improváveis. Caso seja identificado qualquer desconforto em relação aos sujeitos, a pesquisadora é qualificada para identificar tal situação e sugerir acompanhamento de Terapia Ocupacional em Gerontologia visando apoio profissional adequado ao caso. Os dados coletados serão seguramente armazenados em computador pessoal do pesquisador de maneira que as informações obtidas não sejam correlacionadas com o pesquisado, através da abreviação do nome do sujeito, preservando o seu anonimato. Benefícios: Não haverá benefícios diretos ao voluntário da pesquisa, mas indiretamente pode-se contribuir com a evolução dos estudos na Geriatria e com a atuação clínica dos profissionais envolvidos na área, colaborando com o desenvolvimento de novos modelos de cuidado e atenção à saúde da pessoa idosa, bem como melhorias no sistema de assistência à saúde no Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A amostra será composta por 500 sujeitos, brasileiros, com idade igual ou superior a 60 anos, residindo sozinhos ou não, além de variadas classes econômica, estado civil e nível de escolaridade. Critérios de Inclusão: indivíduos com idade superior a 60 anos; residentes na cidade de Ribeirão Preto e região; de qualquer estado civil, escolaridade e classe socioeconômica; sem disfunção cognitiva e/ou diagnóstico de depressão relatado; sem alterações visuais e auditivas não corrigidas; portadores de doença crônica como Hipertensão e/ou Diabetes e que façam uso de dispositivos tecnológicos para o auto monitoramento da saúde em ambiente doméstico. Caso sejam detectados declínio cognitivo e sintomas depressivos nos participantes durante a aplicação dos testes da pesquisa, os dados serão analisados separadamente, em subgrupos, para possível comparação. Destaca-se que nestas circunstâncias o idoso e/ou familiar responsável será orientado a buscar a especialidade médica e auxílio em serviços especializados no atendimento ao idoso, resguardando todo o cuidado que este delicado momento exige, explicitando a importância de procurar ajuda para garantir o bom desempenho ocupacional nas diferentes atividades cotidianas (tal encaminhamento será feito pela orientadora do estudo). Critérios de exclusão: Indivíduos que

Continuação do Parecer: 737.032

apresentem disfunção cognitiva e diagnóstico de depressão previamente relatado e em tratamento; que apresentem disfunções sensoriais não corrigidas; ou os que não fizerem uso de dispositivos de auto monitoramento da saúde estarão excluídos do estudo. Local de coleta de dados: Projetos voltados para a terceira idade na cidade de Ribeirão Preto/SP, os quais acontecem no Espaço de Cultura e Extensão Universitária – ECEU da Universidade de São Paulo. No entanto, outros idosos abordados diretamente e sem lugar específico também poderão fazer parte do estudo. A pesquisadora responsável dispõe de local adequado e privado para a coleta de dados, que será realizada em uma sala cedida pelo ECEU. A coleta foi autorizada pela responsável do local e sua assinatura consta no documento enviado à Unidade de Pesquisa Clínica (UPC) do Hospital das

Clínicas de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Os dados serão coletados no projeto em que o voluntário participa e em horário que o idoso já frequenta o espaço, evitando que haja gastos extras com transporte e alimentação pela participação no estudo.

Recrutamento de sujeitos: A abordagem para recrutamento dos potenciais sujeitos será direta, em forma de convite e o método será feito por busca ativa em projetos para a terceira idade e por anúncio (cartazes em locais estratégicos para a realização do convite) podendo, portanto, participar qualquer idoso que se enquadre nos critérios de inclusão. Os voluntários serão convidados pessoalmente pelo pesquisador, quando também lhes serão apresentados os objetivos e a metodologia da pesquisa. Se o voluntário se encaixar nos critérios de inclusão e aceitar participar do estudo, será apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde consta a metodologia da pesquisa e seus objetivos

