

CONTINUIDADE DE CUIDADOS E ESTADO DE SAÚDE APÓS A ALTA DE UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO

¹ **Leonel São Romão Preto**

² **Lúcia Sofia Parreira Cordeiro**

³ **Paula Eduarda Lopes Martins**

⁴ **Pedro Miguel Barreira Preto**

¹ Doutor em Psicossociologia. Professor Coordenador no Departamento de Enfermagem. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança (Portugal).

¹ Enfermeira, Mestre em Cuidados Continuados. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

¹ Enfermeira, Doutoranda em Cuidados Paliativos. Assistente Convidada, Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança.

¹ Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem Médico-cirúrgica. Unidade Local de Saúde do Nordeste, Bragança.

E-mail: leonelpreto@ipb.pt

Cómo citar este artículo:

Preto RLS, Cordeiro PLS, Martins LPA, Preto BPM. Continuidade de cuidados e estado de saúde após a alta de unidades de longa duração. Rev. iberoam. educ. investi. Enferm. 2017; 7(2):45-53.

RESUMO

Introdução: o envelhecimento da população portuguesa, o aumento da incidência de doenças crónicas e a existência de muitos idosos com necessidades de cuidados de continuidade, estiveram na génese da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados, estrutura que, entre outras respostas, disponibiliza internamentos em Unidades de Longa Duração e Manutenção.

Objetivo: avaliar os resultados em saúde durante o internamento e após a alta de Unidades de Longa Duração e Manutenção.

Método: estudo descritivo e analítico, longitudinal. Estudamos 52 idosos, na admissão, alta e seis meses após a alta. Para além de outras variáveis avaliou-se a independência funcional, o risco de quedas e o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão.

Resultados: os participantes tinham, em média, 79,1±8,5 anos, predominando o sexo masculino (51,9%). O tempo médio de internamento foi de 149 dias. A independência funcional melhorou ao longo do internamento, com manutenção aos seis meses após a alta. O risco de cair não registou alterações significativas nos três momentos avaliados. O risco de desenvolver úlceras por pressão diminuiu durante o internamento, com manutenção deste ganho no seguimento aos seis meses. Como desfechos adversos após a alta destacamos a institucionalização, a ocorrência de agudizações e a morte de 17,3% dos idosos.

Discussão/Conclusões: apesar de termos constatado alguns ganhos em saúde na amostra estudada, os resultados sugerem a necessidade de uma continuada vigilância em saúde após a alta destas unidades.

Palavras-chave: continuidade da assistência ao paciente; alta do paciente; avaliação de resultados (cuidados de saúde).

Continuidad de cuidados y estado de salud tras el alta de centros de atención de largo plazo

RESUMEN

Introducción: el envejecimiento de la población portuguesa, el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas y la existencia de muchos ancianos con necesidades de atención continuada, fueron la génesis de la creación de la Red Nacional de Cuidados Continuos, una estructura que, entre otras respuestas, proporciona cuidados en centros de atención de largo plazo.

Objetivo: evaluar los resultados en salud durante la estancia y después del alta de centros de atención de largo plazo.

Método: estudio descriptivo y analítico, longitudinal. Se estudiaron 52 personas de edad avanzada en la admisión, alta y seis meses después del alta. Además de otras variables, se evaluó la independencia funcional, el riesgo de caídas y el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Resultados: la edad promedio de los participantes fue de 79,1±8,5 años, predominando los varones (51,9%). La estancia media en los centros de atención fue de 149 días. La independencia funcional mejoró, con mantenimiento de los resultados a los seis meses después del alta. El riesgo de caídas no cambió significativamente en las tres evaluaciones. El riesgo de desarrollar úlceras por presión se redujo durante el ingreso, con mantenimiento de este resultado a los seis meses después del alta. Como resultados adversos tras el alta, se destaca la institucionalización, las exacerbaciones agudas y la muerte de un 17,3% de los ancianos.

