



Manutenção dos Ganhos em Saúde no Pós-Alta de Unidades de Longa Duração e Manutenção

Lúcia Sofia Parreira Cordeiro

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Continuados

Orientação Científica: Professor Doutor Leonel São Romão Preto

Coorientação Científica: Mestre Paula Eduarda Lopes Martins

Bragança, maio de 2014



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Manutenção dos Ganhos em Saúde no Pós-Alta de Unidades de Longa Duração e Manutenção

Lúcia Sofia Parreira Cordeiro

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Continuados

Orientação Científica: Professor Doutor Leonel São Romão Preto

Coorientação Científica: Mestre Paula Eduarda Lopes Martins

Bragança, maio de 2014

Resumo

Introdução: Portugal tem vindo a passar por um rápido e acentuado processo de envelhecimento, conseqüente de uma cada vez maior longevidade da população idosa. Surgem assim novas problemáticas como o aumento da incidência de doenças crónicas e maiores índices de dependência derivado da maior vulnerabilidade desta faixa etária. Tal vem exigir à sociedade de hoje novas respostas e mais adaptadas às necessidades reais desta população, com vista à manutenção da sua qualidade de vida o máximo de tempo possível. **Objetivos:** Avaliar os resultados em saúde durante o internamento nas Unidades de Longa Duração e Manutenção de Vimioso e Miranda do Douro e perceber que alterações ocorreram nesses indicadores no pós-alta. **Métodos:** Consiste de um estudo de natureza quantitativa, cuja amostra consiste de 52 indivíduos que tiveram alta das unidades de Vimioso e Miranda do Douro entre outubro de 2012 e maio de 2013. Para o efeito foi aplicado o Índice de Barthel (avalia o nível de independência funcional e a necessidade de ajuda na mobilidade e auto-cuidado), Escala de Morse (identifica os utentes em risco de queda) e a Escala de Braden (avalia o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão), sendo os resultados analisados posteriormente em base de dados SPSS 20.0 com valor significativo de $p < 0.05$. **Resultados:** Verificou-se uma diminuição da dependência durante o internamento ($27,67 \pm 24,67$ versus $46,16 \pm 31,09$) com ligeiro aumento no pós-alta ($41,0 \pm 34,0$). Quanto ao risco de quedas, os valores obtidos acompanharam os anteriores, não apresentando significado estatístico. Relativamente ao risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, houve uma diminuição do mesmo durante o internamento ($15,1 \pm 3,1$ versus $17,1 \pm 3,8$) e também no pós-alta ($17,4 \pm 3,7$), sendo este último pouco significativo. 73,3% das úlceras de pressão cicatrizaram durante o internamento, tendo aumentado a sua incidência no pós-alta. **Conclusões:** Durante o período de internamento houve obtenção de ganhos ao nível da competência funcional, risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e da sua cicatrização. No pós-alta, assistiu-se a uma perda pouco significativa dos mesmos, com exceção do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão a qual verificou um ligeiro aumento estatisticamente pouco significativo. Quanto ao risco de quedas, este estudo não nos permite retirar conclusões definitivas devido à falta de informação relevante para a análise deste risco.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Dependência; Risco de Quedas; Risco de úlceras de pressão

Abstract

Background: Portugal is facing an aging process as life expectancy is increasing. Chronic diseases are becoming a growing burden as the higher dependency ratios derived from the increased vulnerability of the elderly. These represents a significant challenge as societal aging requires new responses in order to maintain their quality of life as long as possible. **Aim:** To assess health outcomes during hospitalization in Vimioso and Miranda do Douro Continuing Care and Long Term Maintenance Units and realize what changes have occurred in these indicators after discharge. **Methods:** Quantitative study of 52 individuals discharged from Vimioso and Miranda do Douro Units during October (2012) and May (2013). To determine health improvements Barthel Index (to measure functional independence and need for assistance in mobility and self-care), Morse Scale (to assess a patient's likelihood of falling) and Braden Scale (for predicting pressure sore risk) were applied at three different moments: hospitalization (at baseline and at discharge) and after discharge. Results were analyzed in SPSS 20.0 and $p < 0.05$ was considered as significant. **Results:** There was a decrease in dependency during hospitalization (27.67 ± 24.67 versus 46.16 ± 31.09) with a slight increase in post-discharge (41.0 ± 34.0). We did not find significant results concerning the risk of falls. Regarding the risk of developing pressure ulcers, there was a decrease during this hospitalization (15.1 ± 3.1 versus 17.1 ± 3.8) and at the post-discharge (17.4 ± 3.7), with the latter being not significant. 73.3% of pressure ulcers healed during hospitalization and their incidence raised on post-discharge. **Conclusions:** During the period of hospitalization we verified improvements at the level of functional independence, risk of developing pressure ulcers and wound healing, not so evident at the post-discharge. The risk of developing pressure ulcers raised after hospitalization.

Key words: Aging; Dependence; Risk of Falls; Risk of pressure ulcers

Dedico este trabalho a todos aqueles que comigo estiveram para que a sua elaboração se tornasse uma realidade.

Agradeço, de forma especial, toda a disponibilidade, orientação, colaboração e apoio do Professor Doutor Leonel Preto e da Mestre Paula Martins, que se mostraram essenciais para a concretização deste trabalho.

Agradeço ainda às respetivas direções das Unidades de Cuidados Continuados de Vimioso e Miranda do Douro, que desde do primeiro minuto se mostraram recetivas e colaborantes na realização deste estudo, tendo sido bastante colaborantes no âmbito da recolha de dados.

Por último, e não menos importante, queria agradecer aos meus pais, irmãos e restante família pela paciência e incentivo incondicional, assim como aos meus amigos e colegas de trabalho.

A todos vós, o meu sincero muito obrigada...

Siglas e Abreviaturas

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

DGSSFC – Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança

ECCEI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EPUAP-NPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

IB – Índice de Barthel

INE – Instituto Nacional de Estatística

MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UN – United Nations

UP – Úlcera(s) de Pressão

WHO – World Health Organization

Índice Geral

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – CONSTRUTO TEÓRICO.....	5
1. O envelhecimento.....	7
1.1. O envelhecimento demográfico.....	8
1.2. Implicações do envelhecimento.....	10
1.3. Envelhecimento e novos desafios.....	11
2. Dependência <i>versus</i> Independência Funcional	13
2.1. Competência Funcional	18
2.2. Risco de Quedas	21
2.3. Risco de Desenvolvimento de Úlceras por Pressão.....	25
3. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)	29
3.1. Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM).....	30
4. Prestadores de Cuidados no Pós-Alta.....	32
4.1. Cuidador Informal	35
4.2. Cuidador Formal.....	40
CAPÍTULO II – TRABALHO EMPÍRICO.....	43
1. Procedimentos metodológicos.....	45
1.1. Tipo de estudo	45
1.2. Objetivo do estudo.....	45
1.3. Seleção da População e Amostra.....	46
1.4. Procedimentos e Colheita de Dados	47
1.4.1. Instrumento de Recolha de Dados	47
1.4.1.1. Índice de Barthel (IB).....	48
1.4.1.2. Escala de Morse	49
1.4.1.3. Escala de Braden	50
1.5. Questões Éticas.....	52
1.6. Procedimentos Estatísticos	53
2. Apresentação de Resultados.....	54
2.1. Caracterização Sociodemográfica/Clínica da Amostra	54
2.2. Caraterização Sóciodemográfica dos Cuidadores Informais.....	57
2.3. Aspetos Relativos ao Cuidar	59

2.4. Avaliação da Amostra Quanto aos Parâmetros em Estudo	61
2.5. Comparação das Escalas por Género e Relativamente aos Cuidados Pós-Alta ..	64
2.6. Relação Entre o Índice de Barthel e a Escala de Braden.....	65
3. Discussão dos Resultados.....	66
CONCLUSÃO.....	75
BIBLIOGRAFIA	77
A N E X O S	83
A N E X O I – Autorização Para a Realização do Estudo.....	85
A N E X O II – Instrumento de Recolha de Dados	89

Índice de Quadros

Quadro 1 - Índice de Barthel	48
Quadro 2 - Pontos de corte do Índice de Barthel.....	49
Quadro 3 - Escala de Morse	50
Quadro 4 - Pontos de corte da Escala de Morse	50
Quadro 5 - Escala de Braden	51
Quadro 6 - Pontos de corte da Escala de Braden.....	52

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Médias e intervalos de confiança para as médias obtidas no Índice de Barthel nas diferentes avaliações (Admissão, Alta e Pós-alta). Valores de P.....	61
Gráfico 2- Médias e intervalos de confiança para as médias obtidas na Escala de Morse para as diferentes avaliações (Admissão, Alta e Pós-alta). Valores de P.....	62
Gráfico 3- Médias e intervalos de confiança para as médias obtidas na Escala de Braden para as diferentes avaliações (Admissão, Alta e Pós-alta). Valores de P.....	63

Índice de Tabelas

Tabela 1- Caracterização dos utentes que participaram no estudo	54
Tabela 2- Caracterização familiar.....	55
Tabela 3- Motivos subjacentes à admissão nas unidades	56
Tabela 4- Tempo de internamento e destino após a alta.....	56
Tabela 5- Cuidados pós-alta	57
Tabela 6- Caracterização dos cuidadores principais.....	58
Tabela 7- Aspectos relativos ao cuidar e experiência na prestação de cuidados	59
Tabela 8- Resultados obtidos para as variáveis referentes ao período pós-alta.....	60
Tabela 9- Pontuações médias obtidas nas escalas, nos diferentes períodos avaliados (valores de P).....	63
Tabela 10- Pontuações médias obtidas nas escalas (Barthel, Morse e Braden), para a admissão e alta, por género sexual	64
Tabela 11- Pontuações médias obtidas nos diferentes instrumentos (Barthel, Morse e Braden), relativamente ao pós-alta e cuidados pós-alta	64
Tabela 12- Correlações entre as pontuações obtidas no Índice de Barthel e a Escala de Braden.....	65

INTRODUÇÃO

Assiste-se hoje em dia a um crescente desenvolvimento quer a nível tecnológico quer ao nível das ciências da saúde, que se reflete numa crescente longevidade humana. O envelhecimento da sociedade constitui uma realidade inevitável, à qual se encontram associados índices de dependência acrescidos derivados do agravamento da morbilidade previamente adquirida assim como da maior vulnerabilidade da pessoa idosa (Sequeira, 2010).

A dependência, de uma forma geral, consiste na necessidade de recorrer diretamente a terceiros para a satisfação das necessidades humanas básicas (Dorantes-Mendoza, 2007). Grande parte dos estudos desenvolvidos na área da dependência tendem a centrar-se no tema da dependência física, sendo comum definir-se dependência como “incapacidade funcional” em relação ao desempenho das atividades de vida diária (AVD) (Baltes & Wahl, 1990, citados por Cerrato, 2004).

A incapacidade funcional pode ser entendida como a dificuldade ou necessidade de ajuda para a realização de atividades essenciais no dia-a-dia (Alves, 2010). Esta possui um efeito adverso na saúde da pessoa, estando muitas vezes associado com a idade. Pessoas com dificuldade de mobilização, alterações funcionais ou que estejam hospitalizadas constituem um subgrupo de alto risco (Fried & Guralnik, 1997).

As principais causas de incapacidade funcional encontram-se associadas tanto à existência de comorbilidades como de doenças crónicas, incluindo episódios de origem aguda como a fratura de anca ou o acidente vascular cerebral (AVC) (Fried & Guralnik, 1997). Mesmo não constituindo um perigo de morte iminente, estas patologias são de prognóstico reservado derivado das limitações que acarretam para a vida de quem delas padece, quer a nível cognitivo como funcional, assim como da grande necessidade de cuidados que são exigidos (Sequeira, 2010).

Convém não esquecer a importância da implementação de intervenções clínicas adequadas que poderão prevenir tanto o início da dependência funcional como a sua posterior progressão, pois a sua instauração constitui um marco importante na vida da pessoa idosa, podendo vir a afetar a capacidade de esta viver de forma independente na comunidade (Fried & Guralnik, 1997).

São vários os estudos a comprovar que grande parte dos idosos com comprometimento funcional vive na comunidade e requer cuidados (Fried & Guralnik,

1997), sendo a rede informal, maioritariamente constituída por familiares, quem compõe a espinha dorsal da força de trabalho de longa duração na prestação de cuidados (Wolff & Kasper, 2006). Contudo, este papel é muitas vezes assumido de forma abrupta, inesperada e sem qualquer preparação, levando a impactos dramáticos na vida de quem vai cuidar e podendo vir a cobrar custos elevados a nível pessoal (Tooth, 2005).

Envelhecer com saúde, autonomia e independência a maior quantidade de tempo possível, constitui assim um dos principais desafios da atualidade sendo premente que, associado ao aumento da esperança de vida à nascença esteja associado um aumento da esperança de vida “com saúde” e sem deficiência (Ministério da Saúde, 2004).

No período de profunda desordem económica em que Portugal se encontra neste momento, o envelhecimento deixa a população com menores rendimentos mais desamparada, prevendo-se um quadro de exclusão social do idoso, tanto mais grave quanto maior a perda da sua capacidade funcional. A velhice sem independência e autonomia ainda faz parte da face oculta da opinião pública, sendo muitas vezes mantida no segredo dos domicílios ou instituições, impedindo qualquer visibilidade e consequentemente qualquer preocupação política de proteção social (Karsch, 2003).

Não devemos esquecer a reflexão feita por Baltes e Reichert (1992), citado por Cerrato (2004): “*já que a velhice é particularmente sensível às condições ambientais, a forma de envelhecer característica de uma sociedade converte-se num interessante critério para julgar a qualidade de tal sociedade*”(p. 14).

Derivado de todas estas alterações sentidas na sociedade atual surgem cada vez mais novas necessidades, tanto ao nível da saúde como social, que requerem novas respostas e mais diversificadas ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em necessidade. Promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, constitui um dos principais objetivos para uma sociedade mais justa e com maior qualidade de vida (Decreto-Lei n.º101/2006).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi assim criada em 2006 como forma de responder às necessidades dos cidadãos, promovendo a continuidade da prestação de cuidados de saúde e apoio social a toda e qualquer pessoa com dependência, compromisso do seu estado geral de saúde, ou em situação de doença terminal (UMCCI, 2009).

Este trabalho de projeto realiza-se no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados.

Como enfermeira a exercer funções numa unidade de cuidados continuados, sempre tive a curiosidade em saber em que medida, após a alta da unidade, os utentes manteriam o seu estado de saúde, daí a escolha deste tema.

Como objetivo geral pretendeu-se avaliar os resultados em saúde durante o internamento nas Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) de Vimioso e Miranda do Douro e perceber que alterações ocorreram nesses indicadores no pós-alta.

Tendo em conta este objetivo geral, foram então definidos os seguintes objetivos específicos:

- Verificar se, no pós-alta, houve manutenção dos ganhos ao nível da funcionalidade obtida durante o internamento nas ULDM de Vimioso e Miranda do Douro;
- Verificar se, no pós-alta, houve manutenção do risco de quedas obtido durante o internamento nas unidades referidas;
- Verificar se, no pós-alta, houve manutenção do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão obtida durante o internamento nas unidades referidas.

Este trabalho de projeto consiste num estudo quantitativo, de carácter observacional-descritivo e longitudinal, em que foi seguido o percurso de uma amostra de 52 indivíduos desde a sua admissão até ao pós-alta das ULDM de Vimioso e Miranda do Douro. A esta amostra foi aplicado um instrumento de recolha de dados, previamente elaborado, com vista à avaliação da evolução do seu estado de saúde em três momentos distintos (admissão, alta e pós-alta), sendo os dados obtidos analisados posteriormente em base de dados SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Este estudo encontra-se estruturado em dois capítulos distintos. O primeiro consiste no enquadramento teórico ao tema em estudo, fazendo-se uma breve revisão bibliográfica. No segundo capítulo, procede-se à apresentação do trabalho empírico, com a apresentação dos procedimentos metodológicos, dos resultados e posterior discussão dos mesmos.

CAPÍTULO I – CONSTRUTO TEÓRICO

1. O envelhecimento

Desde sempre que o envelhecimento está rodeado de mitos e mistérios. Platão (427-347 a.C.), na Antiga Grécia, refletia sobre este tema, vendo este fenómeno como uma continuidade dos jovens e adultos. Já para Hipócrates (460-377 a.C.) constituía um fenómeno natural e irreversível assim como uma etapa mais predisposta à doença por diminuição da resistência. No entanto, foi apenas com os ensinamentos de Sir Francis Bacon (1561-1626), o qual achava que o envelhecimento se refletia no declínio físico das articulações e na visão, que se marcou o início de uma abordagem científica desde processo. Em 1903, Elie Metchikof propõe um novo ramo da ciência dedicado ao estudo do processo de envelhecimento e da população idosa, a Gerontologia. Ainda assim, foi apenas após a II Guerra Mundial que esta se desenvolveu de forma significativa (Sequeira, 2010; Phipps, 2003).

Em Portugal, a partir da década de 50, assiste-se a uma tentativa de incentivar o interesse pelo ramo da Geriatria sem grande sucesso, continuando-se a pensar quase exclusivamente na prevenção, diagnóstico, tratamento e prognóstico (Martins, 2002).

O envelhecimento é definido como um *“processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”* (Ministério da Saúde, 2004, p. 3). Assim, torna-se difícil encontrar uma data que delimite o início da chamada “velhice”. Apesar de artificial, é habitualmente aceite a idade dos 60 a 65 anos como o limiar para o aparecimento do envelhecimento (Sequeira, 2010; WHO, 2002). À semelhança de estudos anteriormente realizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) sobre este tema, e do que constitui norma em Portugal, iremos considerar como pessoa idosa toda a população com idade superior ou igual a 65 anos de idade, idade esta que no nosso país se encontra associada à idade da reforma.

Phipps (2003) defende que a designação geral do idoso abranje três grupos etários: os jovens-idosos entre os 64 e 74 anos, os meio-idosos entre os 75 a 84 anos e os idosos com 85 ou mais anos de idade. Contudo, convém realçar que qualquer que seja o limite cronológico traçado, este não traduz com exatidão as mudanças que ocorrem com o avançar da idade. Pessoas com a mesma idade podem apresentar

diferenças acentuadas ao nível do seu estado de saúde, participação social e autonomia (WHO, 2002).

Segundo o Departamento de Estatísticas Censitárias e da População (2002), o envelhecimento pode ser analisado segundo duas grandes perspetivas: o demográfico e o biológico.

Esta mesma fonte entende envelhecimento demográfico como o *“aumento da proporção das pessoas idosas na população total (...) em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade ativa”*(p. 188). Este fenómeno resulta da alternância de um modelo demográfico de natalidade e mortalidade elevados, para um outro de natalidade e mortalidade baixos.

Já o envelhecimento biológico, por sua vez, é definido pela comunidade médica como *“a alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo verificando-se, conseqüentemente, um aumento gradual das probabilidades de morrer devido a determinadas doenças que podem precipitar o fim da vida”* (Departamento de Estatísticas Censitárias e da População, 2002, p. 187). Este autor acrescenta ainda que a este fenómeno estão associadas frequentemente alterações a nível psicológico (como perdas de memória e dificuldade no raciocínio), maior suscetibilidade física, assim como problemas de natureza social (como a discriminação, o isolamento, e a exclusão).

1.1. O envelhecimento demográfico

Hoje em dia, assiste-se a nível mundial a um crescimento significativo do número de pessoas com 65 e mais anos. Segundo as Nações Unidas (2012) existem, em 2012, aproximadamente mais de 810 milhões de pessoas com idade superior a 60 ou mais anos de idade em todo o mundo, estando previsto que este número aumente para mais de 2 bilhões de pessoas no ano 2050, altura na qual o número de pessoas idosas irá ultrapassar o número de crianças (dos 0 aos 14 anos).

Em Portugal, este envelhecimento gradual da população é também bastante visível. Entre 1960 e 2001 a população jovem diminuiu cerca de 36%, enquanto a idosa aumentou 140%. Se em 1960 os idosos representavam 8,0% do total da população, em 2001 representavam 16,4% desse total, mais que duplicando (Departamento de Estatísticas Censitárias e da População, 2002). Segundo os resultados dos últimos censos realizados em 2011, registou-se um aumento da população residente de 10 356 117 em 2001 para 10 562 178 de indivíduos, tendo-se verificado algum abrandamento

do crescimento demográfico, com 2% de aumento, face aos 5% observados na década de 90. Contudo, verificou-se ainda mais o agravamento no fosso entre jovens e idosos, diminuindo a percentagem de jovens dos 16% em 2001 para 15% em 2011 e aumentando a percentagem de idosos dos 16% para 19% respetivamente (INE, 2012).

Uma análise mais aprofundada destes dados leva ainda à conclusão de que a própria população idosa, está também ela a envelhecer. Entre 1960 e 2000 a população com 75 e mais anos de idade aumentou de 2,7% para 6,7% do total da população, e a população com 85 e mais anos de idade passou dos 0,4% para 1,5% em igual período (Departamento de Estatísticas Censitárias e da População, 2002). Mesmo a nível internacional, este fenómeno encontra-se igualmente bem patente. Atualmente, a população com 80 e mais anos constitui 14% da população com 60 anos ou mais a nível mundial, estimando-se que em 2050 constitua 20% da população idosa (UN, 2012).

Assim sendo, o envelhecimento da população tem vindo a ocorrer de uma forma generalizada por todo o mundo, constituindo atualmente um dos problemas mais preocupantes das sociedades modernas.

Pensou-se durante muito tempo que este fenómeno se devia exclusivamente ao aumento da esperança média de vida, a qual aumentou significativamente nos últimos anos (Martins, 2002). Segundo dados recentes das Nações Unidas, enquanto em 1950-1955 a esperança média de vida era de apenas 66 anos nos países mais desenvolvidos, hoje em dia chega aos 78 anos. Tal facto fica a dever-se quer a melhores condições sociais e tecnológicas, assim como aos progressos da medicina quer preventiva como curativa e reabilitadora (Martins, 2002). Segundo esta autora, o aumento da população resulta não só do aumento significativo da esperança de vida (com conseqüente redução da taxa de mortalidade), mas também da diminuição constante da taxa de natalidade devido a fatores como a emancipação da mulher, a generalização dos métodos contraceptivos, os encargos sociais acrescidos, entre outros fatores.