Continuação do Parecer: 737.032

(ANEXO I). O voluntário e o pesquisador responsável terão uma cópia de cada TCLE assinados. Após a assinatura, a coleta de dados será agendada segundo a disponibilidade do sujeito, sem com isto interferir nas atividades cotidianas, trabalhistas e/ou pessoais do mesmo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados: Projeto de pesquisa, TCLE versão 2 de 24 de Julho de 2014 e cartaz de recrutamento.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 2 de 24 de Julho de 2014 e o Cartaz de recrutamento, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Continuação do Parecer: 737.032

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO DA USP -

RIBEIRÃO PRETO, 04 de Agosto de 2014

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

Página 05 de 05

ANEXO B
MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Nome: _____

Idade: _____ Data: _____

Pontuação Máxima	Pontos	
5		<ul style="list-style-type: none"> Orientação temporal: Dia _____, Mês _____, Ano _____, Dia da semana _____, Horas _____ (0 a 5)
5		<ul style="list-style-type: none"> Orientação espacial: Local (específico) _____, Local (geral), _____, Bairro _____, Cidade _____, Estado _____ (0 a 5)
3		<ul style="list-style-type: none"> Registro: Repetir: Carro _____, Vaso _____, Tijolo _____
5		<ul style="list-style-type: none"> Cálculo: 100-7=93 _____, 93-7=86 _____, 86-7=79 _____, 79-7=72 _____, 72-7=65 _____ (0 a 5) Ou MUNDO: O, D, N, U, M _____
3		<ul style="list-style-type: none"> Memória recente: Quais foram as três palavras que te pedi para repetir? _____ (0 a 3)
9		<ul style="list-style-type: none"> Linguagem: Nomear dois objetos: Caneta _____ e Relógio _____ (0 a 2). Repetir a expressão “Nem aqui, nem ali, nem lá” _____ (0 a 1). Comando de três estágios: apanhar esta folha de papel com a mão direita, dobrar ao meio e colocá-la no chão _____ (0 a 3). Ler e executar (feche os olhos) _____ (0 a 1). Escrever uma frase completa _____ (0 a 1). Copiar o diagrama: _____ (0 a 1).

ANEXO C
ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS-15)

Nome: _____

Data: ____/____/____

Perguntas	NÃO	SIM
1.Você está basicamente satisfeito com a sua vida?	1	0
2.Você deixou muito de seus interesses e atividades?	0	1
3.Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4.Você se aborrece com frequência?	0	1
5.Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6.Você tem medo que algum mal vai lhe acontecer?	0	1
7.Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8.Você sente que a sua situação não tem saída?	0	1
9.Você prefere ficar em casa à sair e fazer coisas novas?	0	1
10.Você se sente com mais problemas de memória que a maioria?	0	1
11.Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12.Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13.Você se sente cheio de energia?	1	0
14.Você acha que sua situação é sem esperanças?	0	1
15.Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1
ESCORE		

ANEXO D**ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA DE LAWTON E BRODY (IADL)****Em relação ao uso do telefone**

- (3) recebe e faz ligações sem assistência
- (2) necessita de assistência para realizar ligações telefônicas
- (1) não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone

Em relação às viagens

- (3) realiza viagem sozinha
- (2) Viaja apenas quando acompanhada
- (1) não tem o hábito ou é incapaz de viajar

Em relação à realização de compras

- (3) realiza compras quando é fornecido transporte
- (2) somente faz compras quando tem companhia
- (1) não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras

Em relação ao preparo de refeições

- (3) planeja e cozinha as refeições completas
- (2) prepara somente refeições pequenas ou quando tem ajuda
- (1) não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições

Em relação ao trabalho doméstico

- (3) realiza tarefas pesadas
- (2) realiza tarefas leves necessitando de ajuda nas pesadas
- (1) não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

Em relação ao uso de medicamentos

- (3) faz uso de medicamentos sem assistência
- (2) necessita de lembretes ou de assistência
- (1) é incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos

Em relação ao manuseio do dinheiro

- (3) preenche cheque e paga contas sem auxílio
- (2) necessita de auxílio para o uso de cheques e contas
- (1) não tem o hábito ou é incapaz de lidar com dinheiro ou contas.