Discusión/conclusiones: aunque se han observado algunas mejoras en la salud de los participantes, los resultados sugieren la necesidad de continuar la vigilancia sanitaria después del alta de estas unidades.

Palabras clave: continuidad de la atención al paciente; alta del paciente; evaluación de resultado (atención de salud).

Continued care and health status after being discharged from a long-term care center

ABSTRACT

Introduction: aging of portuguese population, increased incidence of chronic diseases, and a high number of elderly people requiring continued care, led to the creation of the Rede Nacional de Cuidados Continuados, a structure providing, among other services, health care in long-term centers.

Purpose: to assess health outcomes during admission and after being discharged from long-term healthcare centers.

Methods: a descriptive, analytical, longitudinal study. A group of 52 elderly people was assessed on admission, at discharge and six months after being discharged. Among other endpoints, functional independence, risk for falls and risk for pressure ulcers were assessed.

Results: mean age of participants was 79.1±8.5, with a higher number of men (51.9%). Mean duration of stay in healthcare centers was 149 days. An improved functional independence was found, that was maintained six months after discharge. The risk for falls did not show significant changes in the three assessments. The risk for pressure ulcers development was reduced during stay, and results were maintained six months after discharge. Main adverse events after discharge were institutionalization, acute exacerbations and death in 17.3% of these elderly people.

Discussion/Conclusions: even though some health improvements were observed in participants, our findings suggest continued health surveillance is needed after discharge from such units.

Key words: continuity of patient care; patient discharge; outcome assessment (health care).

INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, Portugal confronta-se com um progressivo aumento da sua população de idosos em consequência do incremento da esperança média de vida, da redução da taxa de natalidade e da manutenção de saldos migratórios negativos ao longo dos últimos anos (1). Associado ao elevado índice de envelhecimento populacional, o país apresenta ainda uma das maiores taxas de dependência da União Europeia. Neste quadro sociodemográfico os novos paradigmas em saúde passam pela criação de redes interdisciplinares com vista à promoção da autonomia e à capacitação, participação e manutenção dos idosos na vida social e comunitária, incluindo aqueles que se encontrem em situações de dependência (2,3).

A integração, coordenação e continuidade dos cuidados pressupõe a existência de modelos interdisciplinares e mecanismos de articulação e complementaridade, quer horizontais quer verticais, entre os diferentes níveis de prestação de cuidados (3). Em Portugal, a continuidade e a integração do cuidado esteve na génese da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC) tendo esta como público-alvo as pessoas em situação de dependência com necessidades de resposta de convalescença, internamentos de média e longa duração e cuidados paliativos (4).

De entre as tipologias de resposta da rede destacamos, para efeitos do presente trabalho, as Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM). Estas unidades recebem doentes devidamente referenciados após a alta hospitalar e disponibilizam internamento superior a 90 dias consecutivos com prestação de cuidados a pessoas com doenças crónicas, de modo a manter aptidões para a realização de Atividades de Vida Diária (AVD) e prevenir ou retardar o agravamento de situações de dependência. O seu objetivo major é o controlo dos sintomas, a promoção da qualidade de vida e a posterior integração das pessoas na comunidade através das respostas formais e informais, entendendo-se integração comunitária num sentido lato de recursos que variam desde a família, aos cuidados domiciliários, centros de dia ou outras estruturas residenciais (5).

A independência funcional para a realização das AVD é um dos fatores que mais influencia a qualidade de vida dos idosos e a sua avaliação permite aos profissionais de saúde uma visão global do comprometimento relacionado com doenças crónico-degenerativas (6). Nesta linha, a vivência independente é atualmente um domínio-chave nos modelos de saúde que valorizam a atenção integral como um sistema complexo e adaptativo dentro do paradigma holístico (7).