O envelhecimento da população constitui um dos maiores triunfos da humanidade, mas ao mesmo tempo um dos seus maiores desafios. Mesmo aumentando as exigências quer a nível social como económico, não nos devemos nunca esquecer que os mais velhos constituem uma fonte preciosa de grande contributo ao desenvolvimento das nossas sociedades (WHO, 2002).

1.2. Implicações do envelhecimento

O envelhecimento constitui um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que não se limita apenas à pessoa idosa mas que ocorre durante todo o ciclo vital. São muitas as alterações sentidas nas mais variadas dimensões do ser humano, quer do ponto de vista biológico, como psicológico e social (Sequeira, 2010).

Segundo este mesmo autor, é essencial para uma avaliação funcional e integral do idoso diferenciar as mudanças ocorridas por um efeito de senescência ou de senilidade. O primeiro, também referido por alguns autores como envelhecimento primário, refere-se às alterações normativas do envelhecimento, isto é, a todo um conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem em consequência deste processo. Já a senilidade, ou envelhecimento secundário, é entendido como as alterações ocorridas na sequência de determinadas afeções apresentadas por este grupo etário.

A nível biológico, ocorrem um sem número de alterações morfológicas, fisiológicas e bioquímicas, as quais são sentidas por mudanças corporais tanto externas; como as rugas e o cabelo branco; quanto internas, como sejam alterações no metabolismo e funcionamento orgânico (Mafra, 2011).

No entanto, as alterações biológicas não são únicas, pois sendo o Homem um ser holístico, elas vão implicar todo um outro conjunto de mudanças. A nível psicológico, podemos assistir a uma mudança de atitudes e comportamentos, devendo ser encontrado um ponto de equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do idoso, por forma a minimizar o efeito das perdas associadas a este processo. Também a nível cognitivo são sentidas alterações, principalmente ao nível do processamento da informação e da memória de curto prazo que, quando não compensadas, interferem grandemente nas funções do indivíduo (Sequeira, 2010).

A nível social, Mafra (2011) aponta vários motivos de alerta decorrentes de uma diminuição da capacidade de adaptação às mudanças, que podem incorrer na sua marginalização familiar e social, num mundo que hoje está em constante mudança. Refere ainda que tal marginalização pode também dever-se a uma crise de identidade decorrente da perda de papéis sociais, da própria mudança destes que exige novas adaptações, da reforma muitas vezes associada a uma perda de capacidade económica, da perda de amigos e familiares e de uma diminuição de contactos sociais.

Assim, podemos dizer que todo este conjunto de alterações vai levar a um comprometimento da funcionalidade da pessoa e da sua capacidade de adaptação ao meio, implicando não só uma maior vulnerabilidade à doença, mas também uma mudança de atitudes e comportamentos por parte do idoso, levando a um comprometimento da qualidade de vida do indivíduo (Mafra, 2011).

1.3. Envelhecimento e novos desafios

O crescimento da população idosa proporcionado pelo desenvolvimento em geral, mas mais pelas ciências da saúde, contribuíram para que hoje em dia a longevidade humana seja uma realidade incontestável (Sequeira, 2010).

No entanto, uma maior longevidade está geralmente associada a uma série de acontecimentos que podem interferir negativamente ao nível da qualidade de vida desta faixa etária (Melo, 2013). Perdas ao nível das capacidades funcionais, emocionais e cognitivas estão geralmente inerentes ao envelhecimento assim como o aparecimento de doenças crónicas degenerativas, as quais limitam a atividade humana levando a uma necessidade contínua de ajuda (Fried & Guralnik, 1997). A promoção de um envelhecimento saudável torna-se por isso imperativo na sociedade de hoje, envolvendo os mais diversos setores, desde a saúde, educação, segurança social e trabalho, até aos aspetos económicos, de planeamento e desenvolvimento rural e urbano, habitação, transportes, entre outros (Ministério da Saúde, 2004).

Não é portanto de estranhar que tenham sido colocados novos desafios aos governos, famílias e sociedade em geral, para os quais estes organismos não estavam preparados. Martins (2002) e Rebelo (2004) defendem que com esta redefinição da estrutura etária surgem complicações no que respeita ao declínio da população ativa e envelhecimento da mão-de-obra, levando a uma necessidade de políticas sociais que permitam fazer face às novas necessidades, como por exemplo uma maior necessidade de cuidados de saúde e assistência a pessoas idosas associado a uma cada vez maior pressão sobre os sistemas de pensão, segurança social e finanças públicas. Para além destes, surgem ainda problemas de exclusão social, solidão e pobreza, assim como sentimentos de inutilidade por parte da população idosa, os quais convém não negligenciar.

Nesta linha, torna-se essencial que as sociedades contemporâneas encontrem formas de gerir esta problemática havendo uma necessidade cada vez maior de políticas

eficazes de apoio aos idosos (Rebelo, 2004). Os países até podem envelhecer desde que os governos, organizações sociais e a sociedade civil ativem políticas de envelhecimento ativo e programas que valorizem a saúde, participação e segurança dos cidadãos mais velhos. Estes programas deverão estar sempre baseados nos direitos, necessidades, preferências e capacidades deste grupo etário (WHO, 2002).

Um modelo de saúde essencialmente virado para dar resposta a doenças agudas, torna-se ineficaz perante uma população em envelhecimento, em que as doenças não transmissíveis e de evolução prolongada se tornam as principais causas de morbilidade e mortalidade. Estas patologias crónicas acarretam enormes custos quer a nível individual, como familiar e social, sendo essencial procurar retardar o seu aparecimento e minorar as suas complicações. Tal diz respeito não só ao setor da saúde como também à ação de setores relacionados com a segurança, proteção social, financeiro, educação e trabalho formal e informal, entre tantos outros (Ministério da Saúde, 2004).

Portugal encontra-se a dar grandes passos no que respeita à criação de instituições vocacionadas para esta problemática, tendo implementado desde 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para o apoio à família e comunidade (Araújo, 2007). Este modelo propõe-se a promover a manutenção do idoso no seu meio habitacional e melhorar o acesso destas pessoas a cuidados de qualidade e adaptados às necessidades específicas de cada um, tanto a nível da saúde como de apoio social, com vista a ganhos em anos de vida com independência (Ministério da Saúde, 2004).

2. Dependência *versus* Independência Funcional

Cada vez mais se assiste a uma modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias a uma escala mundial, refletindo um envelhecimento populacional cada vez maior (Ministério da Saúde, 2004).

Sendo esta faixa etária um grupo mais suscetível às doenças e suas complicações (Mafra, 2011), e numa época em que se evidencia um cada vez maior número de processos crónicos cujo principal objetivo não é a cura mas sim o seu controlo sintomatológico (Cerrato, 2004), conceitos como incapacidade, dependência, autonomia e independência assumem especial importância.

A incapacidade encontra-se definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como *“qualquer restrição ou falta de habilidade para realizar uma atividade da forma e categoria considerada como normal para um ser humano”*(p. 2), isto é, consiste numa perda de uma função normal devido à deterioração produzida por um processo patológico, levando a uma perda de autonomia pessoal (Cerrato, 2004).

A principal consequência deste processo é a necessidade em se ser ajudado ou apoiado no ajuste e interação com o meio (Cerrato, 2004). Citados por este mesmo autor, Baltes & Wahl (1990) referem que a dependência pode então ser definida como o ajuste dos indivíduos ao seu meio físico e social, sendo influenciado, segundo Grossberg & Desai (2003), por questões sociais, expectativas culturais, fatores ambientais, défices sensoriais, dor, comorbilidades, medo de cair ou falta de motivação. Em 1998, o Conselho da Europa definiu a dependência como o estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm a necessidade de assistência ou de grande ajuda na realização das AVD's. Já a OMS, define dependência como a diminuição ou ausência de capacidade para realizar uma atividade da forma considerada normal (Dorantes-Mendoza, 2007).

Convém salientar que, apesar de a incapacidade ser um dos atributos da dependência, podem existir diversos graus de incapacidade sem que com isso haja dependência. Esta pressupõe que para além da incapacidade, haja ainda uma necessidade de ajuda (González, 2004). Este mesmo autor ressalva ainda que a dependência não implica a perda de autonomia. Isto é, enquanto a dependência é o facto concreto de necessitar de ajuda de outra pessoa para certas atividades diárias, a

autonomia intelectual consiste na capacidade abstrata de decisão sobre a sua própria vida, portador ou não de incapacidades ou em situação de dependência de outrem. Também WHO (2002) define autonomia como a “*capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências*”(p. 13). Isto significa que, mesmo no caso de a pessoa requerer ajuda na realização dos autocuidados, ela pode preservar a sua autonomia.

A dependência não é exclusiva de uma determinada faixa etária, podendo surgir em pessoas de todas as idades, apesar da sua maior prevalência nos mais idosos (MTSS, 2009; Dorantes-Mendoza, 2007).

A dependência encontra-se ainda ligada a um outro conceito, o de fragilidade (Fried & Guralnik, 1997). Esta é definida como a vulnerabilidade apresentada por uma pessoa relativamente aos desafios do próprio ambiente (Hazzard et al., 1994, citado por Caldas, 2003). Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), citando Winograd (1983), são consideradas pessoas idosas frágeis as que apresentam alto risco de descompensação devido ao aparecimento de uma nova patologia. Este mesmo autor definiu como critérios de fragilidade: ter 65 ou mais anos de idade, ser portador de doença crónica ou invalidante (como o AVC), de depressão ou de demência, apresentar estado confusional, déficits sensoriais de visão e audição, alterações ao nível da mobilidade, dependência na realização das atividades de vida diária, ter sofrido uma queda nos últimos três meses, acamamento prolongado, ser portador de úlceras de pressão, estar desnutrido, ter perda de peso ou falta de apetite, estar polimedicado, ter problemas sócio-económicos/familiares, utilizar medidas de contenção, ser incontinente ou ainda vítima de hospitalização não programada nos últimos três meses. Ainda segundo este autor, uma pessoa com pelo menos dois destes critérios é considerada frágil, sendo este um fator preditivo de hospitalização prolongada, mortalidade, institucionalização e perda de função.

A independência funcional é definida por Rodgers & Miller (1997) como o desempenho das atividades de cuidado pessoal sem supervisão, direção ou assistência ativa. A OMS defende que a independência é geralmente entendida como a capacidade em realizar as atividades do dia-a-dia, isto é, a capacidade de viver de forma independente na comunidade, sem ajuda ou com pouca ajuda de terceiros. Segundo Rosa (2003), a independência está diretamente associada não só à capacidade em

desenvolver sem ajuda as atividades do cotidiano mas também com a autonomia e a liberdade para decidir por si e gerir a própria vida.

É frequente assumir-se a dependência como um fenómeno unidimensional, isto é, assumindo-o como um fenómeno de declínio físico de maior ou menor dimensão espectável entre as pessoas idosas. Contudo, seria preferível considerar este fenómeno segundo uma perspetiva mais ampla, como algo multidimensional, envolvendo uma vasta gama de dimensões do ser humano desde o ponto de vista mental, físico, económico, social, emocional, entre outros (Cerrato, 2004).

Segundo o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) a dependência não é avaliada em apenas um único grau, mas em vários, consoante a pessoa necessite de pouco, muito ou total apoio na execução das várias AVD's (MTSS, 2009).

A transição para a dependência consiste num processo complexo, que marca o início de uma nova etapa na vida da pessoa, na maioria das vezes devido a um acontecimento não esperado, abrupto ou progressivo, estando maioritariamente associado a uma diminuição da capacidade das estruturas e funções do organismo (Sequeira, 2010). Geralmente é caracterizado como um fenómeno multicausal, onde tanto fatores biológicos, psicológicos e contextuais antecedem uma aceitação mais passiva ou ativa da ajuda por parte de terceiros (Baltes & Wahl, 1990, citado por Cerrato, 2004). Dentro dos fatores físicos, devemos ter em conta a fragilidade física em que o indivíduo se encontra, devido a uma deterioração progressiva dos sistemas biológicos, assim como a existência de possíveis doenças crónicas, as quais acentuam esta deterioração. A polimedicação deve também ser tida em consideração neste âmbito, devido aos seus efeitos secundários assim como possíveis interações medicamentosas. Já no que respeita aos fatores psicológicos, devem ser considerados transtornos mentais, como a depressão ou a doença de Alzheimer, que contribuem fortemente para o acentuar da dependência, assim como os fatores de personalidade, na qual tudo o que foi experienciado ao longo dos anos vai contribuir na forma como se irá enfrentar esta situação. Nos fatores contextuais incluímos o ambiente físico, que quanto mais estimulante e rico em termos de ajudas protésicas e prática no seu uso menos tenderá para a instalação de maior dependência, assim como o ambiente social o qual pode favorecer ou prevenir a dependência. Neste último grupo, são de assinalar possíveis contingências ambientais, de reforço e incentivo a uma cada vez menor dependência, e

as expectativas e estereótipos sociais, muitas vezes potenciais geradoras de dependência (Cerrato, 2004).

No seu estudo Rosa (2003) aponta também para fatores como a presença de certas doenças, deficiências ou problemas médicos como principais influentes na capacidade funcional da pessoa. Contudo ressalva que esta pode também ser influenciada por fatores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais, incluindo comportamentos ligados com o estilo de vida (tal como fumar beber, comer excessivamente, praticar exercício, entre outros) como potenciais fatores explicativos da capacidade funcional, sendo o seu efeito sentido pelas doenças que causam, conforme é referido também por Fried & Guralnik (1997). Também Cares (2013) defende que são fatores como a presença de doenças, comorbilidades, polimedicação e as alterações funcionais que vão surgindo no dia-a-dia, que fazem do idoso mais suscetível à dependência e à hospitalização, aumentando o risco de institucionalização. No trabalho elaborado por este autor, verificou-se a perda de cerca de 40 pontos no Índice de Barthel (IB) devido à hospitalização. A presença destas incapacidades aumenta ainda o risco de quedas, de lesões e de doenças agudas (Fried & Guralnik, 1997).

No seu trabalho, Caldas (2003) alerta que a dependência precisa ser reconhecida como uma importante questão de saúde pública. Com o aumento da população idosa, é estimado que o número de idosos incapazes de viver de forma independente irá crescer exponencialmente. Nos Estados Unidos, 54% das pessoas com idades de 65 ou mais anos apresentam dependência, sendo que esta percentagem tende a aumentar à medida que aumenta o número total da população adulta incluída neste grupo nos próximos 30 anos, passando de 17% para 26% (Yang, 2005).

Rosa (2003) afirma que a manutenção da capacidade funcional pode ter importantes implicações ao nível da qualidade de vida dos idosos. Aliás, Melo (2013) confirma, nas considerações finais do seu estudo sobre o sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos, que para a maioria da amostra baixos níveis de dependência funcional levam a bons índices tanto de sentido de vida como da sua qualidade. Também Yang (2005) refere que a dependência funcional pode contribuir para um aumento da sintomatologia depressiva nos mais idosos, problema este que já por si é comum nesta faixa etária mas cujo tratamento é tido em pouca consideração.

Convém pois não esquecer que a dependência não constitui um estado permanente, isto é, ela consiste de um processo dinâmico passível de ser modificado, prevenido ou reduzido na existência de um ambiente e assistência adequados (Caldas,

2003). A esse respeito, Zimmer & House (2003) fazem referência ao exercício e à prevenção da exposição a fatores de risco assim como ao acesso a programas médicos e de reabilitação como facilitadores da redução dos efeitos da dependência após o seu início. Yang (2005) menciona que da recuperação de alguma independência advém também uma diminuição da sintomatologia depressiva.

A prevenção da deterioração funcional torna-se por isso essencial, exigindo uma avaliação precoce e uma monitorização das limitações existentes, possibilitando assim a implementação de intervenções adequadas às necessidades reais percebidas pelo idoso. Uma avaliação funcional adequada é por isso essencial, pois é não só preditiva em termos de risco de institucionalização, como de deterioração física, necessidade de recursos de saúde e de mortalidade (Sequeira, 2010). É ainda de ressaltar que o enfoque destas intervenções deve ser de carácter multidisciplinar por forma a alterar fatores potencialmente modificáveis no sentido de evitar o excesso de incapacidade (Cerrato, 2004). A sua aplicação poderá ainda estar associada a uma diminuição da deterioração funcional e, conseqüentemente, uma diminuição ao nível dos internamentos hospitalares, menor número de readmissões e institucionalizações, redução do número de quedas e uma melhor perceção do estado de saúde (Cares, 2013).

Alves (2010) sugere que devem ser incentivadas políticas focalizadas numa redução de desigualdades sociais e económicas, assim como para uma organização dos sistemas de saúde de modo a que atendam as necessidades reais desta população, implementando ações de ordem preventiva e reforçando a importância de estratégias voltadas para a manutenção da saúde e de uma vida livre de incapacidade, de modo a viver com qualidade os anos adicionais de vida.

Neste trabalho, ao nível da competência funcional, iremos abordar apenas a capacidade da pessoa em realizar as atividades relacionadas com o seu autocuidado, as chamadas atividades básicas de vida diária (ABVD). Iremos também abordar o risco de quedas, por estas constituírem um fator privilegiado na aquisição de dependência, assim como o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (UP), como principal consequência da dependência. Ambos constituem indicadores da qualidade em saúde, sendo por isso de relevância acrescida.

2.1. Competência Funcional

Se a competência funcional pode ser entendida como a “*capacidade da pessoa em realizar as atividades relacionadas com o seu autocuidado, as atividades necessárias à sua independência e as atividades relacionais em função da sua capacidade cognitiva*” (Sequeira, 2010, p. 42), a incapacidade funcional poderá ser tida como a “*dificuldade ou a necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas necessárias para uma vida independente na comunidade*” (Alves, 2010, p. 2). Fried & Guralnik (1997) definem a incapacidade funcional como um processo dinâmico e progressivo, derivado de uma série de doenças crónicas e mudanças fisiológicas relacionadas com o envelhecimento. Segundo Yang (2005), a dependência funcional consiste na presença de dificuldade ou a necessidade de ajuda na realização de atividades quotidianas, tanto básicas como complexas, essenciais para uma vida independente em sociedade.

São vários os estudos que relacionam o declínio funcional com fatores demográficos, socioeconómicos e de condições de saúde. No seu estudo, Alves (2010) concluiu que a autoperceção da saúde, doenças crónicas, género, ocupação, escolaridade e o rendimento são fatores que estão fortemente associados à incapacidade funcional. Também Dorantes-Mendoza (2007) conclui que a dependência funcional está directamente relacionada com o envelhecimento, dependendo ainda de fatores como múltiplas comorbilidades, depressão, menor atividade física, poucas relações pessoais, dor, défices sensoriais ou o número de anos de trabalho. No seu estudo Rosa (2003) conclui dados semelhantes, fazendo referência à baixa escolaridade, idade avançada, ser do género feminino, ter antecedentes de AVC, problemas de saúde mental, hospitalizações, entre outros. Rodgers & Miller (1997) fazem também referência a uma maior probabilidade de dependência em pessoas do género feminino, com idades avançadas, menor escolaridade e menor rendimento familiar. Menciona ainda um aumento de limitações na realização das AVD's em pessoas com condições de saúde possivelmente debilitantes, assinalando em especial os antecedentes de AVC e de osteoartrose. Fried & Guralnik (1997) mencionam no seu trabalho uma série de patologias como estando relacionadas com a dependência física como as doenças do foro cardíaco, fratura da anca, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crónica, depressão ou mesmo o cancro para além das já referidas. Acrescentam ainda que a presença de mais de uma doença crónica num indivíduo é preditiva de incapacidade ou incapacidade

futura, sendo que a combinação de algumas poderá aumentar exponencialmente este risco.

Zimmer & House (2003) também referem características como a idade, gênero e estatuto sócio-econômico como influentes no desenvolvimento da incapacidade funcional debruçando-se, no seu estudo, em especial sobre os efeitos da educação e do rendimento. No que respeita à educação concluem que se encontra mais relacionada com o início do problema, pois uma baixa escolaridade leva a maiores exposições a fatores de risco, menor compreensão da natureza do problema e de como o contornar. Já o rendimento associa-se quer ao início quanto ao curso e progressão destas perdas, influenciando não só a sua prevenção mas também os recursos disponíveis para lidar com a incapacidade quando surge, sendo um facilitador da sua recuperação pela possibilidade de modificação das condições de vida e diminuição dos fatores que produzem e mantêm o problema.

Segundo Gratão (2013) a funcionalidade encontra-se dependente de três níveis de atividades, as atividades avançadas de vida diária, as atividades instrumentais de vida diária e as atividades básicas de vida diária, sendo estas as últimas a serem comprometidas na decorrência do processo de envelhecimento e sobre as quais este estudo se irá debruçar.

As ABVD's são definidas como *“o conjunto de atividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem precisar de ajuda de outros, ou seja, com autonomia e independência elementares (...). São as atividades imprescindíveis para uma pessoa viver de forma independente”* (Sequeira, 2010, p. 46). Cerrato (2004) define-as como *“ o conjunto de condutas que uma pessoa realiza todos os dias ou com uma frequência quase quotidiana que lhe permitem viver de forma autónoma e integrada no seu meio ambiente e cumprir com o seu papel social”*(p. 4).

Estas atividades avaliam essencialmente funções de sobrevivência, correspondendo assim aos níveis mais graves de deficiência das aptidões físicas quando afetadas, relevantes nos pacientes frágeis e/ou institucionalizados (Paixão Jr. & Reichenheim, 2005). No seu trabalho, Yang (2005) faz também referência a que são os ganhos ou as perdas na capacidade de realização das AVD's que mais se repercutem nas variações da sintomatologia depressiva manifestada por idosos dependentes.

A inclusão da avaliação e mensuração destas atividades em estudos (sobre a competência funcional da população idosa é extremamente comum. Elas fornecem uma

informação variada desde um ponto de vista clínico, podendo ser usadas para desenvolver informação preditiva sobre o desenvolvimento funcional relacionado com determinadas doenças e tratamentos, descrever o estado de desenvolvimento e severidade de certas doenças crónicas degenerativas ou planear decisões, mas também do ponto de vista político e no contexto de investigação. Politicamente, é considerado um dos principais critérios na determinação de benefícios e de estabelecimento de novas políticas sociais, enquanto que na investigação são utilizadas como preditores significativos de institucionalização, reestruturação familiar, cobertura de seguro, e mortalidade (Rodgers & Miller, 1997)

São muitas as AVD's que poderiam ser tidas em consideração, sendo que neste trabalho nos vamos cingir às 10 atividades descritas por Mahoney e Barthel na escala por elas proposta, o Índice de Barthel (IB), sendo estas: alimentação, vestuário, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal e vesical, subir e descer escadas, transferência cadeira-cama e vice-versa, assim como a deambulação (Mahoney & Barthel, 1965).