Classificação:

- ≤ 5 - dependência total
- $> 5 < 21$ - dependência parcial
- $= 21$ - independência

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Programa de Pós-Graduação Interunidades em Bioengenharia
Escola de Engenharia de São Carlos/ Faculdade de Medicina de Ribeirão
Preto/ Instituto de Química de São Carlos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **“TOMADA DE DECISÃO NO AUTOMONITORAMENTO DA SAÚDE POR IDOSOS”**

Pesquisadores:

Prof^a Dr^a Carla da Silva Santana - Docente do Curso de Terapia Ocupacional da FMRP-USP; Orientadora pelo Programa de Pós Graduação Interunidades em Bioengenharia EESC/FMRP/IQSC - USP.

Marina Soares Bernardes – Terapeuta Ocupacional; Mestranda pelo Programa de Pós Graduação Interunidades Bioengenharia EESC/FMRP/IQSC – USP.

Gostaria de convidá-lo (a) a participar do estudo intitulado **“Tomada de decisão no auto monitoramento da saúde por idosos”** sob a orientação da Prof^a Dr^a Carla da Silva Santana.

O desenvolvimento de dispositivos de monitoramento tornou o cuidado à saúde em ambiente doméstico mais fácil para os idosos, sendo que a possibilidade de acesso e uso adequado de tais dispositivos permite que o sujeito se envolva ativamente em seu processo de saúde/doença, de maneira participativa e autônoma, possibilitando a reinvenção de novos modelos de cuidado. Assim, este estudo busca analisar a tomada de decisão de idosos frente aos resultados obtidos pelo auto monitoramento da saúde em ambiente doméstico; Identificar os aspectos que interferem na tomada de decisão, como gênero, escolaridade, idade, renda, orientação prévia, etc.; Identificar os aspectos relacionados ao uso dos dispositivos (frequência de uso, instrumentalização, dificuldades).

A forma de coletar as informações para este estudo é por meio de questionários, quando o Sr/Sra responderá a perguntas socioeconômicas, sobre sua memória e atenção, além de sua capacidade em realizar as atividades cotidianas e suas ações frente ao uso de dispositivos de monitoramento da saúde em ambiente doméstico.

A coleta de dados será realizada no projeto em que o Sr./Sra. participa e em horário que o Sr/Sra já frequenta o espaço, evitando que haja gastos extras com transporte e alimentação pela participação no estudo. Caso venha a ter gastos, os mesmos serão custeados pela agência de fomento.

A coleta de dados não deve ultrapassar 1 hora e 30 minutos de duração.

Ao participar desse estudo o Sr/Sra irá contribuir para maior compreensão de como os idosos agem frente aos resultados apresentados pelos dispositivos de monitoramento da saúde, o que terá impacto importante na atenção à saúde da pessoa idosa.

Para isso Sr/Sra deve estar ciente de que:

1. Sua participação é voluntária e sua recusa não implicará em prejuízos para o Sr/Sra ou de qualquer familiar;
2. O Sr./Sra. é livre para retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum ao seu cuidado;
3. O Sr./Sra. receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo os objetivos e metodologia do estudo, assinado e rubricado em todas as páginas pelo pesquisador e pelo Sr./Sra.;

4. As informações deste estudo poderão ser utilizadas para fins de ensino para os estudantes da área da saúde e também em eventos ou trabalhos científicos, mas não serão expostas de forma que o (a) identifique e sua identidade será sempre preservada;
5. É garantido ao Sr./Sra. o acesso à informações e aos resultados do estudo;
6. O Sr./Sra. não terá gastos extras com transporte e alimentação visto que a coleta de dados será feita em horário e local em que o Sr. já frequenta o espaço;
7. O estudo trata-se de uma entrevista e preenchimento de questionários, na forma de perguntas e respostas sem envolver qualquer informação que possa lhe trazer prejuízos de ordem religiosa, moral, emocional, financeira ou corporal. Caso seja identificado qualquer desconforto por responder às perguntas, o Sr/Sra será ouvido e poderá contar com o nosso apoio para poder encontrar uma maneira de diminuir esta situação que o deixou desconfortável;
8. Os riscos de quebra de privacidade e confidencialidade, bem como a possibilidade de danos à integridade moral/psíquica por participar do estudo são considerados mínimos ou improváveis. Os dados coletados serão seguramente armazenados em computador pessoal do pesquisador de maneira que as informações obtidas não sejam correlacionadas com o Sr./Sra., através da abreviação do nome do sujeito, preservando o seu anonimato;
9. O Sr/Sra é livre para desistir, a qualquer momento, de participar deste trabalho e também poderá obter qualquer informação sobre este estudo quando desejar;
10. É garantido ao Sr./Sra. o direito de não responder a perguntas que considerar inadequadas ou que violem sua privacidade ou dignidade;

Informações de nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa, para contato.