A gestão da independência, do risco de quedas e do desenvolvimento de úlceras por pressão (UP) constituem importantes indicadores na avaliação e acompanhamento dos utentes integrados na rede e a sua utilidade no cuidar de longa duração e manutenção, encontra-se bem documentada pela literatura (8-10). A avaliação destes itens ajudar-nos a tomar decisões sobre a prestação de cuidados, podendo servir como medidas de desfecho e documentação da eficácia das intervenções, constituindo assim objeto da maioria dos relatórios de monitorização e melhoria da qualidade emanados pela RNCC (11). Segundo esses relatórios o quadro geral que subjaz ao internamento nas unidades prende-se com uma população envelhecida e carenciada, apresentando elevada incapacidade e constituindo a dependência motivo de referência em 91% dos casos. Os mesmos documentos referem que, no momento da alta, aumentou quatro vezes o número de utentes independentes (11).

Se os ganhos em saúde durante o internamento nestas unidades são reconhecidos pelos relatórios da RNCC (11), são praticamente inexistentes os trabalhos de investigação sobre a transição dos utentes das ULDM para a comunidade e os resultados em saúde após a alta. Estudos de monitorização e seguimento poderão contribuir ao conhecimento e à gestão das transições entre os vários níveis de cuidados. Em idosos frágeis com múltiplas condições crónicas e esquemas terapêuticos complexos o correto planeamento da alta, os cuidados de transição de qualidade e as intervenções de follow-up são especialmente importantes para eles e seus cuidadores (12).

Neste estudo objetivámos avaliar os resultados em saúde durante o internamento e após a alta de ULDM. Foram nossos objetivos específicos: a) caracterizar os utentes nas variáveis sociodemográficas; b) conhecer o destino dos utentes e as resposta da rede/ continuidade de cuidados aos seis meses após a alta das ULDM; c) avaliar a evolução da condição de saúde (independência funcional, risco de queda e risco de úlcera por pressão) dos participantes no estudo em três momentos distintos: aquando do início do internamento, na alta e aos seis meses após a alta e d) determinar a mortalidade aos seis meses após a alta.

MÉTODO

Face aos objetivos da investigação delineámos um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo e analítico com caráter lon-

gitudinal, em painel. A amostra foi constituída por todos os utentes que consecutivamente tiveram alta da ULDM de Vimioso e da ULDM de Miranda do Douro (Província de Trás-os-Montes, Portugal) durante um período de oito meses. Para efeitos de inclusão no estudo definimos a alta como o processo que levou à saída do utente das ULDM para o domicílio ou transferência para outras respostas sociais ou da rede, excluindo o ingresso em unidades de saúde hospitalares por agudização da situação clínica.

Foram incluídos no estudo 52 participantes os quais foram avaliados em três momentos distintos: aquando da admissão nas unidades, na alta e seis meses após a alta.

Quanto ao método de recolha de dados, optamos por um formulário estruturado em três partes. A primeira parte dizia respeito à admissão, e constava da caracterização sociodemográfica e clínica do utente, sendo igualmente avaliados o nível de independência na realização das AVD, o risco de queda e o risco de desenvolvimento de UP. A segunda parte dizia respeito ao momento da alta e eram novamente recolhidos dados relativos às três variáveis anteriores. A terceira parte foi aplicada seis meses após a alta por contacto direto com os utentes e seus cuidadores informais ou formais. Neste terceiro momento para além das variáveis em saúde que considerámos pertinentes, (como a ocorrência de agudizações ou a presença de feridas), repetiram-se as avaliações respeitantes à independência funcional, risco de queda e risco de desenvolver UP.

A independência para a realização das AVD foi avaliada pelo Índice de Barthel (6), o qual tem em conta dez AVD, sendo elas: alimentação, vestuário, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação. A pontuação total varia de 0 a 100 pontos, sendo que quanto menor a pontuação da escala maior o grau de dependência do utente. O instrumento possuiu adequada confiabilidade e é amplamente usado como medida de funcionalidade em idosos frágeis e cuidados de longa duração (10).