O IB constitui hoje em dia um dos instrumentos de avaliação de AVD's mais utilizados nos estudos internacionais encontrando-se já validada em Portugal. Apresenta um nível de fidelidade elevado para avaliação do grau de dependência nos serviços de saúde e constitui um instrumento de fácil aplicação e interpretação, baixo custo de aplicação, de rápido preenchimento e com grande poder de repetição de aplicação (Araújo, 2007).

A incapacidade funcional constitui um dos problemas mais temidos do envelhecimento devido a um conjunto de consequências que lhe estão associadas desde as de carácter pessoal, como a diminuição da autoestima, passando pelas de carácter familiar, com a mudança de papéis e rotinas, assim como a necessidade de prestação de cuidados especiais, o colapso do cuidador, a institucionalização e um sem número de implicações económicas quer a nível individual, familiar, social e de políticas de saúde (Dorantes-Mendoza, 2007). Cerrato (2004) partilha de opinião semelhante referenciando vários estudos onde se verificou uma estreita relação entre a capacidade de realizar AVD's, a autoestima e a perceção de autoeficácia. A alteração na capacidade de a pessoa realizar estas atividades de forma satisfatória pode levar a experiências stressantes e diminuir a qualidade de vida, levando a sentimentos de frustração e dependência (Melo, 2013).

Karsch (2003), citando Medina (1998), faz referência a que cerca de 40% dos indivíduos com 65 ou mais anos de idade necessitam de auxílio para a realização de pelo menos uma tarefa, sendo que destes 10% requer auxílio para a realização das ABVD's.

A incapacidade funcional pode ser prevenida ou reduzida através de intervenções focadas na relação etiológica entre as doenças crônicas, comorbidades e incapacidades, assim como nos inúmeros fatores de risco modificáveis (Fried & Guralnik, 1997).

2.2. Risco de Quedas

Saraiva (2008) define queda como um *“acontecimento inesperado e não intencional caracterizado pela perda de equilíbrio”*, *“podendo estar relacionada com a insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura”* (p. 28). Pode ainda dizer-se que é caracterizada pelo *“deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo útil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade do organismo”* (Saraiva, 2008, p. 29). Para Santos (2003) ela não é mais que a *“consequência, inevitável, da falência das reações de correção do equilíbrio, incapazes de contrariar o que é a tendência natural na posição ereta por ação da gravidade”*(p. 40).

Alguns autores referem-se a este fenómeno como um síndrome geriátrico pois, apesar de poder ocorrer em todas as idades, torna-se especialmente relevante entre os indivíduos com mais de 65 anos, quer por caírem mais vezes mas também por serem mais frágeis (Saraiva, 2008).

São vários os autores a defender que as quedas ocorrem mais frequentemente em idades avançadas, e mais no sexo feminino que no masculino. São ainda mais frequentes em idosos hospitalizados ou residentes em lares do que na comunidade (Saraiva, 2008; Santos, 2003; Gama, 2008; Salvà, 2004; Graafmans, 1996). A este respeito Ferrão (2011), citando Sorensen et al. (2006), acrescenta que nestes casos as quedas têm consequências mais graves devido à idade mais avançada, mais comorbidades e pior estado funcional, características da população residente nestas instituições, opinião compartilhada por Gama (2008). Saraiva (2008) assinala ainda que idosos de 75 a 84 anos de idade dependentes na realização de AVD's têm uma

probabilidade 14 vezes maior de cair que idosos independentes da mesma faixa etária. Para além disso, mais de dois terços daqueles que têm uma queda irão cair novamente nos seis meses seguintes. Segundo dados do Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – 2011, de 89% dos utentes que caem 32% não andam, 43% são dependentes de terceiros e 14% utilizam meios auxiliares (UMCCI, 2012).

As quedas constituem um problema multifatorial de causa tanto intrínseca como extrínseca, resultando geralmente da combinação de ambos os fatores (Graafmans, 1996). Os primeiros fazem referência às características inerentes a cada indivíduo enquanto os segundos se referem a fatores dependentes de circunstâncias sociais, ambientais e inerentes à própria atividade, que criam desafios à pessoa em questão (Saraiva, 2008; Santos, 2003; Salvà, 2004).

Dentro dos fatores intrínsecos podemos incluir as alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, certas patologias assim como o uso de fármacos (Saraiva, 2008):

- **Processo de envelhecimento** – Todo o processo de envelhecimento afeta os elementos responsáveis pela regulação da postura e do equilíbrio (Santos, 2003). Surgem também alterações relacionadas com a visão e a audição, aumento do tempo de reação a situações de perigo, distúrbios músculo-esqueléticos, sedentarismo, diminuição da capacidade funcional e aumento da incidência de certas patologias como a diabetes, osteoartrites e doenças do foro neurológico (Saraiva, 2008; Gama, 2008). A diminuição da força muscular é um dos mais importantes, assim como as alterações na marcha. (Santos, 2003);

- **Condições patológicas** – Incluem certas condições que podem ocasionar redução da capacidade física com efeitos no controlo postural e de equilíbrio, como por exemplo crises hipertensivas, arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca congestiva, demência, AVC e sequelas, alterações do metabolismo, doenças degenerativas, entre outras (Saraiva, 2008; Gama, 2008).

- **Uso de fármacos** – A medicação (diuréticos, anti-hipertensores, psicotrópicos, bloqueadores dos canais de cálcio, benzodiazepinas, entre outros) pode contribuir para uma maior incidência de quedas por diversos mecanismos ao desencadear no organismo alterações propícias à sua ocorrência (Saraiva, 2008; Santos, 2003). Gama (2008) acrescenta que a polimedicação também está relacionada com este fenómeno devido a um maior risco de utilização inadequada dos fármacos, reações

adversas e interações medicamentosas. Medicamentos de semi-vida longa podem também propiciar a ocorrência de quedas (Santos, 2003).

No que se refere aos fatores extrínsecos ou ambientais, estão incluídos fatores como a má iluminação, superfícies desniveladas ou escorregadias, existência de tapetes, degraus, obstáculos no caminho, calçado e roupa inadequada, ajudas técnicas em mau estado de conservação ou inadequadas (Saraiva, 2008; Santos, 2003; Salvà, 2004). Conforme é assinalado por Santos (2003), estes fatores estão implicados em mais de 50% das quedas, sendo que muitos deles podem ser corrigidos ou mesmo evitados.

Salvà (2004) faz referência ao exercício físico como um fator de risco a salientar enquanto potenciador de quedas pela sua ambiguidade, pois quer as pessoas mais ativas como as menos ativas apresentam risco acrescido. No caso das menos ativas pode dever-se a uma deterioração tanto física como funcional enquanto nas mais ativas resulta de uma maior exposição a situações de risco. Graafmans (1996) salienta que nestes casos as quedas ocorrem quando o nível de atividade ultrapassa o nível de habilidade que a pessoa tem para executar a atividade em causa.

A ocorrência de uma queda tem por consequência mais grave a morte. Elas constituem a primeira causa de morte acidental e a sexta causa de morte total em idosos com mais de 65 anos de idade, estimando-se na União Europeia a ocorrência de 40.000 mortes aproximadamente. É também nesta faixa etária que ocorrem cerca de 30% do número anual de quedas, aumentando para os 50% quando abordado apenas o grupo etário acima dos 80 anos (Santos, 2003; Saraiva, 2008; Morse, 1989; Salvà, 2004; Stalenhoef, 1997).

Para além de um importante fator de mortalidade, ainda contribuem substancialmente para a morbidade na população geriátrica (Saraiva, 2008). Dos utentes hospitalizados por quedas, sabe-se que apenas 50% permanecem vivos um ano após a queda. Apesar de a maior parte das fraturas, entre 30 a 50%, resultar em lesões minor dos tecidos moles, cerca de 5% resultam em lesões mais graves. O traumatismo crânio-encefálico, luxações, entorses, contusões e feridas, hematomas e lesões neurológicas, são outras consequências que podem ocorrer. As fraturas mais comuns são as do punho, anca, coluna e tornozelo, ocorrendo em cerca de 3% das quedas. A imobilidade ou perda de função, frequentemente advinda destas lesões, leva muitas vezes a institucionalizações precoces (Saraiva, 2008; Santos, 2003; Gama, 2008; Ferrão, 2011).

As quedas podem ainda originar um declínio de funcionalidade quer na realização das AVD's como nas atividades sociais potenciando o risco de institucionalização. O aumento da dependência pode ainda levar a uma maior incidência de úlceras de pressão, pneumonias, embolias ou mesmo confusão mental (Saraiva, 2008).

Depois de uma queda pode ocorrer uma perda de auto-estima assim como sentimentos de vulnerabilidade, depressão e ansiedade. O medo de cair pode levar ao isolamento, redução da atividade e conseqüentemente da mobilidade devido à perda de autoconfiança. O medo de se magoar, ser hospitalizado ou tornar-se dependente pode também surgir. Há pois uma diminuição da qualidade de vida do utente e da família, muitas vezes associado a um mau prognóstico (Saraiva, 2008; Morse, 1989; Salvà, 2004).

A longo prazo, todas estas conseqüências terão efeito não só no indivíduo mas também na sua família e nos serviços de saúde (Saraiva, 2008; Salvà, 2004). Gama (2008) aponta conseqüências a nível económico para as administrações públicas, aumentando os encargos ao nível da atenção sanitárias assim como de apoio social. É feita referência aos elevados custos para a saúde derivados destas lesões pela incapacidade permanente e/ou longo e dispendioso processo de reabilitação que podem acarretar. O apoio e intervenção de vários serviços públicos como assistência médica, proteção social, alojamento, educação e reabilitação podem ser necessários.

Constituindo um evento bastante complexo, de causa multifatorial e de difícil prevenção, a sua abordagem deve ser sempre multidisciplinar. As áreas prioritárias na prevenção de quedas consistem na identificação dos indivíduos em risco, assim como a seleção de intervenções adequadas e individualizadas a cada caso. A segurança do meio deve ser melhorada assim como a autoconfiança, procurando manter o indivíduo ativo e independente o máximo de tempo possível (Saraiva, 2008; Gama, 2008; Ferrão, 2011; Salvà, 2004).

Pessoas idosas com quedas recorrentes podem estar mais recetivas à implementação de medidas preventivas. A sua eficácia está em muito dependente das características da população onde irão ser aplicados (Grossberg & Desai, 2003). A grande diversidade de fatores de risco constitui um problema na implementação de estratégias preventivas. Assim, estes programas devem ser direcionados de uma forma geral para uma revisão terapêutica (essencialmente de sedativos e hipnóticos), déficits cognitivos, dificuldades de mobilização, nível de atividade, baixa tensão arterial,

tonturas e insuficiente força muscular (Stalenhoef, 1997). Santos (2003) faz referência ao tratamento da causa subjacente à primeira queda (quando presente) e ensinamentos de comportamentos adaptativos.

A identificação dos indivíduos que apresentam variáveis potenciadoras de quedas deve ser feita o mais precocemente possível com vista à rápida implementação de medidas preventivas (Gama, 2008; Morse, 1989). Para o efeito, foi desenvolvida por Janice Morse em 1989 a *Morse Fall Scale* (Escala de Morse), a qual proporciona uma forma rápida de identificação do risco de queda (Morse, 1989). De fácil preenchimento, constitui o instrumento mais utilizado internacionalmente para o efeito (Ferrão, 2011).

Embora não exclusiva, é da responsabilidade dos enfermeiros não só a prevenção de quedas mas também minimizar ao máximo a taxa de lesão (Ferrão, 2011). Os fisioterapeutas desempenham também um papel fundamental com a aplicação de exercícios específicos para a manutenção ou restabelecimento de eventuais alterações da marcha, equilíbrio ou execução do movimento (Gama, 2008).

As quedas constituem um risco real, sendo um evento bastante comum e devastador nos mais idosos. A sua ocorrência está dependente quer da frequência de exposição ao ambiente inseguro como da capacidade funcional do indivíduo em questão (Saraiva, 2008). Elas são consideradas um indicador da qualidade assistencial e um problema maior de saúde pública (Saraiva, 2008; Santos, 2003; Ferrão, 2011).

2.3. Risco de Desenvolvimento de Úlceras por Pressão

As úlceras de pressão constituem um problema de saúde pública, tanto a nível nacional como internacional (Ferreira, 2007).

Segundo a EPUAP-NPUAP (2009), as úlceras de pressão consistem numa *“lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção”* (p. 9). Já Coutinho M. A. (2003) define-as como *“lesões dos tecidos de revestimento/pele, resultado de um prolongado período de isquemia tecidular, originada pelo compromisso da microcirculação e do sistema linfático”* (p. 20). Este mesmo autor refere ainda tratar-se de uma ulceração da pele derivada de uma pressão prolongada em associação com outras variáveis. Segundo Russo (2006), as úlceras de pressão resultam de períodos prolongados de pressão ininterrupta sobre a pele, tecidos moles, músculos e

ossos, sendo que os mais idosos, vítimas de AVC ou pessoas com diabetes, demência, em cadeira de rodas ou acamadas, se encontram mais suscetíveis.

Na realidade, são várias as teorias que explicam o aparecimento destas lesões sendo ainda hoje difícil estabelecer com certeza qual o mecanismo exato responsável pela sua origem devido essencialmente a todo um vasto conjunto de fatores de risco, quer extrínsecos (forças de pressão, de fricção e de deslizamento, superfícies de apoio, maus posicionamentos, humidade) como intrínsecos (idade, limitação da mobilidade, condição física, pressão arterial baixa, insuficiência vasomotora, diabetes) (Ferreira, 2007; Coutinho M. A., 2003).

Atualmente, as úlceras por pressão constituem um peso significativo para a saúde tanto nos Estados Unidos como na Europa, sendo que nos últimos anos se tem vindo a assistir a um aumento da atenção para a sua prevenção, sendo a sua prevalência vista como um indicador de qualidade para as instituições (VanGilder, 2008; Coutinho M. A., 2003). A este respeito, a circular informativa da DGS de 23/06/98 refere que a formação de UP, quer esteja ou não associada a outros fatores, constitui um indicador da qualidade dos cuidados prestados pela equipe de saúde.

Ferreira (2007), citando Gould e colegas, concorda com o facto de a prevenção eficaz das úlceras de pressão constituir um importante indicador dos cuidados prestados. Acrescenta ainda, ao referir um estudo realizado na Alemanha onde foram observados 10.222 cadáveres dos quais 1.145 apresentavam UP (11,2%), que existe uma grande variabilidade na capacidade médica em reconhecer esta problemática como causa relevante de morte não usual, especialmente na população idosa.

Segundo uma pesquisa elaborada por VanGilder (2008), constatou-se que a maioria dos utentes identificados com úlceras de pressão apresentava idades de 61 anos ou mais, constituindo cerca de 78% da amostra. Russo (2006) constatou dados semelhantes sendo que no seu estudo 72,3% dos utentes com UP apresentavam idades de 65 ou mais anos. Pode-se portanto dizer que a idade se encontra associada ao aparecimento de úlceras de pressão, sendo a população idosa a mais afetada por esta problemática, o que vem colocar um problema face ao envelhecimento da população a que hoje assistimos (Ferreira, 2007).

Este mesmo autor refere ainda os custos significativos que esta problemática acarreta ainda para a qualidade de vida, mencionando um estudo (o Riverside Study) que ao medir o estado de saúde de dois grupos populacionais na comunidade (um portador de UP e outro não) concluiu existirem diferenças estatisticamente significativas

ao nível do funcionamento físico e da função social. Esta ideia é ainda complementada por Flanagan ao mencionar os custos para o utente os quais podem incluir dor e sofrimento, incómodo devido ao odor ou perda de líquidos, perda da funcionalidade dentro da família ou, se empregado, perda de rendimentos ou mesmo perda do posto de trabalho.

De acordo com a AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), citado por VanGilder (2008), as úlceras de pressão estão também associadas com um aumento da média de dias de internamento entre 10.2 e 14.1 dias, quando comparado com uma média de 4,6 dias em utentes sem UP. A mesma fonte refere ainda que os custos associados ao tratamento destas lesões foram estimados entre os \$500 (cerca de 360 €) a \$40.000 (cerca de 28.765 €), dependendo da severidade da ferida em questão. Dados semelhantes são também defendidos no estudo efetuado por Russo (2006) e nos vários estudos referidos por Ferreira (2007). Este último estima em 9 dias o aumento do tempo médio de internamento devido a uma úlcera de pequenas dimensões, aumentando até uma média de 140 dias quando mais graves, impedindo neste último caso 14 doentes de receberem cuidados durante esse mesmo período de tempo.

Pode-se então dizer que as úlceras de pressão vão reduzir na pessoa a sua *“independência e funcionalidade na realização de atividades de vida diária, agravando o seu estado geral”* e que, para além de *“causarem dor e sofrimento, aumentam a mortalidade, prolongam o tempo de hospitalização e representam um aumento de custos terapêuticos”* (Coutinho M. A., 2003, p. 20).

Sendo um consumidor implacável de recursos de cuidados de saúde e fonte de desconforto para utentes e seus cuidadores, tanto na comunidade como no meio hospitalar, torna-se essencial o conhecimento da sua etiologia e fatores associados como chave para a implementação e sucesso das estratégias de prevenção. Estimando-se que a grande maioria das úlceras de pressão, cerca de 95%, podem ser evitáveis, torna-se essencial estabelecer uma política de avaliação dos riscos rigorosa e fiável. Para tal deve ser efetuada uma abordagem estruturada através do uso de escalas de avaliação de risco conjuntamente com uma avaliação abrangente da pele e o juízo clínico (Ferreira, 2007; EPUAP-NPUAP, 2009).

Para o efeito, foi publicada a 19/05/2011 uma orientação da DGS que vem preconizar o uso sistemático da Escala de Braden e do instrumento da avaliação da pele, ambos validados para nosso país. No entanto convém lembrar que nenhum instrumento

é perfeito para todo o tipo de situação, devendo ser adaptadas às condições em que são aplicadas (Ferreira, 2007).

Por último convém lembrar que sendo um problema multidimensional, exige uma abordagem multidisciplinar para minimizar/eliminar os fatores de risco. Por melhores que sejam as tecnologias e os meios materiais disponíveis, eles apenas completam os cuidados de enfermagem não os podendo substituir. Educar o doente/família e envolvê-los na prevenção do desenvolvimento de úlceras de pressão é essencial, para além da implementação de estratégias de prevenção (Coutinho M. A., 2003).

3. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

O envelhecimento demográfico, derivado da maior longevidade das pessoas, está associado a uma maior incidência de incapacidades e de doenças crónicas, implicando uma cada vez maior necessidade de cuidados físicos, emocionais e/ou sociais (Sequeira, 2010). Tornaram-se assim evidentes carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, surgindo uma necessidade de novas respostas (Portaria n.º67/2012).

Criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados surge como um novo modelo organizativo e funcional com vista a dar resposta à crescente necessidade de cuidados destes grupos populacionais, articulando-se com os serviços de saúde e sociais já existentes (UMCCI, 2009).

O objetivo geral da RNCCI é, segundo o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, *“a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”*(p. 3858). Entende-se por cuidados continuados integrados o *“conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, (...) que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”* (p. 3857). Assentando num paradigma de recuperação global e de manutenção, entendidos como um processo ativo e contínuo que se prolonga mais além do tratamento da fase aguda da doença, a Rede compreende ainda a provisão e manutenção do conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis, baseando-se os seus princípios no respeito pela prestação de cuidados de uma forma individualizada e humanizada.

Pretende assim promover a criação de um modelo de prestação de cuidados adaptado às necessidades dos cidadãos e centrado no utente, no tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado (UMCCI, 2009).

O perfil mais frequente do utente da RNCCI consiste na *“predominância do sexo feminino, idade superior a 65 anos, baixa escolaridade (28% sem escolaridade, 61% com escolaridade até 6 anos, com um total de 89%), reside com família natural e que apresenta dependência”* sendo que *“os utentes incapazes e dependentes representam 94% do total de utentes”* (UMCCI, 2012, p. 36). Este mesmo autor salienta

que, no respeitante à idade, em 2011 85,4 dos utentes referenciados tinham mais de 65 anos, dos quais 39% tinham mais de 80 anos.

Apesar de a RNCCI assentar num modelo de intervenção integrada e articulada onde atuam diferentes tipos de unidades e equipas, cada uma com uma série de características próprias (UMCCI, 2009), iremos apenas abordar as ULDM, visto que este trabalho foi desenvolvido em duas unidades enquadradas nesta tipologia de resposta.

3.1. Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)

Conforme consta no Decreto-Lei n.º 101/2006, as ULDM são unidades de internamento de carácter temporário ou permanente, criadas para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, e que não possam, ou não devam, ser cuidadas no domicílio. Tem por objetivo a prestação de cuidados que previnam ou retardem o aumento da dependência, numa tentativa de melhorar o estado geral de saúde da pessoa em questão, num período de internamento geralmente superior a 90 dias consecutivos. Podem ainda facultar um internamento até 90 dias por ano, em situações temporárias, para apoio familiar ou descanso do cuidador principal.

Estas unidades encontram-se geridas por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial, sendo o trabalho desenvolvido por equipas multidisciplinares.

Os utentes integrados nesta tipologia de cuidados podem apresentar mais de um motivo de referência; tendo constituído como principais motivos, no ano de 2011, a dependência para as AVD's (89%), o ensino utente/cuidador informal (56%) e a reabilitação (29%). É ainda de assinalar que o descanso do cuidador constituiu o quarto motivo de referência (26%) e o tratamento de feridas/úlceras de pressão o sétimo (17%) (UMCCI, 2012).

A alta deve ser planeada desde o momento da admissão do utente (UMCCI, 2008). Não sendo um ato isolado, deverá sempre garantir a continuidade dos cuidados assim como o uso eficiente dos recursos disponíveis, potenciando uma resposta adequada às necessidades do utente, quer a nível domiciliário ou institucional (UMCCI, 2008).