1. Prof. Dra. Carla da Silva Santana (16) 3315-4414 (Sala da docente)
2. Marina Soares Bernardes (16) 99161-1649/ (16)3441-1345
3. Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (16) 3315- 2228

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Nome: _____

Idade: _____ Telefone para contato: _____

Profissão:

- (A) Aposentado
- (B) Pensionista
- (C) Trabalhador formal
- (D) Trabalhador Informal

1. Sobre você:

Sexo:

- (A) Feminino
- (B) Masculino

Estado civil:

A	Solteiro (a)
B	Casado (a)
C	Divorciado (a)
D	Viúvo (a)
E	Outros

2. Reside com:

A	Sozinho (a)
B	Cônjuge
C	Filhos
D	Netos
E	Outros

3. Sobre a sua escolaridade:

A	Sem escolaridade
B	Até 2 anos de estudos
C	Até 5 anos de estudos
D	Até 8 anos de estudos
E	Até 11 anos de estudos
F	Até 15 anos de estudos
G	Mais que 15 anos de estudos

4. Quanto à sua renda familiar:

A	Até 1 salário mínimo
B	Até 3 salários mínimos
C	Até 5 salários mínimos
D	Até 7 salários mínimos
E	Acima de 7 salários mínimos

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO SOBRE A TOMADA DE DECISÃO NO MONITORAMENTO DA SAÚDE NO DOMICÍLIO

1. Em que situação você faz uso do aparelho de monitoramento à saúde?
(A) Regularmente, para acompanhamento da doença;
(B) Apenas quando se sente mal (sinais e sintomas);
2. Escolha uma das opções:
(A) Prefiro monitorar minha saúde em casa através do uso dos aparelhos digitais;
(B) Prefiro ir até um serviço de saúde para que o monitoramento seja realizado por um profissional (médico/ enfermeiro/ farmacêutico);
(C) Ambos. Prefiro fazer o monitoramento da saúde em casa e procurar o serviço de saúde quando julgar necessário.
3. Você é capaz de gerenciar seus medicamentos sem supervisão no horário e dosagem corretos?
(A) Sim
(B) Não, necessito de supervisão.
4. Desde que você foi diagnosticado com diabetes e/ou hipertensão, houve mudanças na sua rotina? (A) Sim / (B) Não
5. Quais?
(A) Visita periódica ao médico;
(B) Prática de exercícios físicos regular;
(C) Mudança nos hábitos alimentares (alimentação hipossódica; com menos gordura; evitar doces, etc.)
(D) Maior preocupação com a administração de remédios;
(E) outros: _____
6. Quais sensações são despertadas quando você se depara com resultado alterado no monitoramento de sua saúde?

- (A) nenhuma
- (B) medo
- (C) ansiedade
- (D) nervosismo
- (E) insegurança
- (F) culpa

- (G) tranquilidade
- (H) calma
- (I) tristeza
- (J) raiva
- (L) outros _____

7. Quando você realiza o monitoramento da saúde e se depara com um resultado alterado, o que você faz de **IMEDIATO**?

- (A) Procura ajuda médica;
- (B) Procura a ajuda de um farmacêutico;
- (C) Procura ajuda de pessoas próximas (cônjuge, filhos, netos, vizinhos);
- (D) Procura ajuda/informações na internet;
- (E) Faz a administração do medicamento prescrito pelo médico;
- (F) Opções alternativas (chás, repouso, caminhada);
- (G) Intervenção alimentar;
- (H) Faz a automedicação;
- (I) Outros: _____