Para avaliação do risco de quedas usámos a escala de Morse. O instrumento demonstra altos valores preditivos, é de rápido preenchimento e clinicamente relevante em unidades de cuidados de longo prazo (9). Recorremos à versão em uso nas unidades da rede, a qual apresenta seis itens: antecedentes de quedas, presença de diagnóstico secundário, apoio para deambulação, medicação e/ou heparina intravenosa, marcha e estado mental. Maiores pontuações correspondem a um maior risco de cair. Para avaliação do risco de UP utilizámos a escala de Braden, versão adulto recomendada pela Direção-Geral da Saúde, a qual inclui seis dimensões: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção/forças de deslizamento.

Neste estudo, foi garantido o consentimento informado, esclarecido e livre dos participantes. Foi ainda obtida autorização dos responsáveis institucionais pelas ULDM envolvidas.

A análise estatística dos dados realizou-se com recurso ao programa Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20, inferindo associações estatisticamente significativas para um nível de significância de 0,05 e p-valores do teste não paramétrico de Wilcoxon.

RESULTADOS

A amostra do estudo ficou constituída por 52 utentes. A idade média rondou os 79 anos, distribuindo-se os participantes de forma muito semelhante pelos dois sexos. Denota-se uma maior preponderância de sujeitos oriundos do meio rural (88,5%).

Relativamente ao diagnóstico principal aquando da admissão verifica-se que o mesmo tinha por base doenças neurológicas em 38,5% dos casos e fraturas ou doenças osteoarticulares em 28,8% das situações. Verificámos um caso de internamento para descanso do seu cuidador (Tabela 1).

O tempo médio de internamento foi de 149 dias ($\pm 144,4$). Aquando da alta cerca de 33% dos utentes ingressaram em lares de terceira idade e 5,8% ficaram ao cuidado de famílias de acolhimento. Regressaram ao domicílio 19 utentes (Tabela 2).

Ao longo do seguimento de seis meses, que decorreu entre o momento da alta e a terceira avaliação, faleceram 9 dos 52 idosos que integravam o estudo, o que representa uma taxa de mortalidade de 17,3%.

Tendo em conta os restantes 43 indivíduos, a ocorrência de episódios agudos foi registada em 37,2% dos casos e a presença de feridas, entre as quais as UP (n= 6), obteve uma prevalência de 23,3% (Tabela 3).

TABELA 1. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES

	PARTICIPANTES (N= 52)
Idade (Média±DP*)	79,1±8,5 anos
Sexo	
Feminino	25 (48,1%)
Masculino	27 (51,9%)
Estado civil	
Casado/união de facto	27 (51,9%)
Viúvo/separado/solteiro	25 (48,1%)
Meio de origem	
Rural	46 (88,5%)
Urbano	6 (11,5%)
Unidade de internamento	
ULDM** de Miranda do Douro	29 (55,8%)
ULDM** de Vimioso	23 (44,2%)
Diagnóstico principal aquando da admissão	
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%)

*Desvio Padrão. **Unidade de Longa Duração e Manutenção

TABELA 2. TEMPO DE INTERNAMENTO E DESTINO DOS UTENTES AQUANDO DA ALTA

	PARTICIPANTES (N= 52)
Tempo de internamento (Média±DP*)	149,0±144,4 dias
Destino após a alta	
Lar de idosos	17 (32,7%)
ECCI**	4 (7,9%)
Outra Unidade da RNCC***	9 (17,3%)
Domicílio com suporte	10 (19,2%)
Domicílio	9 (17,3%)
Família de acolhimento	3 (5,8%)

*Desvio Padrão. **Equipa de Cuidados Continuados Integrados. ***Rede Nacional de Cuidados Continuados

TABELA 3. RESULTADOS RELATIVOS À TERCEIRA AVALIAÇÃO, SEIS MESES APÓS A ALTA

	PARTICIPANTES (N= 52)
Ocorrência de episódios agudos no pós-alta	
Sim	16 (37,2%)
Não	27 (62,8%)
Presença de feridas	
Sim	10 (23,3%)
Não	33 (76,7%)
Tipo de feridas presentes*	
Úlceras por pressão	6
Ferida traumática	3
Ferida cirúrgica	1
Destino no pós-alta (aquando da última avaliação)	
Domicílio	13 (30,2%)
Domicílio com suporte e apoio da ECCI** e serviço domiciliar	7 (16,3%)
Família de acolhimento	1 (2,3%)
Lar de Idosos	20 (46,5%)
Outras unidades da RNCC***	2 (4,7%)
Cuidados pós-alta	
Existência de cuidador principal	19 (44,2%)
Institucionalizados	22 (51,2%)
Independentes nos autocuidados	2 (4,7%)