O terem sido atingidos os objetivos terapêuticos constituiu o principal motivo de alta da RNCCI em 2011 num total de 71% dos utentes com alta. Já no caso específico

das ULDM é de apenas 41%. Dos utentes com alta desta tipologia verificou-se, no mesmo ano, que em 40% dos casos esta foi efetivada para o domicílio enquanto 45% foram para respostas sociais (UMCCI, 2012).

4. Prestadores de Cuidados no Pós-Alta

Conforme nos diz Sequeira (2010), *“o cuidar constitui uma dimensão ontológica do ser humano, pois os seus valores, atitudes e comportamentos no quotidiano expressam uma preocupação constante com essa atividade. Cuidar não é apenas mais uma função ou uma tarefa, mas sim uma forma de “estar no mundo”, um acto solidário que envolve respeito, reciprocidade e complementaridade”*(p. 159).

No cuidar está contida uma relação de obrigação e responsabilidade para com o outro dependente, envolvendo relações de proximidade e intimidade (Mafra, 2011). Encontra-se presente em todas as culturas diferenciando apenas na forma como se expressa e se realiza. O seu ponto em comum parece ser a família, tendo esta sido vinculada ao longo dos tempos à função do cuidar. É neste contexto que habitualmente se processa a assimilação do papel de cuidador (Sequeira, 2010; Mafra, 2011).

Por cuidador entende-se a pessoa cuja função é a de suprimir as necessidades de quem é dependente na realização das atividades de vida diária (Karsch, 2003). Já Gratão (2012) define-o como quem está responsável pelo cuidado da pessoa doente ou dependente, facilitando o seu desempenho nas AVD's excluindo para tal técnicas ou procedimentos identificados como exclusivos de outras profissões.

Cerrato (2004), de uma forma resumida, recomenda que quem cuida de pessoas dependentes deve ter em atenção determinados aspetos como: acondicionar o meio envolvente de forma a facilitar condutas mais independentes, ajudar apenas com o necessário, observando a pessoa de forma a saber tudo o que ela consegue fazer sozinha e não fazer nada que ela possa fazer por si só, preparar a situação antecipadamente, facilitando a autonomia, reforçar as condutas autónomas e simplesmente ignorar as dependentes, responder adequadamente quando são postas objeções às tentativas de favorecer a autonomia e potenciar a autoestima de quem é dependente. Também Grossberg & Desai (2003) salientam a importância de evitar o excesso de dependência através da implementação de uma filosofia reabilitadora no cuidar tanto por profissionais como pelos familiares.

É preciso não esquecer que, para que estas recomendações surtam efeito, é essencial que o cuidador, formal ou informal, seja paciente, flexível, sensível, amável, criativo e, acima de tudo, tenha interesse nas pessoas idosas e/ou dependentes (Cerrato, 2004).

De um modo sucinto ser-se cuidador exige todo um conjunto de competências, as quais se podem agrupar em três categorias: de informação, mestria e suporte. A primeira refere-se ao saber, isto é, às informações necessárias para cuidar. A segunda relaciona-se com a habilidade instrumental, o saber fazer, isto é na aquisição de capacidades na prestação de cuidados e no comunicar. A última delas, centra-se no desenvolvimento pessoal, o saber ser, isto é, o saber relacionar-se e cuidar-se (Sequeira, 2010). Estas competências adquirem especial importância no caso do cuidador informal.

Percebe-se assim como são grandes as exigências do cuidar, sendo que muitas vezes atravessam os limites do esforço físico, mental, psicológico, social e económico (Mafra, 2011). É importante, por isso, referir que prestar cuidados a alguém dependente pode desencadear importantes consequências sobre o bem-estar de quem cuida, sejam eles cuidadores formais ou informais. Intervenções que proporcionem tanto apoio cognitivo como emocional aos cuidadores são essenciais para que o cuidado prestado não seja afetado (Cerrato, 2004).

É da perda da independência e da autonomia que surge a necessidade de um cuidador (Gratão, 2013). Esta necessidade surge de forma progressiva, encontrando-se dependente da forma como evolui a doença, o que é variável. O tipo de necessidade de cuidados assim como a gravidade da situação clínica, são quem determina a frequência e a intensidade dos mesmos e, frequentemente, quem assume o papel de cuidador (Sequeira, 2010). Muitas das tarefas podem ser exercidas apenas por uma pessoa, já outras irão requerer a ajuda de terceiros ou mesmo de equipamentos específicos. A periodicidade da sua realização também varia, sendo algumas realizadas de forma diária e outras esporadicamente. O cuidar exige assim um grande esforço físico e mental por parte do cuidador, que varia consoante as diferentes tarefas (Mafra, 2011).

De uma forma geral, podemos considerar três soluções que se oferecem hoje ao idoso dependente. A primeira é constituída pela família, onde os cuidados são prestados pelo cônjuge, descendentes ou outros parentes. A segunda consiste do apoio dos serviços domiciliários, em que profissionais/voluntários se deslocam à casa do idoso a fim de prestar serviços diversificados. Por último, temos as instituições onde os serviços são prestados em instituições especializadas podendo ser de carácter permanente ou esporádico. Pode ainda ser considerada uma quarta via, que apesar de residual neste universo, é constituída pela prestação de cuidados informais por parte de vizinhos ou voluntários. (Jacob, 2012).

Assim, no que respeita à prestação de cuidados, o cuidar pode assumir duas formas distintas: o cuidado formal ou informal. Enquanto o primeiro é habitualmente executado por profissionais devidamente qualificados, remunerados e/ou voluntários, em hospitais, lares, instituições comunitárias, entre outras, o segundo é executado preferencialmente no domicílio por elementos da família, amigos, vizinhos ou outros (Sequeira, 2010).

Em Portugal, o peso tradicional do cuidado informal é ainda bastante forte apesar das atuais alterações sentidas ao nível da estrutura familiar. Esta adquire uma importância acrescida para os mais velhos uma vez que são os sentimentos de pertença, de ser amado e valorizado, que evitam o isolamento e o anonimato (MTSS, 2009).

Este mesmo autor assinala que, muitas vezes, estes dois tipos de cuidados se encontram interligados, recebendo o idoso dependente apoio de ambos os lados. É frequente o cuidador informal, mesmo prestando a maioria dos cuidados, beneficiar de um tipo específico de apoio formal como o apoio domiciliário. Já quando o idoso recebe a maioria dos cuidados de forma formal, também pode existir o recurso à rede informal como complemento para certas respostas.

No entanto, e apesar desta separação, uma parceria entre os profissionais de saúde e aqueles que cuidam é de extrema importância, pois é através dela que se poderá evitar, dentro do possível, as hospitalizações, institucionalizações assim como outras formas de segregação e de isolamento (Grossberg & Desai, 2003; Caldas, 2003). Uma formação adequada, que possibilite uma sistematização das tarefas a realizar no próprio domicílio, assim como a promoção à saúde, prevenção de incapacidades e manutenção da capacidade funcional do idoso dependente são por isso fundamentais (Caldas, 2003).

Convém ainda ter em atenção que a decisão entre cuidar do idoso dependente no domicílio ou institucionalizá-lo pode ter por base uma perspetiva económica. Devido à forte recessão económica que hoje se sente assim como ao alto índice de desemprego existente, cada vez mais se verificam casos em que o idoso proporciona a única fonte salarial familiar, sendo esse o motivo de a família se responsabilizar pelo seu cuidado como forma de garantir a sua subsistência. Assiste-se aqui a uma inversão da lógica no cuidar, em que o idoso deixa de ser o alvo dos cuidados para passar a ser o garante tanto do seu cuidado como dos seus familiares (Mafra, 2011; Caldas, 2003).

4.1. Cuidador Informal

Regra geral, entende-se pela família como o lugar ideal para viver cada etapa do nosso desenvolvimento, constituindo um local privilegiado para se envelhecer. São várias as funções que vai assumindo com o tempo desde o desenvolvimento, proteção e socialização de cada um dos seus membros. Ela tem assumido desde sempre o papel de cuidadora dos seus, responsabilizando-se assim pela prestação de cuidados em certos contextos (Gomes & Mata, 2012; Sequeira, 2010; Andrade, 2009). A forma como é aceite ou não o diagnóstico de uma doença incapacitante pela família pode afetar todo o seu desenvolvimento e reabilitação, podendo ainda fortalecer ou debilitar a saúde familiar (Benjumea, 1995).

Se um tempo houve em que, com o desenvolvimento da ciência médica, as instituições de saúde chamaram a si a responsabilidade pela prestação de cuidados, hoje em dia assiste-se a um enfoque na manutenção dos que necessitam de cuidados no domicílio como forma de promoção da autonomia e da dignidade. Esta atitude está ainda relacionada com a necessidade de melhorar a qualidade de vida do doente e de otimizar custos sociais e económicos (Sequeira, 2010). Segundo Tooth (2005), nos Estados Unidos os cuidadores informais de utentes portadores de antecedentes de AVC pouparam em 1999 cerca de 6 milhões de dólares.

É a família quem constitui a fonte principal e mais importante de ajuda, sendo muitos os estudos a comprovarem que os familiares são quem constitui os principais cuidadores (Benjumea, 1995; Wolff & Kasper, 2006). Surgem assim os chamados cuidadores informais, os quais designam o agente, habitualmente um elemento da família ou alguém muito próximo, que se responsabiliza diretamente pela prestação da totalidade dos cuidados. Por cuidados informais entende-se os cuidados desempenhados de forma não antecipada e não remunerada, podendo abranger a sua totalidade ou apenas parte (Sequeira, 2010).

O processo de envelhecimento traz consigo o desenvolvimento de uma forte carga de doenças crónicas e limitações funcionais (Caldas, 2003), trazendo consequências ao nível da (re)organização familiar para o cuidado daqueles que mais precisam (Mafra, 2011).

Segundo Sequeira (2010), a escolha do cuidador na família é feita de forma muito subtil, não passível de programação, tendo por base características e experiências pessoais de cada elemento assim como do contexto em que se encontra. Esta escolha

está intimamente ligada à história pessoal e familiar de cada elemento, tendo por base contextos sociais e culturais. No entanto, a literatura internacional aponta para quatro grandes fatores que geralmente influenciam esta decisão, sendo eles: o grau de parentesco, o gênero, a proximidade física e a proximidade afetiva (Karsch, 2003; Caldas, 2003; Sequeira, 2010; Gomes & Mata, 2012).

Shanas (1979), citado por Wolff (2006), refere a existência de um modelo hierárquico para a adoção do papel de cuidador sendo este cônjuge, filhos, outros familiares e amigos. Habitualmente, este papel recai essencialmente sobre a mulher, dentro das quais primeiro a esposa, seguida das filhas e depois das noras. No seu estudo, Wolff (2006) ressalva a existência de um crescimento da representação do homem enquanto cuidador nos últimos anos. A participação de amigos e vizinhos está mais associada a cuidados esporádicos. De entre os cônjuges e os filhos, a escolha é feita com base na cumplicidade desenvolvida ao longo dos anos de convívio (Sequeira, 2010). Estes dados são apoiados por vários estudos como o realizado por Ramos et al. (1993), citado por Caldas (2003), que mostra que 40% dos idosos contam com o cônjuge em caso de doença ou incapacidade, 35% com a filha, 11% com o filho e 10% com toda a família. Outros autores como Karsch (2003) ou Sequeira (2010) fazem referência a dados semelhantes.

No que se refere ao gênero, a maioria dos estudos confirma que o cuidar é feito essencialmente no feminino, em parte por o cuidado ser inerente ao papel de mãe (Benjumea, 1995; Gratão, 2013; Andrade, 2009; Karsch, 2003; Sequeira, 2010; Caldas, 2003; MTSS, 2009).

A proximidade física e afetiva existente entre quem cuida e quem é cuidado assume grande importância, sendo frequente a coresidência de ambos, pois tal vem facilitar o cuidar colocando os cuidadores numa posição privilegiada (Sequeira, 2010; Caldas, 2003; Karsch, 2003; Gratão, 2013).

Podemos portanto dizer, que *“os dados mais consensuais sugerem que o cuidar se faz essencialmente no feminino e por familiares próximos ao idoso, que habitualmente vivem em coresidência”* (Sequeira, 2010, p. 257).

Muitas vezes as alterações ocasionadas pela doença constituem um forte impacto na família, levando a alterações de cariz afetivo, financeiro, nas relações de poder, entre outras, em muito dependendo da própria organização familiar (Andrade, 2009). Aliás, no seu estudo, este mesmo autor refere que em 79,2% da sua amostra houve um comprometimento da estrutura familiar.

Assiste-se hoje em dia a uma crescente, e cada vez mais precoce, participação da mulher no mercado de trabalho, o qual representa para muitas as fundamentações do seu futuro. Nestes casos, às atividades do cuidar, somam-se as laborais assim como as domésticas próprias de mãe, esposa e/ou avó, gerando um acúmulo de trabalho. Assim, a tarefa do cuidar pode muitas vezes vir a exigir uma escolha entre estas funções (Mafra, 2011; Karsch, 2003; Gratão, 2012; Benjumea, 1995). Esta decisão pode levar a um processo de reestruturação económica para toda a família, pois o afastamento do mercado de trabalho de um membro da família pode revelar-se economicamente bastante desvantajoso dependendo do seu nível de rendimentos (Mafra, 2011).

Ao assumir o cuidado de alguém, é notório um aumento das despesas tanto com a saúde, ao nível da medicação, consultas, fraldas, tratamentos, entre outros, como de possíveis necessidades de modificação do domicílio. Este menor rendimento quando associado à maior necessidade de gastos pode levar a uma sobrecarga financeira com repercussões em todo o grupo familiar (Sequeira, 2010).

Fatores como a instabilidade dos mercados de trabalho, o desemprego, entre outros, dão origem a fortes movimentos migratórios, muitas vezes permanentes, que levam a que muitas pessoas envelheçam sem ter os filhos por perto (Mafra, 2011; Karsch, 2003).

É com frequência que quem assume os cuidados pertença à mesma faixa etária dos que são cuidados, encontrando-se facilmente idosos a cuidar de idosos (Caldas, 2003). Pode-se então dizer que quem cuida são potenciais doentes, cuja capacidade funcional está constantemente em risco, constituindo o cuidar um fator acrescido de morbilidade física e mental (Karsch, 2003; Sequeira, 2010; Pinquart & Sörensen, 2007).

O papel de cuidar é muitas vezes levado a cabo de forma contínua e ininterrupta, com horas seguidas de trabalho, sem ajudas de terceiros (Gratão, 2012; Karsch, 2003; Wolff & Kasper, 2006; Tooth, 2005). Muitas vezes prolonga-se no tempo, exigindo do cuidador recursos que não possui, podendo levar a uma sobrecarga (Mafra, 2011). A existência de filhos menores potencia muitas vezes este fenómeno (Andrade, 2009). No estudo levado a cabo por Gratão (2013) sobre a dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador, é feita ainda referência de que a uma maior dependência funcional do idoso corresponde uma maior necessidade de apoio do cuidador e, conseqüentemente, maiores níveis de sobrecarga do mesmo. A presença de demências constitui também um fator de desgaste importante, mais até que a dependência física (Tooth, 2005; Sequeira, 2010; Grossberg & Desai, 2003; Pinquart & Sörensen, 2007).

A complexidade do cuidar leva a que frequentemente os cuidadores se esqueçam deles próprios, das suas necessidades e satisfação em viver, sendo possuídos por sentimentos tanto positivos como negativos, conflitos psicológicos, aflição, medo e insegurança (Gratão, 2013) aumentando assim o risco de institucionalização daquele que é cuidado (Pinquart & Sörensen, 2007; Grossberg & Desai, 2003). Tooth (2005) faz referência ao facto de que ser-se cuidador está ligado a um aumento da mortalidade, morbidade cardiovascular e psiquiátrica e a uma diminuição do nível de satisfação de vida.

A forma como se lida com esta situação encontra-se dependente de muitos fatores, como é o caso das redes de apoio formais e informais a que se possa recorrer, dos recursos pessoais do cuidador, da sua perceção sobre como esta atividade afeta a sua vida, dos conhecimentos e habilidades para cuidar, das estratégias tidas para enfrentar cada situação, a forma de procurar conforto emocional, o significado do cuidar, entre outros (Mafra, 2011). Gratão (2013) assinala ainda a importância de grupos de suporte social para a diminuição deste fenómeno, cuja multidimensionalidade exige intervenções conjuntas.

É importante que ao passar a responsabilidade do cuidado à família, esta seja instrumentalizada para o poder fazer (Mafra, 2011). Não se pode esperar que os cuidados sejam entendidos e executados corretamente sem que quem fica responsabilizado por eles seja devidamente orientado. Segundo um estudo realizado por Medeiros et al. (1998) sobre a trajetória de vida de idosos altamente dependentes, citado por Caldas (2003), aquando da alta hospitalar os cuidadores raramente receberam informações claras sobre a patologia, orientação ou apoio para os cuidados ou indicações de um serviço para prosseguir o tratamento, sendo orientados apenas superficialmente no respeitante à medicação, alimentação e retornos. Este abandono é também sentido no ambulatório, fazendo-se referência à grande demora para marcação de consultas de acompanhamento médico, a qual aumenta ainda mais no caso da necessidade de especialistas, exames complementares ou de fisioterapia. A falta de transporte para a realização de certos tratamentos é também mencionada, aquando da presença de limitações na mobilidade do paciente. Andrade (2009) aponta para dados semelhantes no seu estudo, referindo que em 97,4% dos casos por ele estudados, as famílias não tinham sido orientadas sobre a prestação de cuidados diretos no domicílio no pós-alta.

Cria-se assim um círculo vicioso de doença, falta de tratamento, agravamento da doença e conseqüente aumento dos gastos com esta. Os profissionais de saúde assumem aqui um papel fundamental. São fundamentais visitas periódicas ao domicílio, principalmente nos casos de idosos a prestar cuidados, assim como o treino e supervisão do cuidador na realização das atividades assistenciais exigidas até que este se sinta seguro para as assumir (Karsch, 2003; Gratão, 2013; Tooth, 2005). Aliás, segundo Sequeira (2010), a ausência de treino dos cuidadores constitui um fator preditivo de deterioração cognitiva e funcional do idoso dependente. É essencial ensinar a família a lidar com sentimentos de culpa, frustração, raiva, depressão, entre outros, que acompanham esta responsabilidade. Garantir uma continuidade de assistência é essencial para a obtenção de uma maior qualidade de vida, menores índices de novas hospitalizações ou mesmo a institucionalização (Caldas, 2003; Gratão, 2013; Andrade, 2009). Facultar informações de uma forma clara e honesta sobre eventuais doenças em causa é também essencial, assim como discutir o seu progresso e formas de tratamento. Saber reconhecer sintomas que podem ou poderão surgir irá facilitar a formulação de intervenções com vista à manutenção do estado de saúde (Grossberg & Desai, 2003). Tooth (2005) faz ainda referência que uma melhoria na capacidade funcional tanto motora como cognitiva levará a menos horas de cuidados e conseqüentemente menor sobrecarga, adquirindo aqui a reabilitação um papel fundamental.

Benjumea (1995) aponta cinco necessidades principais dos cuidadores informais, sendo elas a informação a respeito dos cuidados e evolução da doença, tempo de descanso, apoio tanto emocional, social, técnico e psicológico, reconhecimento do trabalho realizado, e ser-se ouvido e considerado.

Cuidar de quem cuida é fundamental (Grossberg & Desai, 2003). Assim, os cuidadores também deveriam ser alvo de cuidados especiais devido ao desgaste a que estão sujeitos e ao risco de se tornarem igualmente doentes e dependentes. Contudo, estas necessidades encontram-se frequentemente negligenciadas pelos serviços de saúde (Mafra, 2011). Os apoios estruturados a cuidadores informais são ainda pontuais, o que não permite otimizar o seu potencial (Sequeira, 2010).

Karsch (2003) faz referência a um estudo desenvolvido pelo grupo de pesquisa Epidemiologia do Cuidador levado a cabo sobre 102 pessoas com mais de 50 anos que tinham retornado a casa com quadro de dependência após um primeiro episódio de um AVC, no qual se concluiu que em 98% dos casos o cuidado ficou a cargo de um familiar, maioritariamente do género feminino (92,9%). Destas a grande maioria eram

esposas (44,1%), seguidas pelas filhas (31,3%). Verificou-se também que 67,9% dos cuidadores não dispunham de ajuda na prestação de cuidados, sendo que 59% dos cuidadores apresentavam mais de 50 anos e, destes, 41% tinham mais de 60 anos. Verificou-se ainda que 39,3% dos cuidadores entre 60 e 80 anos cuidavam de 62,5% de pacientes da mesma faixa etária. Este estudo demonstrou também o forte impacto causado pela dependência do pós AVC ao nível das relações familiares, exigindo alterações que envolvem afeto, finanças, relações de poder entre outras variáveis.

Nem sempre o idoso encontra na família o amparo de que necessita quer por recursos insuficientes como pelas dificuldades que esta encontra para dele cuidar. Um cuidado inadequado, ineficiente ou mesmo inexistente é muitas vezes observado em famílias que não se encontram disponíveis, não estão preparadas ou estão sobrecarregadas por essa responsabilidade. Isto alerta para uma forte possibilidade de abusos e maus-tratos, pelo que é necessário lembrar que, apesar do forte apelo à prestação de cuidados no domicílio, nem sempre se poderá garantir um cuidado humanizado neste (Caldas, 2003).

4.2. Cuidador Formal

Segundo Jacob (2012) “*considera-se institucionalização do idoso quando este está durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família*”(p. 133).

A opção pela rede formal surge mais associada a uma enfraquecida ou mesmo inexistente relação familiar, a maiores níveis de dependência ou a um maior grau de exigência nos cuidados a prestar (MTSS, 2009; Caldas, 2003; Pereira, 2012).

No sentido de evitar o isolamento quer individual como social, promover a autonomia, assegurar serviços e/ou cuidados multidisciplinares a grupos mais vulneráveis, foi implementado todo um conjunto de serviços e equipamentos sociais de suporte. Estes têm por dupla função complementar, ou mesmo substituir, a família na prestação dos cuidados à pessoa dependente (MTSS, 2009).