8. Por que você toma esta decisão?

- (A) Por acreditar ser o mais adequado;
- (B) Por orientação médica;
- (C) Porque é a alternativa mais rápida e fácil;
- (D) Por experiência prévia com o problema;
- (E) Porque tenho medo de tomar decisões sobre minha saúde nestas situações e prefiro que um profissional da saúde o faça;
- (F) Porque não sei como devo agir;
- (G) Por orientação de terceiros (filhos, netos, cônjuge);
- (H) Porque sei o que devo fazer, mesmo sem prescrição médica;
- (I) Outros: _____

9. Quando você realiza o monitoramento da saúde e se depara com um resultado alterado, o que você faz **EM MÉDIO PRAZO**?

- (A) Procura ajuda médica
- (B) Procura a ajuda de um farmacêutico
- (C) Procura ajuda de pessoas próximas (cônjuge, filhos, netos, vizinhos)
- (D) Procura ajuda/informações na internet;
- (E) Faz a administração do medicamento prescrito pelo médico;
- (F) Opções alternativas (chás, repouso, caminhada);
- (G) Intervenção alimentar;
- (H) Faz a automedicação;
- (I) Outros: _____

10. Por que você toma esta decisão?

- (A) Por acreditar ser o mais adequado;
- (B) Por orientação médica;
- (C) Porque é a alternativa mais rápida e fácil;
- (D) Por experiência prévia com o problema;
- (E) Porque tenho medo de tomar decisões sobre minha saúde nestas situações e prefiro que um profissional da saúde o faça;
- (F) Porque não sei como devo agir;
- (G) Por orientação de terceiros (filhos, netos, cônjuge);
- (H) Porque sei o que devo fazer, mesmo sem prescrição médica;
- (I) Outros: _____

11. Por favor, a cada uma das sentenças que seguem, diga qual o seu grau de concordância assinalando com um X a resposta escolhida.

Sentenças	Concordo total.	Concordo Parcial.	Não concordo nem discordo	Discordo Parcial.	Discordo total.
1. Poder monitorar minha saúde em casa me garante maior independência.	A	B	C	D	E
2. Os resultados apresentados pelos aparelhos são confiáveis.	A	B	C	D	E
3. Prefiro que minha saúde seja monitorada por um profissional.	A	B	C	D	E
4. Sinto-me mais seguro por poder monitorar minha saúde em casa quando precisar/quiser.	A	B	C	D	E
5. Fico ansioso quando me deparo com resultados alterados.	A	B	C	D	E
6. Sinto que estou no controle da situação quando posso monitorar minha saúde em casa.	A	B	C	D	E
7. Tenho medo de agir de maneira incorreta frente a resultados alterados.	A	B	C	D	E
8. Prefiro que outra pessoa decida por mim o que fazer quando me deparo com resultados alterados.	A	B	C	D	E
9. Quando me deparo com resultados alterados, sei lidar com a situação.	A	B	C	D	E
10. Os resultados apresentados pelo aparelho são de fácil compreensão.	A	B	C	D	E
11. Os aparelhos de monitoramento à saúde facilitam o cotidiano.	A	B	C	D	E
12. Os aparelhos de monitoramento à saúde são de fácil manuseio.	A	B	C	D	E
13. É mais fácil me automedicar que procurar um serviço de saúde.	A	B	C	D	E
14. Sou mais cuidadoso com a minha saúde depois que comecei a fazer o monitoramento domiciliar.	A	B	C	D	E
15. Para garantir uma boa saúde é preciso mudar os hábitos de vida.	A	B	C	D	E
16. Minha tomada de decisão frente a resultados alterados irá interferir no percurso da doença.	A	B	C	D	E
17. Sinto-me responsável por meu estado de saúde.	A	B	C	D	E
18. Poder monitorar minha saúde em casa não altera o percurso da doença.	A	B	C	D	E
19. Realizar o monitoramento da saúde é uma maneira de evitar agravos da doença.	A	B	C	D	E
20. Poder monitorar a saúde em casa evita que eu vá ao serviço de saúde sem real necessidade.	A	B	C	D	E