*Em frequências absolutas, para n= 10. **Equipa de Cuidados Continuados Integrados. ***Rede Nacional de Cuidados Continuados

Verificámos ainda que ocorreram alterações das respostas em rede entre o momento da alta e a terceira avaliação, no que ao destino dos idosos diz respeito. Com efeito, 46,5% encontravam-se agora institucionalizados em lares e 4,7% noutras unidades da RNCC. Um significativo número de indivíduos (n= 20) vivia integrado no seio familiar, alguns deles beneficiando de suporte ou apoio da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) ou serviço domiciliar (n= 7). Verificámos ainda a existência de cuidador principal em 19 casos; sendo que 2 idosos eram independentes nos cuidados (Tabela 3).

Comparando os valores médios obtidos no Índice de Barthel na admissão e na alta (27,7±24,7 versus 46,2±31,1) verifica-se (Tabela 4) que as pontuações aumentaram na segunda avaliação, com significado estatístico pelo teste não paramétrico de Wilcoxon ($p < 0,01$). Desde o momento da alta até à avaliação final não se observaram diferenças significativas nas pontuações médias do Barthel ($p = 0,084$). Se atendermos aos valores obtidos na admissão e seis meses após a alta concluímos pela manutenção dos ganhos em independência funcional para a realização das AVD avaliadas pelo Barthel ($p = 0,011$).

Relativamente à escala de Morse as variações observadas entre o momento da admissão e da alta não apresentam significado estatístico ($p = 0,054$). Igual conclusão se retira ao compararmos os resultados obtidos durante a alta e seis meses após a alta ($p = 0,148$).

Quanto à escala de Braden, e observando as estatísticas na admissão e alta (15,1±3,1 versus 17,1±3,8), verifica-se que o risco de UP diminuiu ao longo do internamento ($p < 0,01$). Comparando os resultados na alta e seis meses após a alta (17,1±3,8 versus 17,4±3,7)

TABELA 4. VALORES MÉDIOS NAS ESCALAS DE BARTHEL, MORSE E BRADEN, NOS TRÊS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO

	ADMISSÃO	ALTA	PÓS-ALTA	ADMISSÃO/ ALTA (P*)	ALTA/ PÓS-ALTA (P*)	ADMISSÃO/ PÓS-ALTA (P*)
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

*Teste de Wilcoxon

concluimos que as variações não foram relevantes ($p=0,663$). Contudo, analisando os valores médios obtidos na escala ao momento da admissão e seis meses após a alta (15,07±3,1 versus 17,4±3,7) os resultados sugerem a manutenção deste ganho em saúde após a alta dos utentes ($p<0,01$).

DISCUSSÃO

Os resultados da caracterização dos utentes na variável sociodemográfica idade entroncam no quadro de envelhecimento populacional que a RNCC tem evidenciado nos seus relatórios mais recentes (11). Estudos prévios relatam que, para além da função motora e dos déficits cognitivos, a idade influencia a gestão da alta e a transição para a comunidade em utentes do foro neurológico (13). De facto as pessoas muito idosas, vulneráveis e com doenças crónicas apresentam menor nível de literacia em saúde (14), pelo que a preparação da alta para o domicílio é um processo educativo do doente e família de primordial importância.

Uma percentagem importante de utentes apresentava como causa de admissão doenças neurológicas, à semelhança de estudos anteriores (15). A doença cerebrovascular constituiu uma importante causa de incapacidade a longo prazo, e com a melhoria da assistência em saúde, cada vez mais pessoas sobrevivem após a fase aguda de um acidente vascular cerebral, necessitando muitas delas de cuidados continuados e de reabilitação (16).