Oficialmente são reconhecidas sete respostas sociais pela Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança (DGSSFC), cada uma detentora de objetivos e destinatários próprios, sendo elas: serviço de apoio domiciliário (SAD), centro de convívio, centro de dia, centro de noite, acolhimento familiar para pessoas idosas, residência e lar de idosos (DGSSFC, 2006). É de assinalar que, segundo a Portaria

n.º67/2012 de 21 de Março, as respostas de Lar de Idosos e Residência para Idosos passaram a ser designadas como Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

De entre estas respostas, iremos abordar de forma sucinta as mais capazes de dar resposta às altas das ULDM da RNCCI, sendo elas o SAD, as ERPI e o acolhimento familiar para pessoas idosas.

O SAD consiste na *“prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária”* (DGSSFC, 2006, p. B 1.1). Este serviço procura a manutenção do bem-estar do utente no seu domicílio o máximo de tempo possível, constituindo uma resposta relativamente recente. Tem por objetivos: assegurar a satisfação de necessidades básicas quer ao indivíduo como respetiva família, prestar cuidados de ordem física e psicossocial assim como colaborar na prestação dos cuidados de saúde (Jacob, 2012). Em 2012, quase 50% dos utentes a receber este apoio tinham até 80 anos (MTSS, 2012).

As ERPI, segundo a Portaria n.º67/2012 de 21 de Março, constituem o *“estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem”* (p. 1324). Estas estruturas têm por objetivo: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, contribuir para um envelhecimento ativo, preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social. Constituem a resposta social mais antiga, tendo origem histórica nos asilos, sendo uma alternativa para quem se encontra em maior risco de dependência ou que já o seja (Jacob, 2012). Em 2012, continua a ser a ERPI a resposta com maior taxa de utilização (93,4%). É ainda de assinalar que nesse mesmo ano, 70% dos utentes a usufruir desta resposta apresentavam idade superior a 80 anos, dos quais 46% tinham 85 ou mais (MTSS, 2012).

Já o acolhimento familiar para pessoas idosas permite *“integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando, por ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio”* (DGSSFC, 2006, p. B1.5). Tem por objetivo: acolher, num máximo de três, pessoas idosas dependentes ou com perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio sócio-familiar e/ou em situação de

insegurança, garantir um ambiente sócio-familiar e afetivo propício e evitar ou retardar a institucionalização (DGSSFC, 2006).

Segundo dados da Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos 2012, tem-se vindo a assistir desde 2000 a um desenvolvimento expressivo destas respostas, sendo o SAD quem registou um maior crescimento (62%), seguido da ERPI (44%). Tem-se registado igualmente uma tendência de decréscimo da taxa de utilização, provavelmente derivado do aumento do número de lugares e de alguma retração das famílias. É ainda de referir que cerca de 78% dos utentes em ERPI possuem alguma dependência, valor este que desce para 60% no caso do SAD, derivado diretamente das características de cada uma das respostas (MTSS, 2012).

São vários os autores que referem que a opção pela institucionalização do idoso dependente ocorre apenas no limite da capacidade da família em oferecer os cuidados necessários, sendo vista como algo de negativo, quer pelos idosos como pelos seus familiares (Caldas, 2003; Karsch, 2003). Segundo dados do barómetro sénior da Rede de Universidades da Terceira Idade, mais de metade dos inquiridos não se imagina a viver num lar, preferindo o serviço de apoio domiciliário (Jacob, 2012).

Cada vez mais, tem-se vindo a constatar que as contribuições financeiras por parte do estado não são suficientes para cobrir as despesas derivadas da prestação destes cuidados, cada vez mais sofisticados, prolongados e dispendiosos. Cabe aos utentes assim como às próprias organizações garantir a parte em falta, o que se tem vindo a revelar um problema pois a maioria dos utentes tem baixos rendimentos e a margem de gestão das organizações é muito pequena (Pereira, 2012). Moragas (1994), citado por Caldas (2003), também refere não existir um valor público capaz de fazer frente à totalidade das necessidades de quem é dependente, precisará nos próximos anos. A institucionalização de todos os afetados pela dependência não é viável, quer por motivos de custo como pela qualidade da assistência.

É assim certa a necessidade de mais e melhores respostas sociais, de saúde e de educação/convívio para os idosos, advinda do crescente envelhecimento demográfico. Estas irão provavelmente evoluir conforme as necessidades dos mais velhos assim como dos recursos existentes (Jacob, 2012).

CAPÍTULO II – TRABALHO EMPÍRICO

1. Procedimentos metodológicos

1.1. Tipo de estudo

O presente estudo, constitui um estudo de natureza quantitativa, com carácter observacional-descritivo e longitudinal.

É utilizada uma metodologia quantitativa visto que a pesquisa se centra na *“análise de fatos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação de em variáveis comportamentais e/ou sócio-afetivas passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas no decurso do processo da investigação empírica”*(p. 24) tendo como objetivo *“desenvolver generalizações que contribuam para aumentar o conhecimento e permitam prever, explicar e controlar fenómenos”*(p. 25) (Coutinho, 2011).

Consiste ainda num estudo observacional, isto é, um estudo no qual o investigador não intervém, apenas *“desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente (...) e quais os efeitos ou as relações dos acontecimentos com as variáveis, e qual o efeito nos sujeitos em estudo”* (Ribeiro, 2010, p. 51). Dentro deste desenho podemos considerá-lo ainda como um estudo descritivo, pois fornece informação acerca da população em causa, e longitudinal, pois os dados são recolhidos em vários momentos do período de estudo (Ribeiro, 2010).

1.2. Objetivo do estudo

Um dos passos fundamentais da investigação consiste na formulação dos objetivos da investigação, os quais representam aquilo que o investigador tenciona fazer no decorrer do estudo (Ribeiro, 2010). Segundo Fortin (1999), consiste num *“enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação”*(p. 100).

Assim, como objetivo geral, propusemo-nos avaliar os resultados em saúde durante o internamento nas ULDM de Vimioso e Miranda do Douro e perceber que alterações ocorreram nesses indicadores no pós-alta.

Tendo em conta este objetivo geral, foram definidos como objetivos específicos:

- Verificar se, no pós-alta, houve manutenção dos ganhos ao nível da funcionalidade obtida durante o internamento nas ULDM de Vimioso e Miranda do Douro;
- Verificar se, no pós-alta, houve manutenção do risco de quedas obtido durante o internamento nas unidades referidas;
- Verificar se, no pós-alta, houve manutenção do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão obtida durante o internamento nas unidades referidas.

1.3. Seleção da População e Amostra

Ribeiro (2010), citando Norusis (1991), refere que *“as pessoas ou objetos acerca dos quais se pretende produzir conclusões designam-se por população”*(p. 41). A esta definição, Fortin (1999) acrescenta ainda que se trata de *“uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”*(p. 202).

Já a amostra, é entendida como *“um sob-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”* constituindo *“uma réplica em miniatura da população alvo”* (Fortin, 1999, p. 202). Será portanto desta amostra que serão recolhidos os dados necessários ao estudo devendo, por isso, ter as mesmas características da população de onde foi extraída (Coutinho, 2011).

Para este estudo, a população foi constituída por todos os utentes cuja data final de internamento ocorreu durante o período de 1 de outubro de 2012 a 31 de maio de 2013, inclusive, nas ULDM de Vimioso e Miranda do Douro, sendo constituída por 82 indivíduos.

Para a obtenção do número total de sujeitos da amostra, recorreremos à amostragem não probabilística, nomeadamente a amostra por conveniência ou acidental. Da população inicial foram excluídos todos os sujeitos cujo fim do internamento se deveu a óbito ou a agudização prolongada. Conseguiu-se assim uma amostra de 52 indivíduos, cujo final do internamento se deveu a alta clínica ou transferência para outra resposta da RNCCI. Os participantes foram avaliados em três momentos distintos durante o estudo (na admissão na unidade, alta desta e no pós-alta). Todas as avaliações foram realizadas pelo mesmo investigador.

1.4. Procedimentos e Colheita de Dados

De forma a desenvolver o estudo em questão, foi solicitado inicialmente um pedido de autorização para o processo de colheita de dados às ULDM de Vimioso e de Miranda do Douro, o qual foi concedido. De seguida foi elaborado um instrumento de recolha de dados, o qual foi aplicado à amostra em causa através da consulta de dados clínicos em fontes secundárias e contacto via telefone, de acordo com o protocolo previamente delineado, e com introdução em base de dados criada para o efeito.

Os dados foram recolhidos durante o mês de agosto de 2013, abrangendo o período de 1 de outubro de 2012 a 31 de maio de 2013 de forma que os utentes já tivessem tido alta da respetiva unidade há pelo menos dois meses.

1.4.1. Instrumento de Recolha de Dados

O processo de recolha de dados “*consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim*” (Fortin, 1999, p. 261). Será desta recolha que dependerá a qualidade informativa dos dados obtidos (Coutinho, 2011).

Para tal, foi desenvolvido um questionário a aplicar que se encontra dividido em três partes distintas, conforme poderá ser observado em documento que apresentamos em anexo a este trabalho. Na primeira parte é feita uma breve caracterização sociodemográfica e clínica do utente, assim como do seu internamento na respetiva unidade, e são recolhidos os dados relativos ao Índice de Barthel e às Escalas de Morse e Braden na admissão e alta do utente. A parte dois é preenchida aquando do contacto telefónico com o utente/cuidador em questão. Esta consiste numa breve caracterização do cuidador principal no domicílio (parte esta que só é preenchida nos casos em que a alta foi efetuada para o domicílio), seguindo-se umas breves perguntas relativamente ao seguimento do utente no pós-alta e sobre as escalas que irão ser avaliadas. A terceira e última parte do questionário consiste na transcrição dos dados obtidos aquando da elaboração da chamada telefónica, de uma forma mais organizada, e da adequação das respostas dadas aos instrumentos em questão.

Convém ainda salientar que todas as partes do questionário se encontram identificadas através de um código, de forma a garantirem o anonimato dos participantes no estudo.

1.4.1.1. Índice de Barthel (IB)

O Índice de Barthel é um instrumento que consiste na avaliação do nível de independência da pessoa na realização das suas atividades básicas da vida diária. É composto por um total de dez ABVD's, sendo elas: alimentação, vestuário, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação (Mahoney & Barthel, 1965).

Na versão original, cada uma destas atividades apresenta entre dois a quatro níveis de dependência em que a pontuação varia de 0 a 15, conforme consta do quadro seguinte:

Quadro 1 - Índice de Barthel

Atividades de Vida Diária	Nível de Dependência	Score
Alimentação	Independente	10
	Necessita de Ajuda	5
	Dependente	0
Vestir	Independente	10
	Necessita de Ajuda	5
	Dependente	0
Banho	Independente	5
	Dependente	0
Higiene Corporal	Independente	5
	Dependente	0
Uso da casa de banho	Independente	10
	Necessita de Ajuda	5
	Dependente	0
Controlo Intestinal	Independente	10
	Incontinente Ocasional	5
	Incontinente Fecal	0
Controlo Vesical	Independente	10
	Incontinente Ocasional	5
	Incontinente ou Algaliado	0
Subir e Descer Escadas	Independente	10
	Necessita de Ajuda	5
	Dependente	0
Transferência Cadeira/Cama	Independente	15
	Necessita de Ajuda Mínima	10
	Necessita de Grande Ajuda	5
	Dependente	0
Deambulação	Independente	15
	Necessita de Ajuda	10
	Independente com Cadeira de Rodas	5
	Dependente	0

A pontuação total da escala varia de 0 a 100 pontos (com intervalos de 5 pontos) de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, isto é, quanto menos pontos maior o grau de dependência da pessoa em questão, segundo os seguintes pontos de corte:

Quadro 2 - Pontos de corte do Índice de Barthel

Pontuação	Nível de dependência
90-100	Independente
60-89	Ligeiramente dependente
40-55	Moderadamente dependente
20-35	Severamente dependente
<20	Totalmente dependente

1.4.1.2. Escala de Morse

A escala de Morse consiste num instrumento de recolha de dados com vista a uma rápida identificação dos utentes em risco de queda (Morse, 1989). O seu uso é recomendado internacionalmente, sendo dos mais utilizados. É um instrumento simples, rápido e de fácil preenchimento, permitindo assim uma implementação imediata de medidas preventivas, bem como uma monitorização do risco de queda durante a institucionalização (Ferrão, 2011).

A sua aplicação consiste na avaliação de seis variáveis distintas, facilmente identificáveis e rápidas de pontuar (Morse, 1989), conforme se pode constatar no seguinte quadro:

Quadro 3 - Escala de Morse

Item	Escala
Antecedentes de Quedas	Sim 25
	Não 0
Diagnóstico Secundário	Sim 15
	Não 0
Apoio para Deambulação Apoia-se na mobília Canadianas/Bengala/Andarilho Nenhum/Apoiado/Acamado	30
	15
	0
Medicação e/ou Heparina Intravenosa	Sim 20
	Não 0
Marcha Normal/Acamado/Cadeira de Rodas Desequilíbrio fácil Défice de Marcha	0
	10
	20
Estado Mental Consciente das suas limitações Não consciente das suas limitações	0
	15

Urbanetto (2013), citando Morse (1997), aponta que cada critério da escala recebe uma pontuação que varia de 0 a 30 pontos, num máximo de 125 pontos, em que quanto maior a pontuação maior será o risco de queda, consoante os seguintes pontos de corte:

Quadro 4 - Pontos de corte da Escala de Morse

Pontuação	Nível de Risco
0-24	Baixo Risco
25-44	Médio Risco
45 ou mais	Alto Risco

1.4.1.3. Escala de Braden

A escala de Braden foi elaborada e aplicada em 1987, tendo já sido objeto de vários testes e encontrando-se em uso em vários países (Ferreira, 2007). Constitui um instrumento de recolha de dados, validado em Portugal, utilizado para a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão nos utentes (Ministério da Saúde, 2011).

De fácil e rápida aplicação, é constituída por seis subescalas distintas sendo elas: percepção sensorial, humidade da pele, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças

de deslizamento. Cada uma destas subescalas é pontuada de um a quatro, conforme o seguinte quadro:

Quadro 5 - Escala de Braden

	Escala	Score
Percepção Sensorial	Completamente limitada	1
	Muito limitada	2
	Ligeiramente limitada	3
	Nenhuma limitação	4
Humidade	Pele constantemente húmida	1
	Pele muito húmida	2
	Pele ocasionalmente húmida	3
	Pele raramente húmida	4
Atividade	Acamado	1
	Sentado	2
	Anda ocasionalmente	3
	Anda frequentemente	4
Mobilidade	Completamente imobilizado	1
	Muito limitada	2
	Ligeiramente limitado	3
	Nenhuma limitação	4
Nutrição	Muito pobre	1
	Provavelmente inadequada	2
	Adequada	3
	Excelente	4
Fricção e Forças de deslizamento	Problema	1
	Problema potencial	2
	Nenhum problema	3

A pontuação total da escala varia entre 6 a 23 pontos de forma inversamente proporcional ao risco de UP, isto é, quanto menor o valor pontuado maior será o risco de vir a desenvolver úlceras de pressão (Ministério da Saúde, 2011).

Esta mesma fonte refere ainda que, com a aplicação desta escala, devem ser considerados dois níveis distintos de risco, um de alto risco e outro de baixo risco, segundo os seguintes pontos de corte:

Quadro 6 - Pontos de corte da Escala de Braden

Score	Nível de Risco
6-16	Alto Risco
17-23	Baixo Risco

Convém notar que mesmo utentes assinalados como de baixo risco podem vir mesmo assim a desenvolver úlceras de pressão, devendo ser aplicados procedimentos de prevenção se se considerarem clinicamente relevantes independentemente do valor obtido na escala (VanGilder, 2008).

1.5. Questões Éticas

Fortin (1999) define ética como *“o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”*(p. 114). Sendo assim, o respeito pelos aspetos éticos na investigação é essencial, podendo mesmo ser decisiva pois, *“sem um código de ética que aponte limites, oriente os passos da investigação é a própria investigação que fica em causa”* (Ribeiro, 2010, p. 155).

Na elaboração deste estudo, foi garantido o consentimento informado, esclarecido e livre dos elementos participantes, sendo que aos utentes/cuidadores foi garantido o direito a não responder às questões, sem qualquer penalização ou obrigatoriedade de justificarem a sua recusa. O anonimato, a privacidade e a confidencialidade dos dados obtidos foi escrupulosamente seguido.

Constatamos que durante a realização deste estudo não decorreram riscos para os utentes já que este não interfere com a prestação de cuidados, tratamentos ou integridade física da pessoa. São de realçar os benefícios sociais e científicos decorrentes da investigação, já que a mesma procura averiguar qual a relevância do internamento das unidades na vida dos utentes que por elas passaram.

1.6. Procedimentos Estatísticos

Após o processo de recolha de dados os mesmos foram lançados em ficheiro criado no programa estatístico SPSS versão 20.0, onde se procedeu ao seu tratamento e análise seguindo os procedimentos clássicos da estatística descritiva e inferencial.

Optou-se pela utilização de testes não paramétricos, dispensando o estudo de normalidade das distribuições e tendo em conta o n amostral.

2. Apresentação de Resultados

2.1. Caracterização Sociodemográfica/Clínica da Amostra em Estudo

Participaram no estudo 52 utentes internados na Unidade de Longa Duração de Miranda do Douro (55,8%) e na Unidade de Longa Duração de Vimioso (44,2%). A média de idades rondou os 79 anos ($\pm 8,5$) e os participantes distribuíram-se de forma muito semelhante pelos dois sexos (48,1% mulheres *versus* 51,9% homens). Denota-se uma maior preponderância de sujeitos oriundos do meio rural (88,5%) possuindo os mesmos baixas habilitações literárias (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização dos utentes que participaram no estudo

	Utentes (n=52)
<i>Idade</i> (média \pm DP)	79,1 \pm 8,5 anos
<i>Sexo</i>	
Feminino	25 (48,1%)
Masculino	27 (51,9%)
<i>Estado civil</i>	
Casado/União de facto	27 (51,9%)
Viúvo/Separado/Solteiro	25 (48,1%)
<i>Meio de origem</i>	
Rural	46 (88,5%)
Urbano	6 (11,5%)
<i>Habilitações literárias</i>	
Sem educação	26 (50%)
Educação primária	25 (48,1%)
Educação secundária	1 (1,9%)
<i>Unidade de internamento</i>	
ULDM Miranda do Douro	29 (55,8%)
ULDM Vimioso	23 (44,2%)

DP- Desvio padrão; ULDM- Unidade de Longa Duração e Manutenção.

Na tabela 2 procedemos à apresentação dos resultados alusivos à caracterização familiar. Assim, a maioria dos participantes (80,8%) tem filhos, sendo que maioritariamente estes vivem na mesma região. O número de filhos variou de um mínimo de 1 a um máximo de 8, sendo que a moda se situou nos 2 filhos (n=16).

Tabela 2- Caracterização familiar

	Utentes (n=52)
<i>Existencia de filhos</i>	
Sim	42 (80,8%)
Não	10 (19,2)
<i>Número de filhos</i>	
1 Filho	9
2 Filhos	16
3 Filhos	7
4 Filhos	3
5 Filhos	2
7 Filhos	3
8 Filhos	2
<i>Os filhos moram perto?</i>	
Sim	27 (64,3% ²)
Não	15 (35,7% ¹)

1-Em frequências absolutas; 2-Percentagem calculada em função da existência de filhos (n=42).

Em termos de caracterização clínica (Tabela 3) constatou-se que o diagnóstico principal aquando da admissão tinha por base doenças neurológicas em 38,5% dos casos e fraturas ou doenças osteoarticulares em 28,8% das situações. De entre as doenças neurológicas destacamos as sequelas de AVC, presentes em 14 dos 52 utentes. Nas fraturas destacamos igualmente as da extremidade superior do fémur, presentes em 7 dos 52 utentes.

O tratamento de feridas constituiu o principal motivo de internamento para 8 indivíduos (15,4%). No momento de admissão nas unidades um número significativo de utentes (n=23) apresentava feridas. Relativamente ao tipo de feridas a úlcera por pressão foi a mais prevalente (n=15), seguida da úlcera de perna (n=3) e ferida pós-cirúrgica (n=3) e da ferida traumática (n=2).

Na alta, as feridas não se encontravam cicatrizadas em apenas 5 utentes (Tabela 3). No caso específico das UP's pode-se verificar que em 73,3% (n=11) dos utentes que as apresentavam foi conseguida a sua total cicatrização.

No que respeita aos antecedentes clínicos, podemos verificar que todos os utentes incluídos na amostra detinham entre 1 a 6 diagnósticos secundários, sendo os mais comuns a hipertensão e a diabetes mellitus tipo II.

Tabela 3- Motivos subjacentes à admissão nas unidades

	Utentes (n=52)
<i>Diagnóstico principal aquando da admissão</i>	
Doenças neurológicas	20 (38,5%)
Fraturas/ trauma e doenças osteoarticulares	15 (28,8%)
Tratamento de feridas	8 (15,4%)
Doenças cardiorrespiratórias	5 (9,6%)
Doenças gastrointestinais	2 (3,8%)
Doenças oncológicas	1 (1,9%)
Descanso do cuidador	1 (1,9%)
<i>Presença e feridas aquando da admissão</i>	
Sim	23 (44,2%)
Não	29 (55,8%)
<i>Tipo de feridas¹</i>	
Úlcera por pressão	15
Úlcera da perna	3
Ferida pós-cirúrgica	3
Ferida traumática	2
<i>Cicatrização das feridas aquando da alta¹</i>	
Sim	18
Não	5

1-Em frequências absolutas.

Nas unidades que colaboraram no estudo o tempo médio de internamento foi de 149 dias ($\pm 144,4$). Relativamente ao destino após a alta das ULDM, cerca de 33% dos utentes ingressaram em lares de terceira idade, enquanto cerca de 6% ficaram ao cuidado de famílias de acolhimento (Tabela 4).