APÊNDICE D

CLASSIFICAÇÃO DO USO DE DISPOSITIVOS ELETRÔNICOS VOLTADOS AOS CUIDADOS À SAÚDE

1. Você tem algum problema de saúde crônico? (A) SIM / (B) NÃO

2. Indique abaixo qual a sua condição crônica:

A	Diabetes Tipo: (A) Tipo 1 / (B) Tipo 2 É insulínoddependente? (A) SIM / (B) NÃO
B	Hipertensão
C	Doença do coração
D	Doença respiratória
E	Artrite ou outra doença reumática
F	Câncer
G	Outros. Especifique

3. Você faz uso de plano de saúde: (A) Particular / (B) Público

4. Quanto da sua renda familiar mensal é destinado ao seu tratamento de saúde?

A	Não há despesas com a minha saúde
B	Até R\$100,00 reais
C	Até R\$250,00 reais
D	Mais que R\$300,00 reais

5. Quantas vezes você foi ao médico no último semestre?

A	Não fui ao médico no último semestre
B	Apenas uma vez
C	Até três vezes
D	Até seis vezes
E	Mais que seis vezes. Quanto?

6. Como você avalia o seu estado de saúde?

A	Excelente
B	Bom
C	Regular
D	Ruim
E	Muito Ruim

7. Você pratica algum tipo de atividade física regularmente? (A) SIM/ (B) NÃO

8. Quanto ao uso de aparelhos eletrônicos de monitoramento à saúde

APARELHO	POSSUI (A)	FREQ. USO (B)	DIFICULDADE (C)	QUAL? (D)
Medidor de Glicemia	(A) sim (B) não	(A) nunca (B) 1x ao mês (C) 1x semana (D) 2-3x semana (E) diariamente	(A) sim (B) não	(A) ligar/desligar (B) conferir resultado (C) utilizar a lanceta/fita (D) checar resultado armazenado (E) Outros
Aferidor de pressão arterial	(A) sim (B) não Tipo: (A) Automático (B) Semiautomático (A) Pulso (B) Braço	(A) nunca (B) 1x ao mês (C) 1x semana (D) 2-3x semana (E) diariamente	(A) sim (B) não	(A) ligar/desligar (B) conferir resultado (C) checar resultado armazenado (D) posicionamento adequado (E) outros
Porta comprimidos	(A) sim (B) não	(A) nunca (B) 1x ao mês (C) 1x semana (D) 2-3x semana (E) diariamente	(A) sim (B) não	(A) abrir e fechar dispositivo (B) pegar os comprimidos (C) ajustar alarme (D) outros
Frequencímetro	(A) sim (B) não	(A) nunca (B) 1x ao mês (C) 1x semana (D) 2-3x semana (E) diariamente	(A) sim (B) não	(A) ligar/desligar (B) conferir dados (C) posicionar corretamente no corpo (D) outros
Outros				

9. Você se considera capaz de utilizar estes aparelhos com independência?

- Aferidor de Pressão Arterial: (A) Sim / (B) Não

- Medidor de Glicemia: (A) Sim / (B) Não

10. Como você aprendeu a utilizar estes aparelhos?

A	Lendo o manual de instruções
B	Com um profissional da saúde
C	Pedindo ajuda para outra pessoa
D	Por tentativa e erro
E	Curso/ palestra
F	Internet
G	Outros

11. Você compreende os resultados apresentados pelo aparelho?

- Aferidor de Pressão Arterial: (A) Sim / (B) Não

- Medidor de Glicemia: (A) Sim / (B) Não

12. Em uma escala de 0 a 10, quanto você confia nos resultados apresentados pelos aparelhos de monitoramento?

- Aferidor de Pressão Arterial:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Medidor de Glicemia:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13. Quando você se depara com dificuldades para utilizar o aparelho, o que você faz?

A	Pede auxílio à outra pessoa
B	Lê o manual de instruções
C	Tenta até conseguir
D	Desiste de usar o aparelho
E	Outros

14. Qual a sua opinião sobre o uso de aparelhos eletrônicos voltados para o cuidado à saúde no domicílio?