A taxa de mortalidade que encontramos ao longo do seguimento de seis meses após a alta (17,3%) demonstra a fragilidade dos participantes do estudo. Outros resultados concorrem para esta conclusão. Note-se, por exemplo, a elevada ocorrência de episódios agudos (37,2%) e a prevalência de feridas (23,3%). Na variável destino do utente aquando da alta e seis meses após a alta verificámos ainda que os resultados não são sobreponíveis, existindo, no último momento de avaliação, mais idosos institucionalizados em lares de terceira idade.

Ao nível da funcionalidade avaliada pelo Índice de Barthel verificou-se um incremento da independência durante o internamento nas ULDM, facto de poderá ser explicado pelas intervenções adequadas das equipas multidisciplinares nestas instituições (17). Já seis meses após a alta, registou-se um ligeiro aumento da dependência que poderá explicar-se pelo declínio funcional associado ao processo de envelhecimento não-ativo (18) e com as perdas da intervenção relacionadas com a fisioterapia e estimulação física e cognitiva que eram realizadas nas ULDM.

Com o internamento nas ULDM não foram obtidas melhorias significativas relativamente à redução do risco de quedas avaliado pela Escala de Morse. Assim, os ganhos obtidos em independência funcional parecem não se refletir na redução do risco de cair, achado não-consonante com outros estudos (19). Uma possível interpretação para este resultado poderá dever-se às características do instrumento por nós utilizado, o qual pontua com baixo risco de cair o utente acamado. Sugerimos que em estudos posteriores se aprimore esta avaliação. Estudos prévios realizados em pacientes com doença cerebrovascular que ingressaram em unidades de reabilitação, sugerem que o risco de cair e a prevalência de quedas se mantêm muito elevados após a alta devido sobretudo à diminuição da força, hemiparesia e medo de cair (20).

Por último, no que se refere ao risco de úlceras de pressão, pode constatar-se uma transição estatisticamente significativa do alto risco (valor médio de 15,1 pontos) para o baixo risco (valor médio de 17,1 pontos) durante o período de internamento o qual se manteve aos seis meses após a alta (valor médio de 17,4 pontos). Sendo a limitação da mobilidade um fator de risco para a formação de UP, geradora de forças de pressão, fricção e deslizamento, esta diminuição do risco estará relacionada sobretudo com os ganhos ao nível da capacidade funcional.

Este estudo apresenta algumas limitações, pela que a extrapolação dos seus resultados para populações semelhantes deve ser vista com prudência. Uma limitação prende-se com o facto de termos apenas estudado duas ULDM dentro do todo nacional. Reconhecemos ainda que outros resultados em saúde, igualmente importantes, não foram considerados no nosso trabalho. Pelo facto de a RNCC ser um modelo não generalizado a outros países europeus e a tipologia das unidades estudadas não existir noutros países, os autores confrontaram-se com uma bibliografia temática muito escassa, o que nos dificultou a discussão com confrontação. Esta última limitação, contudo, representa igualmente uma oportunidade e espelha o que o estudo trás de novo ao nível do conhecimento de algumas variáveis nos idosos que tiveram alta de unidades de longa duração e foram integrados na comunidade.

CONCLUSÕES

O aumento da população idosa e o conseqüente aumento das doenças crónicas e da dependência conduziram à implementação, em Portugal, de novas políticas de saúde, em rede (RNCC), as quais, através de intervenções multidisciplinares procuram reabilitar, re-adaptar e reinserir na comunidade os utentes que nela se integram. O presente estudo foi realizado em Unidades de Longa Duração e Manutenção, tipologia de unidades que acolhe, após devida referenciação, utentes geralmente muito frágeis e dependentes. Apesar disso foi possível constatar ganhos em independência funcional durante o internamento e a manutenção desses ganhos seis meses após a alta.

Como desfechos adversos após a alta destacamos a institucionalização em lar, a ocorrência de agudizações e a morte de alguns idosos.