Tabela 4- Tempo de internamento e destino após a alta

	Utentes (n=52)
<i>Tempo de internamento (média\pmDP)</i>	149,0 \pm 144,4 dias
<i>Destino pós-alta</i>	
Lar de terceira idade	17 (32,7%)
Outras respostas da Rede	13 (25,0%)
Domicílio com suporte	10 (19,2%)
Domicílio	9 (17,3%)
Família de acolhimento	3 (5,8%)
<i>Outras respostas da Rede¹</i>	
ECCI	4
Outra Unidade	9

1-Em frequências absolutas; ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

No que concerne aos cuidados pós-alta, denota-se (Tabela 5) que em 50% dos casos (n=26) os utentes apresentam cuidadores informais.

Tabela 5- Cuidados pós-alta

	Utentes (n=52)
<i>Cuidados pós-alta</i>	
Existencia de cuidador principal	26 (50,0%)
Foram institucionalizados	22 (42,3%)
Autocuidam-se	4 (7,7%)

2.2. Caracterização Sócio-demográfica dos Cuidadores Informais

Na tabela seguinte apresentam-se os resultados obtidos nas variáveis que caracterizam os cuidadores informais. Os cuidadores apresentam uma idade média próxima dos 60 anos ($59,9 \pm 13,1$) e maioritariamente vivem em meio rural (80,8%) e pertencem ao sexo feminino (84,6%).

Quanto ao estado civil a maior parte são casados ou vivem em união de facto.

Relativamente ao grau de parentesco com a pessoa cuidada 21,2% refeririam ser filhas e 3,8% filhos. Os cônjuges assumiram o papel de cuidador informal em 34,6% das situações.

No que respeita às habilitações literárias, a educação básica (antiga 4ª classe) predominou com 57,7% dos registos.

É ainda de assinalar que 88,5% dos cuidadores são desempregados, reformados ou domésticos, sendo que apenas uma minoria se encontra empregada (11,5%).

Relativamente à existência de filhos, constamos a sua existência em 84,6% dos cuidadores (n=22), dos quais apenas 7 os têm ao seu encargo.

Tabela 6- Caracterização dos cuidadores principais

	Cuidador principal (n=26)
<i>Idade dos cuidadores (média±DP)</i>	59,9±13,1 anos
<i>Sexo dos cuidadores principais</i>	
Masculino	4 (15,4%)
Feminino	22 (84,6%)
<i>Estado civil dos cuidadores</i>	
Viúvo/separado	4 (15,4%)
Casado/união de facto	22 (84,6%)
<i>Parentesco com o utente</i>	
Cônjuge	9 (34,6%)
Filho	2 (3,8%)
Filha	11 (21,2%)
Nora	2 (3,8%)
Irmão/a	2 (3,8%)
<i>Meio habitacional</i>	
Rural	21 (80,8%)
Urbano	5 (19,2%)
<i>Habilitações do cuidador principal</i>	
Sem educação	4 (15,4%)
Educação básica	15 (57,7%)
9º ano (antigo 5º ano)	4 (15,4%)
12º ano (antigo 7º ano)	1 (3,8%)
Educação superior	2 (7,7%)
<i>Situação laboral dos cuidadores</i>	
Empregado	3 (11,5%)
Desempregado	5 (19,2%)
Reformado	12 (46,2%)
Doméstica	6 (23,1%)
<i>Existência de filhos</i>	
Sim	22 (84,6%)
Não	4 (15,4%)
<i>Se filhos, quantos?¹</i>	
1 filho	8
2 filhos	9
3 filhos	3
4 filhos	1
5 filhos	1
<i>Os filhos permanecem a encargo do cuidador?¹</i>	
Sim	7
Não	15

1-Em frequências absolutas para n=22.

2.3. Aspetos Relativos ao Cuidar

Os aspetos relativos ao cuidar e à experiência do cuidador na prestação de cuidados vêm expressos na tabela seguinte. Verificou-se que o cuidador principal cuida sozinho na maioria das situações (61,5%) e que a maior parte dos cuidadores nunca cuidaram de ninguém anteriormente (69,2%). Apenas 46,2% receberam conhecimentos/formação sobre a prestação de cuidados, quer através das Unidades de Longa Duração e Manutenção (n=8) ou do Centro de Emprego e Formação Profissional (n=2).

Tabela 7-Aspetos relativos ao cuidar e experiência na prestação de cuidados

	Cuidador principal (n=26)
<i>O cuidador principal cuida sozinho?</i>	
Sim	16 (61,5%)
Não	10 (38,5%)
<i>O cuidador já cuidou de alguém dependente, antes?</i>	
Sim	8 (30,8%)
Não	18 (69,2%)
<i>Recebeu ensinamentos sobre prestação de cuidados?</i>	
Sim	12 (46,2%)
Não	14 (53,8%)
<i>Onde adquiriu conhecimentos sobre prestação de cuidados¹</i>	
Centro de Emprego e Formação Profissional	2
Unidade de Longa Duração, Centros de Saúde/ECCI	8
Através de outras pessoas que já cuidaram	1
Conhecimentos adquiridos na sua profissão	1

1-Em frequências absolutas para n=12.

Seguidamente, na tabela 8, expõem-se os resultados relativos ao período pós alta. As agudizações no pós-alta (que variaram de um mínimo de 1 a um máximo de 4 episódios) prevaleceram em 42,3% dos indivíduos.

As feridas mantinham-se em 12 idosos, apresentando 8 deles úlcera por pressão, feridas traumáticas (n=3) e feridas cirúrgicas (n=1).

É de referir relativamente às úlceras de pressão que dos 4 utentes cuja cicatrização não tinha sido atingida no momento da alta, apenas 1 a mantinha. Assim sendo, dos 8 elementos a quem se registaram escaras aquando do contacto, à exceção de um, todos os outros formaram essas UP já no pós-alta. Destes, 4 elementos já as tinham

apresentado no internamento e cicatrizaram, reincidindo no pós-alta, e 3 pessoas nunca tinham tido este tipo de lesões.

Relativamente ao acompanhamento clínico, verificou-se que 46,2% da amostra foi acompanhada pelo médico de família em consulta. Foram alvo de visita domiciliar por uma equipa de saúde 14 utentes e 10 necessitaram de recorrer a um apoio externo para complementar os cuidados.

Tabela 8-Resultados obtidos para as variáveis referentes ao período pós-alta

	Utentes (n=52)
<i>Ocorrência de episódios agudos no pós-alta</i>	
Sim	22 (42,3%)
Não	30 (57,7%)
<i>Número de agudizações¹</i>	
1 agudização	15
2 agudizações	5
3 agudizações	1
4 agudizações	1
<i>Foi seguido em consultas pelo médico de família</i>	
Sim	24 (46,2%)
Não	28 (53,8%)
<i>Presença de feridas</i>	
Sim	12 (23,1%)
Não	40 (76,9%)
<i>Tipo de feridas presentes²</i>	
Úlcera por pressão	8
Ferida traumática	3
Ferida cirúrgica	1
<i>Mantem destino de alta</i>	
Sim	30 (57,7%)
Não	22 (42,3%)
<i>Se não mantém o destino de alta, qual a situação atual³</i>	
Domicílio	4
Domicílio com apoio da Equipa de Saúde Familiar; Serviço de Domicílios	1
Domicílio com Assistência Domiciliária	1
Lar de 3ª Idade	5
ULDM	2
Faleceram	9

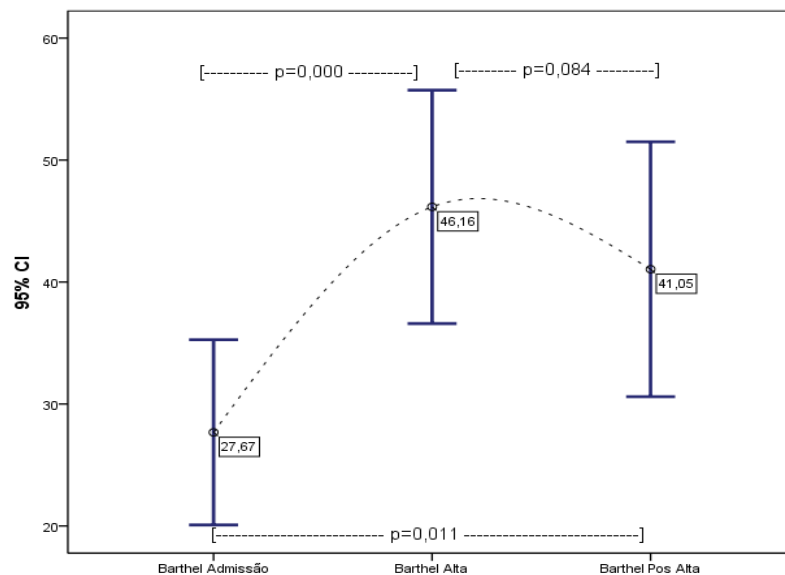
1-Em frequências absolutas para n=22; 2-Em frequências absolutas para n=12; 3-Em frequências absolutas para n=22; ULDM-Unidade de Longa Duração e Manutenção.

2.4. Avaliação da Amostra Quanto aos Parâmetros em Estudo

Estado funcional dos utentes, avaliado pelo Índice de Barthel

O estado funcional dos utentes foi avaliado pelo Índice de Barthel. Quanto maior a pontuação obtida no instrumento maior independência do sujeito para a realização das AVD's. O gráfico 1 apresenta as médias e os respectivos intervalos de confiança a 95% para as médias obtidas aquando das diversas avaliações (Admissão, Alta e Pós-alta). Comparando os valores médios obtidos no Barthel na admissão e na alta ($27,67 \pm 24,67$ versus $46,16 \pm 31,09$) verifica-se que as pontuações aumentaram no momento da alta e que essas diferenças são estatisticamente significativas pelo teste não paramétrico de Wilcoxon ($z=-4,345$; $p=0,000$). Desde o momento da alta até à avaliação final observa-se uma ligeira descida dos valores médios do Barthel mas sem significado estatístico ($z=-1,727$; $p=0,084$).

Gráfico 1- Médias e intervalos de confiança para as médias obtidas no Índice de Barthel nas diferentes avaliações (Admissão, Alta e Pós-alta). Valores de P

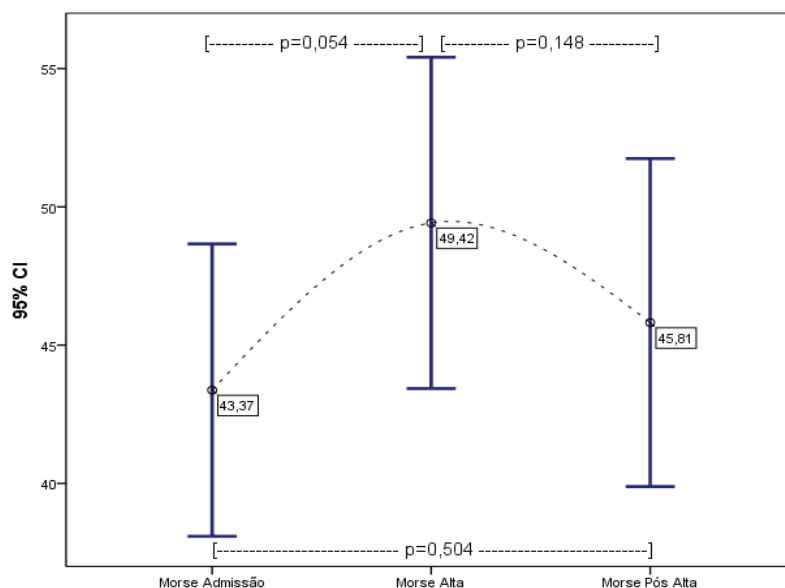


Risco de quedas, avaliado pela Escala de Morse

O gráfico 2 apresenta os valores médios obtidos na Escala de Morse para os momentos “admissão”, “alta” e “pós-alta”. Apresentam-se também os valores de p.

Assim as variações observadas entre o momento da admissão e da alta não apresentam significado estatístico ($z=-1,929$; $p=0,054$). Igual conclusão é retirada comparando os momentos “alta” e “pós-alta” ($z=-1,447$; $p=0,148$).

Gráfico 2- Médias e intervalos de confiança para as médias obtidas na Escala de Morse para as diferentes avaliações (Admissão, Alta e Pós-alta). Valores de P



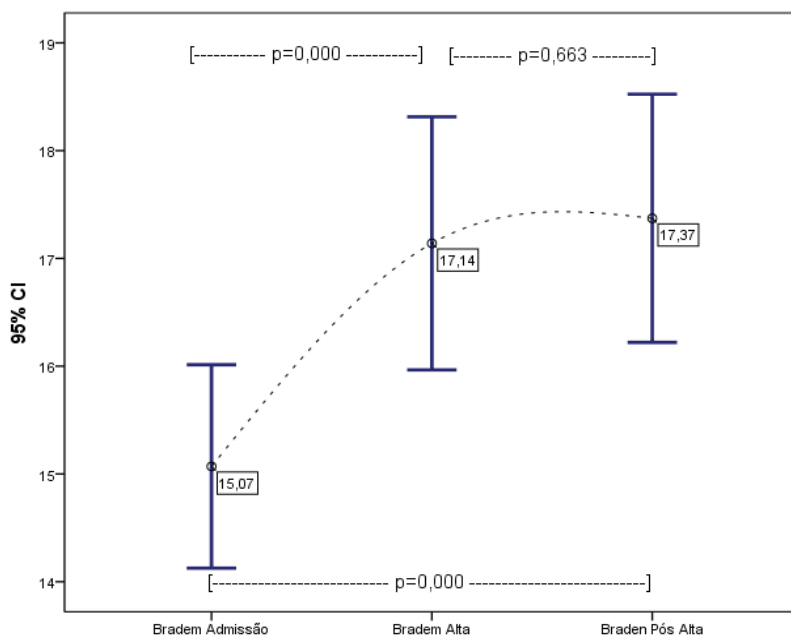
Risco de UP avaliado pela Escala de Braden

No gráfico 3 apresentam-se as médias e respectivos intervalos de confiança para os três momentos em análise bem como os valores de significância para o teste de Wilcoxon. Relembramos que a pontuação total da escala varia entre 6 a 23 pontos de forma inversamente proporcional ao risco de úlcera de pressão, isto é, quanto menor o valor pontuado maior será o risco de vir a desenvolver úlceras por pressão (Ministério da Saúde, 2011). Assim observando as estatísticas aquando da admissão e alta ($15,07 \pm 3,07$ versus $17,14 \pm 3,82$) verifica-se que o risco de UP diminuiu durante o internamento de forma estatisticamente significativa ($z=-3,669$; $p=0,000$). Comparando as estatísticas na alta e após a alta ($17,14 \pm 3,82$ versus $17,37 \pm 3,74$) concluímos pela não significância das mesmas ($z=-0,436$; $p=0,663$).

Observando os valores médios da Escala de Braden ao momento da admissão e pós-alta ($15,07 \pm 3,07$ versus $17,37 \pm 3,74$) concluímos que os resultados têm relevância

estatística ($z=-3,587$; $p=0,000$) o que aponta para a manutenção dos ganhos em saúde mesmo após a alta dos utentes.

Gráfico 3- Médias e intervalos de confiança para as médias obtidas na Escala de Braden para as diferentes avaliações (Admissão, Alta e Pós-alta). Valores de P



A tabela seguinte resume os resultados (já apresentados sob a forma gráfica) obtidos nos diferentes períodos avaliados, e as respetivas significâncias no teste estatístico utilizado (teste de Wilcoxon).

Tabela 9- Pontuações médias obtidas nas escalas, nos diferentes períodos avaliados (valores de P)

	Admissão	Alta	Pós-alta	<i>P</i> Admissão/ Alta ¹	<i>P</i> Alta/ Pós-alta ¹	<i>P</i> Admissão/ Pós-alta ¹
Barthel	27,7±24,7	46,2±31,1	41,0±34,0	0,000	0,084	0,011
Morse	43,3±17,2	49,4±19,5	45,8±19,3	0,054	0,148	0,504
Braden	15,1±3,1	17,1±3,8	17,4±3,7	0,000	0,663	0,000

1-P-valores obtidos no teste de Wilcoxon.

2.5. Comparação das Escalas por Género e Relativamente aos Cuidados Pós-Alta

Comparando as médias obtidas nos instrumentos utilizados (Barthel, Morse e Braden) na admissão por sexo, constata-se que as mesmas não diferiram de forma significativa entre períodos. Conclusões idênticas obtivemos ao momento da alta, onde também não se verificaram diferenças importantes entre médias por género (Tabela 10).

Tabela 10- Pontuações médias obtidas nas escalas (Barthel, Morse e Braden), para a admissão e alta, por género sexual

	Admissão		<i>P</i> ¹	Alta		<i>P</i> ¹
	Homens	Mulheres		Homens	Mulheres	
Barthel	31,5±25,7	24,4±23,8	0,391	45,0±28,3	27,2±33,9	0,799
Morse	47,3±15,3	40,0±18,3	0,105	49,3±18,4	49,6±20,7	0,912
Braden	15,3±3,6	14,9±2,6	0,364	17,6±3,5	16,8±4,1	0,582

1-Através do teste Mann-Whitney U

Na tabela 11 verifica-se que as diferenças entre género no pós-alta continuam a não apresentar relevância estatística. Nos cuidados pós-alta verificaram-se diferenças significativas nas pontuações médias do Índice de Barthel. Assim os utentes que se autocuidam são os que apresentam maior independência funcional, seguem-se aqueles em que existe cuidador e, por fim, os de maior dependência que se encontram institucionalizados.

Tabela 11- Pontuações médias obtidas nos diferentes instrumentos (Barthel, Morse e Braden), relativamente ao pós-alta e cuidados pós-alta

	Pós-alta			Cuidados pós-alta			
	Homens	Mulheres	<i>P</i> ¹	Existência de cuidador	Institucionalizados	Autocuidam-se	<i>P</i> ¹
Barthel	45,5±34,9	37,2±33,4	0,256	51,2±32,9	22,5±26,1	87,5±3,5	0,005
Morse	43,0±20,0	48,3±18,7	0,249	48,7±21,9	42,2±16,4	45,0±7,1	0,981
Braden	18,0±3,9	16,8±3,6	0,256	18,7±3,6	15,9±3,6	21,0±1,4	0,039

1-Através do teste Mann-Whitney U; 2-Através do teste Kruskal-Wallis.

2.6. Relação Entre o Índice de Barthel e a Escala de Braden

Na tabela 12 apresentam-se as correlações entre as pontuações obtidas no Índice de Barthel e na Escala de Braden. Registaram-se correlações significativas entre os instrumentos para todos os momentos em avaliação (admissão, alta e pós-alta), ou seja a maiores pontuações num instrumento correspondem também maiores pontuações no outro.

Tabela 12- Correlações entre as pontuações obtidas no Índice de Barthel e a Escala de Braden

	Barthel Admissão	Barthel Alta	Barthel Pós-alta	Braden Admissão	Braden Alta	Braden Pós-alta
Barthel Admissão	1					
Barthel Alta	,687**	1				
Barthel Pós- alta	,574**	,876**	1			
Braden Admissão	,808**	,521**	,410**	1		
Braden Alta	,621**	,832**	,720**	,573**	1	
Braden Pós- alta	,613**	,821**	,909**	,436**	,722**	1

* Correlação significativa a 0,05 ; ** Correlação significativa a 0,01

3. Discussão dos Resultados

Após análise dos resultados obtidos, pode-se facilmente constatar que os dados relativamente à caracterização dos utentes da amostra vão de encontro aos divulgados pelo Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – 2011, com exceção da predominância do género feminino, sendo que na amostra obtida, denota-se uma maior distribuição pelo género masculino apesar de esta ser pouco significativa.

É ainda evidente uma clara predominância do meio rural como meio de origem o que retrata o meio geográfico onde a pesquisa foi levada a cabo, assim como da existência de filhos sendo que na sua maioria residem perto do utente, o que poderá constituir-se como um fator facilitador na hora de escolher um cuidador.

Relativamente ao motivo de referenciação, cada utente pode ser referenciado por mais de um motivo tendo sido o mais comum nas ULDM no ano de 2011 a dependência de AVD's (89%) seguido pelo ensino utente/cuidador informal (56%) e reabilitação (29%) (UMCCI, 2012), todos eles presentes quando analisados os diagnósticos principais da amostra em questão.

No que concerne à efetivação da alta, na nossa amostra constatou-se que 42,3% dos participantes foram institucionalizados, enquanto 57,7% regressaram ao domicílio. Estes dados encontram-se em desacordo com os dados nacionais obtidos pela RNCCI relativamente às ULDM em 2011, nas quais se verificou que 40% das altas foram para o domicílio e 45% para uma resposta social (UMCCI, 2012). Relativamente aos cuidados pós-alta, constatou-se que em 50% dos casos os utentes apresentavam cuidadores informais, confirmando-se assim a preferência por parte da família na manutenção do idoso no domicílio (MTSS, 2009; Sequeira, 2010; Karsch, 2003).

Após análise dos dados apresentados relativamente ao cuidador principal, verificou-se que as suas principais características são, não só o ser maioritariamente feminino (84,6%) e ser constituído essencialmente pelos cônjuges (34,6%) e das filhas/noras/filhos (28,8%), mas também o ter uma idade já algo avançada (média de 59,9 anos), ser proveniente do meio rural (80,8%), ter baixa escolaridade, ter filhos (84,6%) e estar numa situação de desemprego/reformado/doméstico (88,5%) da qual se pode induzir um baixo rendimento. Pode-se ainda constatar que a grande maioria cuida sozinho (61,5%), sem nunca ter cuidado de ninguém dependente antes (69,2%) e sem

ter recebido ensinamentos para o efeito (53,8%). Estes dados estão de acordo com os estudos consultados (Karsch, 2003; Caldas, 2003; Gratão, 2013; Andrade, 2009; Gratão, 2012; Sequeira, 2010; Benjumea, 1995; Wolff & Kasper, 2006; Tooth, 2005), sendo ainda de salientar que muitos deles constituem fatores de risco para a ocorrência da chamada sobrecarga do cuidador.