Os resultados do estudo evidenciam que após a alta de ULDM os idosos necessitam de uma continuada vigilância e cuidados de saúde. Aos profissionais de saúde cabe ainda dotar os cuidadores informais de competências instrumentais para melhor cuidar o seu familiar após o regresso a casa.

REFERÊNCIAS

1. INE. Instituto Nacional de Estatística. Estimativas de População Residente em Portugal [Internet]. 2015 [citado nov 2016]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES-dest_boui=224677968&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
2. Carneiro R, Soares C, Fialho J, Sacadura M. O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade. Relatório final. Lisboa: Centro de estudos dos povos e culturas de expressão portuguesa. [Internet] Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Católica Portuguesa; 2012. [citado nov 2016]. Disponível em: http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf
3. Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *Int J Integr Care*. 2004;4:e10.
4. Duarte S. Continuidade em Cuidados Domiciliários: O Papel do Enfermeiro. [Internet]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2010 [citado nov 2016]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/3816>

REFERÊNCIAS (CONTINUAÇÃO)

5. Gomes V. O planeamento das altas em unidades de cuidados continuados de longa duração e manutenção- Um estudo de caso na Unidade "Naturidade Rio Maior". Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2013.
6. Mahoney FI, Barthel DW. Funtional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J.* 1965; 14:61-5.
7. Salvador-Carulla L, Gasca VI. Defining disability, functioning, autonomy and dependency in person-centered medicine and integrated care. *Int J Integr Care.* 2010; 10 Suppl:e025.
8. Wilchesky M, Lungu O. Predictive and concurrent validity of the Braden scale in long-term care: a meta-analysis. *Wound Repair Regen.* 2015; 23(1):44-56.
9. Kehinde JO. Instruments for measuring fall risk in older adults living in long-term care facilities: an integrative review. *J Gerontol Nurs.* 2009; 35(10):46-55.
10. Crocker T, Young J, Forster A, Brown L, Ozer S, Greenwood DC. The effect of physical rehabilitation on activities of daily living in older residents of long-term care facilities: systematic review with meta-analysis. *Age Ageing.* 2013; 42(6):682-8.
11. ACSS. Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2014. In: Saúde ACdSd (ed.). Administração Central do Sistema de Saúde; [Internet] 2015 [citado nov 2016]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20de%20Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20Anual%20da%20RNCCI%202014.pdf>
12. Wang S-Y, Zhao Y, Zang X-Y. Continuing care for older patients during the transitional period. *Chinese Nursing Research.* 2014; 1:5-13.
13. Nguyen VO, PrvuBettger J, Guerrier T, Hirsch MA, Thomas JG, Pugh TM, et al. Factors associated with discharge to home versus discharge to institutional care after inpatient stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015; 96(7):1297-303.
14. Serrão CV, Sofia, Vieira I. Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.* 2015(spe2):33-8.
15. Gaspar VCA. Perfil epidemiológico dos utentes consumidores da rede de cuidados continuados integrados do distrito de Bragança. [Internet]. Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. 2015 [citado nov 2016]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/12047>
16. Díaz CL, Mohedas MH, Jiménez NH, Rodriguez-Ramos M, García JML. Calidad de vida relacionada con la salud en personas supervivientes a un ictus a largo plazo. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica.* 2016; 44(1):9-15.
17. Cares V, Domínguez C, Fernández J, Farías R, Chang W-t, Fasce G, et al. Evolución de la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en la unidad geriátrica de agudos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev méd Chile.* 2013; 141(4):419-27.
18. Preto L, Nogueiro Santos A, Mendes E, Novo A, Pimentel H. Deterioro funcional, miedo a caerse y composición corporal en ancianos institucionalizados. *Enferm Clin.* 2015, 25(2):81-6.
19. Gama ZA, Gómez-Conesa A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(5):946-56.
20. Lim JY, Jung SH, Kim WS, Paik NJ. Incidence and risk factors of poststroke falls after discharge from inpatient rehabilitation. *PM R.* 2012; 4(12):945-53.