Tradicionalmente é a mulher quem constitui a principal responsável pelo cuidar da casa, do marido e dos filhos apesar de que atualmente esta ser uma distinção relativa. Ela hoje acumula muitas vezes estas funções com uma atividade laboral, muitas vezes imprescindível ao orçamento familiar. Também este se vê muitas vezes afetado pelo desempenho desta atividade pois ela acarreta maiores encargos, que muitas vezes a família não consegue suportar, levando a um agravamento da situação do utente e a criação de um ciclo vicioso (Mafra, 2011; Gratão, 2013; Benjumea, 1995; Karsch, 2003; Andrade, 2009; Caldas, 2003). A idade avançada de quem cuida assim como a proximidade de residência, muitas vezes coresidência, constituem fenómenos potenciadores de exaustão por, respetivamente constituírem uma população também ela em risco de perda de funcionalidade (Karsch, 2003; Pinquart & Sörensen, 2007; Sequeira, 2010) e de estarem expostos a uma maior carga dos efeitos advindos do cuidar de forma diária e contínua. O facto de as famílias serem cada vez mais nucleares, com poucos ou nenhuns filhos, ou mesmo a própria emigração dos mais jovens a que hoje se assiste, pode ainda explicar o porquê de serem os cônjuges quem mais presta cuidados (Sequeira, 2010; Caldas, 2003; Karsch, 2003; Gratão, 2013; Mafra, 2011). Gratão (2013) faz ainda referência que a baixa escolaridade verificada nesta população pode advir do facto de que há 60 anos o acesso às escolas era mais difícil que hoje, sendo o trabalho mais valorizado, principalmente em ambientes mais rurais. Também Pinquart & Sörensen (2007) fazem referência ao facto de que aqueles com menor nível sócioeconómico têm maior risco de sobrecarga devido às maiores dificuldades que enfrentam e ao menor acesso à saúde. Pode-se então dizer que nos encontramos perante uma situação favorável à ocorrência de elevados níveis de exaustão, sendo por isso essencial prestar o apoio e a ajuda necessária.

Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental nesta área, em especial o enfermeiro, uma vez que é ele quem mais próximo está do utente/família. Sendo um educador para a saúde, deve assumir o seu papel social e garantir cuidados oportunos, de qualidade e risco controlado a quem deles necessita (Saraiva, 2008). Ele deve procurar o estabelecimento de uma cooperação mútua de forma a otimizar os

cuidados prestados (Benjumea, 1995). Bons níveis de informação, formação, treino de competências e habilidades possibilitam ao cuidador um melhor desempenho assim como prestar apoio emocional, ajudar na implementação de medidas preventivas tanto de quedas como de úlceras de pressão ou promover estratégias de incentivo a uma conduta mais autónoma potenciando a autoestima, são algumas das suas funções (Caldas, 2003; Benjumea, 1995; Sequeira, 2010; Cerrato, 2004; Tooth, 2005). A realização de visitas periódicas, principalmente nos casos de idosos a cuidar de idosos, é outra medida a ter em conta, uma vez que estes são mais suscetíveis à sobrecarga (Gratão, 2013; Karsch, 2003; Gratão, 2012).

No entanto, no presente estudo verificou-se que a maioria dos cuidadores (53,8%) referiu não lhe terem sido efetuados ensinamentos relativamente à prestação de cuidados. Dos 46,2% cuidadores que receberam estes ensinamentos, mais de metade (66,7%) foram prestados pela própria ULDM, centro de saúde ou ECCI. Assim, pode-se dizer que apesar destas unidades estarem a cumprir com a sua função de ensino ao utente/cuidador informal, são ainda evidentes lacunas nesta área.

Outro ponto a assinalar, é o facto de que apenas 46,2% da amostra foi seguida pelo médico de família após a alta da unidade, valor este que se considera bastante baixo.

A família para cuidar, apresenta necessidades que incluem tanto aspetos materiais, informativos como emocionais (Caldas, 2003), sendo por isso imperiosa uma avaliação da estrutura familiar na sociedade e na cultura onde estes cuidados irão ser desenvolvidos (Karsch, 2003). Ela deverá ser vista como um importante recurso nos cuidados, mas não como substitutos de serviços profissionais, pois ela necessita de muito apoio (Benjumea, 1995). Segundo Mafra (2011), os cuidadores deveriam também eles ser alvo de cuidados especiais devido aos riscos e ao desgaste derivado desta atividade.

Analisando agora o período pós alta, verificou-se um número significativo de agudizações durante este período assim como um aumento do número de feridas, em especial das úlceras de pressão. Tal fenómeno pode ser explicado devido às lacunas de informação já mencionadas no que respeita à prestação de cuidados e prevenção de feridas, que vão levar a um agravamento da situação clínica do utente. Uma outra explicação para este facto poderá estar ligada ao próprio processo de envelhecimento biológico que de forma paulatina agrava o estado de saúde global dos idosos.

No que diz respeito à evolução da autonomia física, pode-se constatar que os utentes incapazes e dependentes constituíam, no momento da admissão na RNCCI em 2011, 94% dos utentes admitidos, sendo que destes 45% mostraram uma evolução positiva em termos de autonomia física global no momento da alta. No caso específico das ULDM, o número de utentes incapazes e dependentes na admissão no mesmo ano era sensivelmente mais elevado, representando 98,2% dos utentes admitidos nesta tipologia, tendo-se verificado uma melhoria em 13%. Tal deve-se essencialmente ao facto de esta tipologia estar voltada para a manutenção das capacidades já existentes e não para o ganho de autonomia. Para além disso, o elevado grau de dependência no momento da admissão assim como o elevado grupo etário da população abrangida são fatores condicionantes ao sucesso da intervenção (UMCCI, 2012).

No presente estudo podemos constatar dados semelhantes, sendo que na avaliação do estado funcional do utente pelo IB, se verificou uma diminuição da dependência durante o internamento na unidade, passando de um severamente dependente (pontuação média de 27,67) para um moderadamente dependente (pontuação média de 46,16). Este ganho deve-se essencialmente a uma intervenção adequada por parte das equipas multidisciplinares em função (Cares, 2013).

Já no período após a alta, registou-se um aumento da dependência (pontuação média de 41,05), estabelecendo-se no limite do moderadamente dependente. Este aumento, apesar de pouco significativo, pode dever-se a diversos fatores. Um deles seria a elevada prevalência do número de agudizações registada (42,3%), sendo vários os estudos que apoiam esta ideia. Rosa (2003) defende uma probabilidade quatro vezes maior de ocorrência de dependência em idosos com antecedentes de hospitalização à semelhança de Alves (2010) e Cares (2013). A falta de seguimento por parte de equipas de saúde pode ser outro fator a ter em conta, principalmente com a perda da intervenção de fisioterapia e diminuição da estimulação aos níveis físico e cognitivo.

É ainda importante notar que a baixa pontuação obtida no IB nos três momentos de avaliação (sempre inferior a 60 pontos) se encontra associada, para além das próprias características inerentes a esta tipologia de internamento da RNCCI, à forte prevalência de inúmeros fatores de risco na população abrangida. Partindo de uma análise cuidada, verifica-se que estamos perante uma amostra de pessoas consideradas frágeis onde se pode apontar a existência de vários dos critérios de fragilidade definidos por Winograd (1983), citados pela DGS. A idade avançada é também assinalada como fator de risco acrescido para a dependência em vários estudos (Alves, 2010; Rosa, 2003; Cares, 2013;

Dorantes-Mendoza, 2007; Rodgers & Miller, 1997; Fried & Guralnik, 1997). A baixa escolaridade, ao influenciar fatores psicossociais e de comportamento levando muitas vezes a maiores exposições a situações de risco, assim como a residência em meio rural, pela menor disponibilidade e acesso a serviços preventivos, aumentam igualmente o risco para a dependência (Alves, 2010; Rosa, 2003; Rodgers & Miller, 1997; Zimmer & House, 2003).

A presença de doenças crônicas influi igualmente na capacidade funcional do idoso, sendo as patologias do foro cardíaco, pulmonar e de saúde mental, assim como a hipertensão, artropatias e antecedentes de AVC quem mais o faz (Rosa, 2003; Alves, 2010; Rodgers & Miller, 1997; Fried & Guralnik, 1997). Como facilmente se pode constatar, estes são dos diagnósticos mais assinalados na amostra em questão, destacando-se as sequelas de AVC. Rodgers & Miller (1997), Fried & Guralnik (1997) assim como Dorantes-Mendoza (2007) assinalam também a existência de vários antecedentes clínicos como fatores de risco, o que também é verificado na nossa amostra.

Ao fazer a comparação entre os valores médios obtidos no IB por género, verifica-se que nos três momentos as mulheres encontram-se sempre mais dependentes, fenómeno que também está de acordo com a literatura revista (Alves, 2010; Rosa, 2003; Rodgers & Miller, 1997). Para Alves (2010), esta diferença é explicada devido à maior longevidade feminina, maior prevalência de condições incapacitantes não-fatais entre as mulheres e à capacidade em reportar maior número de condições de saúde que os homens da mesma faixa etária.

Foi ainda verificada uma maior dependência ao nível dos indivíduos que foram institucionalizados (severamente dependentes), sendo seguidos pelos que se encontram a cargo de um cuidador (moderadamente dependentes) e por último dos que se autocuidam (ligeiramente dependentes). Estes dados encontram-se de acordo com os estudos realizados por Cares (2013), Paixão Jr. (2005), Araújo (2007) e Fried & Guralnik (1997), os quais apontam a institucionalização como resposta ao aumento da dependência. Importa ainda referir que a dependência funcional foi apontada por vários autores como estando fortemente relacionada com a sobrecarga do cuidador (Gratão, 2013).

Passando agora à avaliação do risco de quedas através da Escala de Morse, podemos observar que durante o período de internamento se verificou um aumento dos valores médios de risco de queda, passando do médio risco na admissão (valor médio de

43,37 pontos) para o alto risco (valor médio de 49,42 pontos). No pós-alta, verifica-se uma nova descida mantendo-se o valor médio obtido (45,81 pontos) na zona limite do início do alto risco. Apesar de pouco significativos, verifica-se que estes valores acompanham a evolução dos valores obtidos na avaliação da funcionalidade, ou seja, ao aumentar a independência, aumenta o risco de queda, o qual diminui com a diminuição da independência.

Tal facto parece contrariar a grande maioria dos autores abrangidos no estudo, os quais defendem a perda de capacidade funcional e consequente dependência como um fator de risco acrescido à ocorrência de quedas (Saraiva, 2008; Gama, 2008; Salvà, 2004; Graafmans, 1996). Mas na verdade, mesmo com a obtenção de ganhos ao nível da capacidade funcional, a marcha pode continuar insegura e arrastada, o utente pode continuar não consciente das suas limitações ou a fazer medicação que propicie a ocorrência de quedas, fatores estes que iriam manter o risco de queda alto. Não dispomos, por isso, neste estudo de muita da informação relevante para a análise deste risco como é o caso da influência dos fatores extrínsecos, das características da marcha, antecedentes de quedas, da farmacologia envolvida, da acuidade visual/auditiva de cada elemento, entre outros, pelo que não se podem retirar conclusões definitivas. As alterações sentidas também não se mostram estatisticamente significativas, pois esses mesmos fatores acabam por se manter tanto no internamento como no pós-alta.

Avaliando as características gerais da amostra constatamos estar perante uma população frágil, onde se verifica a presença de múltiplos fatores de risco intrínsecos propícios à ocorrência de quedas como a idade avançada, múltiplas condições patológicas, e uma severa a moderada dependência (Saraiva, 2008; Gama, 2008; Morse, 1989; Ferrão, 2011; Salvà, 2004; Graafmans, 1996; Stalenhoef, 1997), pelo que se pode depreender estar perante uma população com alto risco de queda, aliás o que foi verificado nos três momentos de avaliação.

No que concerne ao género, a literatura refere uma maior frequência de quedas em mulheres do que nos homens da mesma faixa etária (Saraiva, 2008; Gama, 2008; Santos, 2003; Graafmans, 1996; Stalenhoef, 1997; Salvà, 2004). Tal é verificado no nosso estudo, com exceção do momento da admissão. Este valor pode estar influenciado pelo facto de a amostra ser maioritariamente do sexo masculino apesar de pouco significativo.

No que se refere ao prestador de cuidados, verifica-se neste estudo um maior risco de quedas nos elementos que se encontram a cargo do cuidador principal, seguidos

dos que se autocuidam e posteriormente dos institucionalizados. Apesar de estes dados contrariarem vários autores que defendem uma maior frequência de quedas nas instituições do que na comunidade (Saraiva, 2008; Santos, 2003; Gama, 2008; Ferrão, 2011), este valor poderá estar relacionado com as carências ao nível da formação dos cuidadores, anteriormente já mencionada.

Por último, no que se refere ao risco de úlceras de pressão, pode-se constatar uma transição estatisticamente significativa do alto risco (valor médio de 15,07 pontos) para o baixo risco (valor médio de 17,14 pontos) durante o período de internamento. Esta diminuição do risco está relacionada sobretudo com os ganhos ao nível da capacidade funcional constatada aquando da avaliação do estado funcional da amostra pelo IB. Sendo a limitação da mobilidade um fator de risco para a formação de UP, geradora de forças de pressão, fricção e deslizamento (Ferreira, 2007; Coutinho M. A., 2003), não é por isso de estranhar que o risco de UP aumente com a dependência (Saraiva, 2008) e diminua com a independência. É ainda de assinalar que neste período, 11 dos 15 elementos da amostra (73,3%) com úlceras de pressão obtiveram a sua cicatrização completa, revelando um bom desempenho das unidades de internamento a este nível.

No período após a alta, verificou-se uma diminuição muito pouco significativa (valor médio de 17,37 pontos) do risco de úlceras de pressão. Contudo, revendo dados anteriores, constata-se que neste período foram encontradas novas úlceras de pressão em sete elementos da amostra, sendo que destes quatro em elementos que as já tinham apresentado no internamento mas cicatrizaram e três em elementos que nunca tinham tido úlceras de pressão. Levanta-se assim a questão do porquê do seu aparecimento. As lacunas na formação verificadas podem justificar esta situação. Mas para além disso, deve-se ainda atender ao facto de que houve um número de agudizações significativo que poderá ter despoletado a formação de úlceras de pressão, uma vez que estas contribuem para o aumento da dependência (Rosa, 2003; Alves, 2010; Cares, 2013). Convém ainda notar, que se a dependência aumenta o risco de úlceras de pressão conforme é defendido, as úlceras de pressão também influem na redução da independência e da funcionalidade ao agravar o estado geral da pessoa (Coutinho M. A., 2003). Podemos ainda acrescentar que a idade avançada da amostra constituiu também ela um fator de risco acrescido ao desenvolvimento destas lesões (Ferreira, 2007; Russo, 2006; VanGilder, 2008).

No que concerne ao risco de úlceras de pressão por género, pode-se verificar que o género feminino apresenta nos três momentos de avaliação maior risco de vir a desenvolver úlceras de pressão. Este facto pode estar relacionado com a já anteriormente verificada maior dependência das mulheres, também ela nos três momentos. Quanto ao destino pós alta, verificamos um maior risco de úlceras de pressão ao nível dos elementos institucionalizados, seguido dos que se encontram a cargo de um cuidador principal e posteriormente dos que se auto-cuidam. Este facto poderá também ele estar relacionado com a maior dependência dos elementos institucionalizados já verificada.

Assim sendo, ao efetuar a correlação entre as pontuações obtidas no IB e na Escala de Braden, podemos verificar que quanto maior o IB na admissão, maior o Braden na admissão, o mesmo se repetindo nos outros momentos, constatando-se assim uma correlação positiva significativa entre estas duas escalas. Se um utente é mais independente, os fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão vão estar reduzidos o que implica um menor risco de úlcera de pressão e conseqüentemente, uma pontuação mais elevada na escala de Braden, fenómeno este que está de acordo com a literatura consultada (Coutinho M. A., 2003; Saraiva, 2008).

O aumento crescente da população idosa e conseqüente aumento das doenças crónicas e da dependência que acarretam, levaram a que se verificasse um desajustamento dos sistemas de saúde ao qual a implementação da RNCCI procurou dar resposta através de uma intervenção multidisciplinar para “reabilitar, readaptar e reinserir” os utentes que nela integram. O presente estudo, foi capaz de demonstrar isso mesmo com a diminuição da dependência física na avaliação funcional, na cicatrização e diminuição drástica de úlceras de pressão assim como na formação dos cuidadores, a qual pode ainda ser melhorada. Para além do mais, o proporcionar internamentos para descanso do cuidador é também uma mais-valia, constituindo uma forma de apoio ao cuidador diminuindo eventuais sobrecargas.

Relativamente às limitações deste estudo, temos a apontar o facto de o contacto no pós-alta ter sido efetuado através de uma chamada telefónica em vez de diretamente com a pessoa. Rodgers & Miller (1997) chamam a atenção no seu estudo que neste tipo de abordagem pode ocorrer um erro de mensuração dependendo de quem responde às perguntas, se o próprio utente ou o familiar. Para além do mais as perguntas feitas podem ser mal interpretadas, dependendo de fatores como as funções cognitivas, cultura, linguagem ou escolaridade de quem responde, levando a erros classificatórios.

No que concerne à avaliação da incapacidade funcional importa notar que só foram tidas em conta as ABVD, tendo-se excluído do estudo as atividades instrumentais de vida diária assim como as atividades avançadas de vida diária, as quais são de supra importância para uma avaliação completa do estado funcional (Gratão, 2013).

Para além do mais, neste estudo só foram tidos em consideração os valores totais de cada escala, sendo que elas são constituídas por vários parâmetros. As pontuações parciais permitem conhecer quais as problemáticas específicas da pessoa de forma a adequar os cuidados, especialmente no IB.

Uma problemática que este trabalho veio levantar diz ainda respeito à exaustão do cuidador principal. Ao longo do trabalho, pode-se constatar que os utentes que têm alta deste tipo de tipologia da RNCCI e vão para o domicílio são utentes ainda muito dependentes e que os cuidadores que os recebem e que vão cuidar deles se encontram num risco elevado de virem a sofrer desta problemática. Por isso se sugerem mais estudos relativamente a esta problemática assim como um maior acompanhamento destes casos no pós alta por parte dos profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

A RNCCI é constituída por uma população essencialmente idosa, de baixa escolaridade e dependente, sendo a dependência nas AVD's o principal motivo de referenciação (UMCCI, 2012). A amostra em estudo reflete estes dados ao ser constituída por indivíduos com uma média de idade de $79,1 \pm 8,5$ anos, em que 88,5% provém do meio rural e com um elevado grau de dependência no momento da admissão (média de $27,67 \pm 24,67$ no IB). A elevada prevalência de doenças crónicas como diagnóstico principal/secundário, constitui um dos motivos para o incremento da dependência nos utentes constituintes da amostra (Alves, 2010).

Apesar das alterações significativas a que a família se tem sujeitado nos últimos anos, ela continua a constituir o principal suporte aquando da necessidade de prestação de cuidados, havendo uma preferência por parte da família na manutenção do idoso no domicílio o máximo de tempo possível (MTSS, 2009; Sequeira, 2010; Karsch, 2003). Tal é verificado na presente amostra em que 57,7% dos elementos regressaram ao domicílio aquando da efetivação da alta, sendo que 50% apresentavam cuidadores informais.

Após uma breve análise dos dados recolhidos relativamente aos cuidadores informais podemos verificar que a sua maioria é do sexo feminino (84,6%) e com uma idade algo avançada (média de 59,9 anos), sendo que grande maioria cuida sozinho (61,5%), sem nunca ter cuidado de ninguém dependente antes (69,2%) e sem ter recebido ensinamentos para o efeito (53,8%). Estes são dados importantes uma vez que evidenciam uma elevada predisposição para a ocorrência da sobrecarga do cuidador e subsequente exaustão do mesmo.

É assim essencial a criação de condições que promovam a dignidade de quem é alvo de cuidados, a manutenção da sua qualidade de vida e a não sobrecarga da família, diminuindo a vulnerabilidade física e psicológica de quem é cuidado. É neste aspeto que a atuação dos profissionais de saúde se revela preponderante, cabendo-lhe a ele dotar o cuidador de competências cognitivas, instrumentais e pessoais para melhor cuidar (Sequeira, 2010). Sendo um importante recurso de cuidados, não deverá nunca ser vista como substituta dos serviços profissionais, devendo também elas ser alvo de cuidados especiais (Benjumea, 1995; Mafra, 2011).

Quanto ao objetivo geral do presente estudo, pode-se concluir que o mesmo foi conseguido ao avaliar os resultados em saúde ao nível do internamento da amostra em questão e a evolução dos mesmos no pós-alta.

Já no que respeita ao nível dos objetivos específicos, pode-se chegar às seguintes constatações. Quanto à competência funcional, após análise das médias obtidas pelo IB, verificou-se um decréscimo da dependência estatisticamente significativo durante o internamento na unidade ($27,67 \pm 24,67$ versus $46,16 \pm 31,09$) e um posterior aumento das mesmas mas sem significado estatístico no pós-alta ($41,0 \pm 34,0$). Relativamente ao risco de quedas, avaliado pela Escala de Morse, pode-se constatar que os valores obtidos acompanharam os anteriores, não apresentando contudo significado estatístico em nenhum dos momentos. Este estudo não nos permite assim retirar conclusões definitivas quanto a este risco devido à falta de informação relevante para a sua análise. No que respeita ao risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, avaliado pela Escala de Braden, constatou-se uma diminuição estatisticamente significativa dos valores médios desta escala durante o internamento ($15,1 \pm 3,1$ versus $17,1 \pm 3,8$) e uma ligeira diminuição dos mesmos, estatisticamente pouco significativa, no pós-alta ($17,4 \pm 3,7$).

Convém ainda notar que no internamento a grande maioria das UP foram cicatrizadas, tendo havido um aumento da sua incidência no pós-alta. É ainda de observar que ao efetuar a correlação entre as pontuações obtidas no IB e na Escala de Braden, pode-se verificar uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre ambas, sendo que quanto maior a pontuação no IB maior a da Escala de Braden em todos os momentos. Pode-se ainda verificar uma ação significativa destas instituições ao nível da formação dos cuidadores, a qual deverá ainda ser melhorada.

Assim sendo, é possível induzir uma melhoria ao nível da qualidade de vida dos utentes que usufruem desta oportunidade, derivada dos ganhos assinalados.

BIBLIOGRAFIA

- Alves, L. C. (2010). Factores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Revista de Saúde Pública*, 1-11.
- Andrade, L. M. (2009). A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm USP*, 37-43.
- Araújo, F. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 59-66.
- Benjumea, C. d. (1995). Familia y salud. *Revista ROL de Enfermería*, 203-204, 21-24.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 773-781.
- Cares, V. (2013). Evolución de la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en la unidad geriátrica de agudos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Med Chile*, 419-427.
- Cerrato, I. M. (2004). Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional. *Boletín Sobre El Envejecimiento - Perfiles y Tendencias*, nº 13.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Coutinho, M. A. (2003). Prevenção de úlceras de pressão: um certificado de qualidade. *Nursing*, n.º175, 20-23.
- (s.d.). Decreto-Lei n.º101/2006. In *Diário da República - I Série-A* (pp. 3856-3865). Lisboa.
- Departamento de Estatísticas Censitárias e da População. (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 185-208.
- DGS. (s.d.). *Envelhecimento activo » Conceitos*. Obtido em 13 de Março de 2014, de <http://www.dgs.pt/wwwbase/acessibilidade/aaaDefault.aspx?f=1&back=1&codigo=651265136516AAAAAAAAAAAA>
- DGSSFC. (2006). *Respostas Sociais - Nomenclaturas/Conceitos*. Lisboa: Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.

- Dorantes-Mendoza, G. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Publica*, 1-11.
- EPUAP-NPUAP. (2009). *Prevenção das úlceras de pressão: Guia de consulta rápida*. Obtido em 2014 de março de 2014, de http://gaif.net/sites/default/files/Guideline_Prevencao_da_UPressao_PT.pdf.
- Ferrão, S. (2011). Prevenção e controlo de quedas na Pessoa idosa institucionalizada em Lar – Avaliação de risco sistematizada através da aplicação da Escala de Avaliação de Risco de Queda de Morse, Teste Get Up and Go e Timed Get Up and Go. *Journal of Aging and Innovation*, 14-22.
- Ferreira, P. L. (2007). *Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fried, L. P., & Guralnik, J. M. (1997). Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. *J Am Geriatr Soc.*, 45, 92-100.
- Gama, Z. A. (2008). Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Rev Saúde Pública*, 946-956.
- Gomes, M. J., & Mata, A. (2012). Capítulo 12 - A família provedora de cuidados ao idoso dependente. In F. Pereira, *Teoria e Prática da Gerontologia: Um Guia Para Cuidadores de Idosos* (pp. 163-174). Psicosoma.
- González, M. Q. (2004). *Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Graafmans, W. C. (1996). Falls in the Elderly: A Prospective Study of Risk Factors and Risk Profiles. *American Journal of Epidemiology*, 143, 1129-1136.
- Gratão, A. C. (2012). Sobrecarga e Desconforto Emocional em Cuidadores de Idosos. *Texto Contexto Enferm*, 304-312.
- Gratão, A. C. (2013). Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 137-144.
- Grossberg, G. T., & Desai, A. K. (2003). Management of Alzheimer's Disease. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 331-353.
- INE. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

- Jacob, L. (2012). Capítulo 9 - Respostas Sociais para Idosos em Portugal. In F. Pereira, *Teoria e Prática da Gerontologia - Um Guia Para Cuidadores de Idosos* (pp. 129-147). Psicosoma.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos Dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 861-866.
- Mafra, S. C. (2011). A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 353-363.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 56-61.
- Martins, R. M. (2002). Envelhecimento Demográfico. *Millenium*.
- Melo, R. L. (2013). Sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 239-250.
- Ministério da Saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas - Circular Normativa n.º13 de 02/07/2004*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q) - Orientação da Direção-Geral da Saúde nº 017/2011 de 19/05/2011*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Morse, J. M. (1989). A prospective study to identify the fall-prone patient. *Social Science & Medicine*, 81-86.
- MTSS. (2009). *Carta Social - Dependência: O Apoio Informal, a Rede de Serviços e Equipamentos e os Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa.
- MTSS. (2012). *Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos 2012*. Lisboa.
- Paixão Jr., C. M., & Reichenheim, M. E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad. Saúde Pública*, 7-19.
- Pereira, F. (2012). Capítulo 8 - Sistemas de Apoio aos Idosos em Portugal. In F. Pereira, *Teoria e Prática da Gerontologia - Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 119-128). Psicosoma.
- Phipps, W. J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica Conceitos e Prática Clínica*. Loures: Lusociência.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2007). Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology*, 62B, 2, 126-137.
- (s.d.). Portaria n.º67/2012. In *Diário da República, 1.ª Série* (pp. 1324-1329). Lisboa.

- Rebelo, J. (2004). Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e seu impacto na sociedade. *Comunicação para o II Congresso Português de Demografia* (pp. 1 - 21). Lisboa: Escola Superior de Ciências Empresariais - Instituto Politécnico de Setúbal.
- Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Rodgers, W., & Miller, B. (1997). A Comparative Analysis of ADL Questions in Surveys of Older People. *The Journals of Gerontology Series B*, 21-36.
- Rosa, T. E. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*, 40-48.
- Russo, C. A. (Abril de 2006). *Hospitalizations Related to Pressure Sores, 2003*. Obtido em 3 de Março de 2014, de <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb3.pdf>
- Salvà, A. (2004). Incidence and consequences of falls among elderly people living in the community. *Med Clin (Barc)*, 172-176.
- Santos. (Maio/Junho de 2003). Quedas - quando e porquê? *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, n.º 154, 39-44.
- Saraiva, D. M. (Julho de 2008). Quedas - Indicador da Qualidade Assistencial. *Revista Nursing*, n.º 235, 28-35.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Stalenhoef, P. A. (1997). Incidence, risk factors and consequences of falls among elderly subjects living in the community. *European Journal of Public Health*, 7, 328-334.
- Tooth, L. (2005). Caregiver burden, time spent caring and health status in the first 12 months following stroke. *Brain Injury*, 963-974.
- UMCCI. (2008). *Manual de Planeamento e Gestão de Altas - Directiva Técnica n.º2/UMCCI/2008 de 07.01.2008*. Lisboa: RNCCI.
- UMCCI. (2008). *Manual de Procedimentos de Referênciação - Directiva Técnica n.º3/UMCCI/2008 de 07.01.2008*. Lisboa: RNCCI.
- UMCCI. (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Lisboa: RNCCI.
- UMCCI. (2012). *Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – 2011*. RNCCI.
- UN. (2012). *Population Ageing and Development 2012*. United Nations.

- Urbanetto, J. d. (2013). Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 569-575.
- VanGilder, C. (2008). Results of Nine International Pressure Ulcer Prevalence Surveys: 1989 to 2005. *OstomyWound Management*, pp. 40-54.
- WHO. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Madrid: World Health Organization.
- Wolff, J. L., & Kasper, J. D. (2006). Caregivers of Frail Elders: Updating a National Profile. *The Gerontologist*, 46, 344-356.
- Yang. (2005). Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. *J Aging Health*, 263-292.
- Zimmer, Z., & House, J. S. (2003). Education, income, and functional limitation transitions among American adults: contrasting onset and progression. *International Journal of Epidemiology*, 1089-1097.

ANEXOS

A N E X O I – Autorização Para a Realização do Estudo

Ex.mos Srs

Unidade de Cuidados Continuados de

Longa Duração de Sta Maria Maior

Sta casa da Misericórdia de Miranda do Douro

5210 – 201 MIRANDA DO DOURO

S/ referência

S/ comunicação

N/ referência

Data

Assunto:

Autorização para aplicação de questionário

Proc. 7.01.06

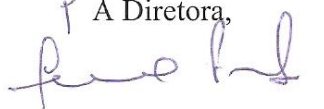
00016709-04-13

A Escola Superior de Saúde de Bragança solicita a V.^a Ex.^a autorização para que a aluna de Mestrado do Curso de Mestrado de Cuidados Continuados, no âmbito da Unidade Curricular Trabalho de Projeto/Estágio aplique um questionário nessa Instituição subordinado ao tema “ Manutenção dos Ganhos em Saúde no Pós-Alta de Unidades de Longa Duração e Manutenção”

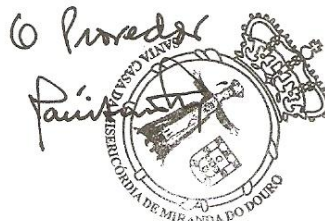
Os dados fornecidos serão confidenciais e apenas analisados no âmbito científico pedagógicos.

Enviamos em anexo protocolo do estudo.

Com os melhores cumprimentos;

P^a A Diretora,


(Prof.^a Dr.^a Helena Pimentel)



/AM



CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

1704 LEONCI

Das unidades em
interessadas

24/04/2013
[Signature]

IPB
Escola Superior de Saúde
A/C Prof.^a Dr.^a Helena Pimentel
Av. D. Afonso V
5300-121 Bragança

V/ Referência	Data	N/ Referência	Data
		UCC 88/13	17-042013

Assunto: Autorização para aplicação de Questionário.

Vimos por este meio, informar V. Ex.^a, que a aluna de Mestrado está autorizada a aplicar o questionário subordinado ao tema “ Manutenção dos ganhos em Saúde no Pós-alta de Unidades de Longa Duração e Manutenção”, na Unidade de Cuidados Continuados de Vimioso.

Sem mais de momento, atenciosamente me subscrevo;

Santa Casa da Misericórdia de Vimioso
UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS
F. Contribuinte N.º 502 287 535
Francisco Jerónimo Machado
Telef: 273 511 174 • Fax: 273 511 130
5230-304 VIMIOSO

IMPRESSO ELETTRÓNICO DE BRANCO
Câmara Municipal de Vimioso
Arada Nº 301
Data 22/04/2013
Processo 70106

A N E X O II – Instrumento de Recolha de Dados

Código: _____

Parte I

1. Caracterização do Utente

1.1. Idade (anos): _____

1.2. Género: Masculino Feminino

1.3. Meio Habitacional: Urbano Rural

1.4. Habilitações Académicas:

- Sem educação, educação 1^a (pré 1^a)
- 1^o Estádio de educação básica (4^a classe/6^o ano)
- 2^o Estádio de educação básica (5^o ano antigo/ 9^o ano)
- Educação secundária (7^o ano antigo/ 12^o ano)
- Educação pós-secundária (6m/ 2 anos – bacharelato/mestrado)
- 1^o Estádio de educação 3^a (2 anos – curso doutoral)
- 2^o Estádio de educação 3^a (3 a 7 anos – doutoramento/investigação avançada)

1.5. Estado Civil: Viúvo/Separado/Solteiro Casado/União de Facto

1.6. Existência de filhos: Sim Não

1.6.1. Se **sim**, quantos? _____

1.6.2. Se algum mora perto da pessoa? Sim Não

2. Internamento

2.1. Unidade de Internamento: Miranda Vimioso

2.2. Diagnóstico Principal: _____

2.3. Diagnósticos Secundários: _____

2.4. Presença de Feridas: Sim Não

2.4.1. Se **sim**, que tipo de ferida:

- Úlcera de Pressão
- Úlcera de Perna
- Ferida Traumática
- Ferida Pós-Cirúrgica

2.4.2. Se **sim**, encontrava-se cicatrizada no momento da alta? Sim Não

2.5. Internamento efectuado para descanso do cuidador? Sim Não

2.6. Tempo de Internamento (dias): _____

2.7. Alta efetivada para:

- Domicílio
- Domicílio com Suporte
- Lar de Terceira Idade
- Família De Acolhimento
- Outra resposta da REDE (Qual? _____)

2.8. Alta efetuada há quantos meses? _____

3. Escalas no Momento da Admissão/Alta

3.1. Índice de Barthel

	Pontuação (Admissão)	Pontuação (Alta)
Total		

3.2. Escala de Morse

	Pontuação (Admissão)	Pontuação (Alta)
Total		

3.3. Escala de Braden

	Pontuação (Admissão)	Pontuação (Alta)
Total		

(Se o questionário for realizado pessoalmente, omitir a parte II do mesmo)

Código: _____

Parte II

A preencher apenas se o contacto com o utente/cuidador for efetuado via telefónica.

No caso de a alta ter sido efetuada para o domicílio, preencher o item 1. Caso contrário, deverá passar para o item 2.

1. Cuidador Principal no Domicílio

1.1. Idade (anos): _____

1.2. Género: Masculino Feminino 1.3. Grau de parentesco: Cônjuge Filho Amigo 1.4. Meio Habitacional: Urbano Rural

1.5. Habilitações Académicas:

- Sem educação, educação 1^a (pré 1^a)
- 1^o Estádio de educação básica (4^a classe/6^o ano)
- 2^o Estádio de educação básica (5^o ano antigo/ 9^o ano)
- Educação secundária (7^o ano antigo/ 12^o ano)
- Educação pós-secundária (6m/ 2 anos – bacharelato/mestrado)
- 1^o Estádio de educação 3^a (2 anos – curso doutoral)
- 2^o Estádio de educação 3^a (3 a 7 anos – doutoramento/investigação avançada)

1.6. Situação Laboral: Empregado Desempregado Reformado

1.6.1. Se empregado, qual a profissão que desempenha? _____

1.6.2. Qual o regime horário de trabalho que pratica?

- Parcial (20 a 24 horas por semana)
- Normal (35 horas por semana)
- Acrescido (40 ou mais horas por semana)

1.7. Estado Civil: Viúvo/Separado/Solteiro Casado/União de Facto 1.8. Existência de filhos: Sim Não 1.8.1. Se **sim**, quantos? _____1.8.2. Permanecem ao seu encargo? Sim Não 1.9. Cuida sozinha? Sim Não 1.10. Já cuidou de alguém dependente antes? Sim Não 1.11. Recebeu ensinamentos sobre a prestação de cuidados? Sim Não

1.11.1. Se sim, por quem foram ministrados? _____

2. Seguimento do Utente no Pós-Alta

2.1. Já sofreu algum episódio agudo? Sim Não

2.1.1. Se **sim**, quantas vezes? _____

2.2. Tem alguma ferida? Sim Não

2.2.1. Se **sim**, que tipo de ferida?

- Úlcera de Pressão
- Úlcera de Perna
- Ferida Traumática
- Ferida Pós-Cirúrgica

2.3. Mantém destino da alta? Sim Não

2.3.1. Se **não**, onde se encontra neste momento? _____

2.4. Se efetuada alta para o domicílio:

2.4.1. Já teve alguma consulta com o médico de família? Sim Não

2.4.2. Já foi visitado em casa por alguma equipa de saúde? Sim Não

2.4.3. Teve necessidade de recorrer a algum apoio externo? Sim Não

2.4.3.1. Se **sim**, qual? _____

2.5. Data de óbito: ___/___/_____ (A preencher caso seja dada a informação do óbito do utente)

3. Escalas

3.1. Continua a fazer a vida que tinha na unidade? Sim Não (Se sim, a chamada está concluída)

3.2. Está orientado? Sim Não

3.3. Obedece a instruções Verbais? Sim Não

3.3.1. Se **não**, reage a estímulos dolorosos? Sim Não

3.4. Come sozinho? Sim Necessita de Ajuda Totalmente Dependente

3.4.1. Come o prato todo? Nunca Menos de Metade Mais de Metade

Sempre

3.5. Toma banho sozinho? Sim Necessita de Ajuda Totalmente Dependente

3.6. Veste-se sozinho? Sim Necessita de Ajuda Totalmente Dependente

3.7. Arranja-se sozinho? Sim Necessita de Ajuda Totalmente Dependente

3.8. Vai à casa de banho sozinho? Sim Necessita de Ajuda Totalmente Dependente

- 3.9. Usa fralda? Sim Não
- 3.9.1. Se **sim**, que período? Todo o dia À Noite
- 3.9.2. Se **sim**, para: Defecar Urinar Ambos
- 3.10. Geralmente, a pele encontra-se molhada? Sim Não
- 3.10.1. Se **sim**: Sempre Frequentemente Poucas Vezes Nunca
- 3.11. Passa muito tempo sentado/deitado? Sim Não
- 3.12. Muda a posição do corpo sozinho? Nunca Às vezes Muitas Vezes
Sempre
- 3.13. Passa da cama para a cadeira sozinho? Sim Necessita de Ajuda
Totalmente Dependente
- 3.14. Realiza várias tentativas para se levantar? Sim Não
- 3.15. Anda? Sim Não
- 3.15.1. Se **sim**, necessita de apoio para andar? Sim Não (Se sim, que tipo de apoio? Cadeira de Rodas Terceiros Auxiliar de marcha Móvel)
- 3.15.2. Se **sim**, já caiu alguma vez? Sim Não
- 3.15.3. Se **sim**, deambula: Sem hesitar Inclinado e com passos curtos
- 3.15.4. Se **sim**, sobe e desce escadas? Sim Não
- 3.16. No posicionamento consegue levantar o doente totalmente da cama? Sim Não

Código: _____

Parte III

A preencher se o contacto com o utente/cuidador for efetuado pessoalmente ou após o contacto via telefónica.

No caso de a alta ter sido efetuada para o domicílio, preencher o item 1. Caso contrário, deverá passar para o item 2.

1. Cuidador Principal no Domicílio

1.1. Idade (anos): _____

1.2. Género: Masculino Feminino

1.3. Grau de parentesco: Cônjuge Filho Amigo

1.4. Meio Habitacional: Urbano Rural

1.5. Habilitações Académicas:

- Sem educação, educação 1^a (pré 1^a)
- 1^o Estádio de educação básica (4^a classe/6^o ano)
- 2^o Estádio de educação básica (5^o ano antigo/ 9^o ano)
- Educação secundária (7^o ano antigo/ 12^o ano)
- Educação pós-secundária (6m/ 2 anos – bacharelato/mestrado)
- 1^o Estádio de educação 3^a (2 anos – curso doutoral)
- 2^o Estádio de educação 3^a (3 a 7 anos – doutoramento/investigação avançada)

1.6. Situação Laboral: Empregado Desempregado Reformado

1.6.1. Se empregado, qual a profissão que desempenha? _____

1.6.2. Qual o regime horário de trabalho que pratica?

- Parcial (20 a 24 horas por semana)
- Normal (35 horas por semana)
- Acrescido (40 ou mais horas por semana)

1.7. Estado Civil: Viúvo/Separado/Solteiro Casado/União de Facto

1.8. Existência de filhos: Sim Não

1.8.1. Se **sim**, quantos? _____

1.8.2. Permanecem ao seu encargo? Sim Não

1.9. Cuida sozinha? Sim Não

1.10. Já cuidou de alguém dependente antes? Sim Não

1.11. Recebeu ensinamentos sobre a prestação de cuidados? Sim Não

1.11.1. Se **sim**, por quem foram ministrados? _____

2. Seguimento do Utente no Pós-Alta

2.1. Já sofreu algum episódio agudo? Sim Não

2.1.1. Se **sim**, quantas vezes? _____

2.2. Tem alguma ferida? Sim Não

2.2.1. Se **sim**, que tipo de ferida?

- Úlcera de Pressão
- Úlcera de Perna
- Ferida Traumática
- Ferida Pós-Cirúrgica

2.3. Mantém destino da alta? Sim Não

2.3.1. Se **não**, onde se encontra neste momento? _____

2.4. Se efetuada alta para o domicílio:

2.4.1. Já teve alguma consulta com o médico de família? Sim Não

2.4.2. Já foi visitado em casa por alguma equipa de saúde? Sim Não

2.4.3. Teve necessidade de recorrer a algum apoio externo? Sim Não

2.4.3.1. Se **sim**, qual? _____

2.5. Data de óbito: ___/___/_____ (A preencher caso seja dada a informação do óbito do utente)

3. Escalas

3.1. Índice de Barthel

(Relativamente à parte II, diz respeito às questões: 3.4.; 3.5.; 3.6.; 3.7.; 3.8.; 3.9.; 3.9.1.; 3.9.2.; 3.13.; 3.15.; 3.15.1. e 3.15.4.)

Atividades de Vida Diárias	Escala	Score
Alimentação	Independente – 10 Necessita de Ajuda – 5 Dependente – 0	
Vestir	Independente – 10 Necessita de Ajuda – 5 Dependente – 0	
Banho	Independente – 5 Dependente – 0	
Higiene Corporal	Independente – 5 Dependente – 0	
Uso da casa de banho	Independente – 10 Necessita de Ajuda – 5 Dependente – 0	

Controlo Intestinal	Independente – 10 Incontinente Ocasional – 5 Incontinente Fecal – 0	
Controlo Vesical	Independente – 10 Incontinente Ocasional – 5 Incontinente ou Algaliado – 0	
Subir e Descer Escadas	Independente – 10 Necessita de Ajuda – 5 Dependente – 0	
Transferência Cadeira/Cama	Independente – 15 Necessita de Ajuda Mínima – 10 Necessita de Grande Ajuda – 5 Dependente – 0	
Deambulação	Independente – 15 Necessita de Ajuda – 10 Independente com Cadeira de Rodas – 5 Dependente – 0	
Total		

3.2. Escala de Morse

(Relativamente à parte II, diz respeito às questões: 3.2.; 3.14.; 3.15.; 3.15.1.; 3.15.2. e 3.15.3.)

Item	Escala	Score
Antecedentes de Quedas	Sim 25 Não 0	
Diagnóstico Secundário	Sim 15 Não 0	
Apoio para Deambulação		
Apoia-se na mobília	30	
Canadianas/Bengala/Andarilho	15	
Nenhum/Apoiado/Acamado	0	
Medicação e/ou Heparina Intravenosa	Sim 20 Não 0	
Marcha		
Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	0	
Desequilíbrio fácil	10	
Défice de Marcha	20	
Estado Mental		
Consciente das suas limitações	0	
Não consciente das suas limitações	15	
Total		

3.3. Escala de Braden

(Relativamente à parte II, diz respeito às questões: 3.3.; 3.3.1.; 3.4.1.; 3.10.; 3.10.1.; 3.11.;3.12. e 3.16.)

	Escala	Score
Perceção Sensorial	Completamente limitada – 1 Muito limitada – 2 Ligeiramente limitada – 3 Nenhuma limitação – 4	
Humidade	Pele constantemente húmida – 1 Pele muito húmida – 2 Pele ocasionalmente húmida – 3 Pele raramente húmida – 4	
Atividade	Acamado – 1 Sentado – 2 Anda ocasionalmente – 3 Anda frequentemente – 4	
Mobilidade	Completamente imobilizado – 1 Muito limitada – 2 Ligeiramente limitado – 3 Nenhuma limitação – 4	
Nutrição	Muito pobre – 1 Provavelmente inadequada – 2 Adequada – 3 Excelente – 4	
Fricção e Forças de deslizamento	Problema – 1 Problema potencial – 2 Nenhum problema – 3	
Total		