

Tânia Filipa Reis Henriques

Impacto do internamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) na melhoria do nível de dependência dos utentes

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação – 5ª Edição



Janeiro de 2017

Tânia Filipa Reis Henriques

Impacto do internamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) na melhoria do nível de dependência dos utentes

Relatório Final

5º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estudo efectuado sob a orientação da:

Professora Doutora Rosa Martins



Janeiro de 2017

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de apresentar o meu sincero agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Rosa Martins, pela sua postura de amizade e compreensão, neste longo caminho da minha aprendizagem. O meu profundo agradecimento pelo tempo que me disponibilizou, bem como por toda a consideração e experiência que depositou neste percurso.

À Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Seia pela autorização para a colheita de dados, contribuindo favoravelmente para a realização desta investigação.

Aos participantes deste estudo, o meu obrigado pela disponibilidade e receptividade em participar no mesmo.

À minha família, especialmente o meu marido, por termos caminhado de mãos dadas neste projecto.

Ao meu filho, Dinis, pedir desculpa pelo tempo em que não pude acompanhar uma fase importante do seu crescimento.

A todos o meu bem-haja

Resumo

Enquadramento: A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados tem por Missão prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Desta forma, tora-se emergente a identificação precoce desses níveis de dependência. Consequentemente, pelas competências inerentes ao Enfermeiro Especialista de Reabilitação torna-se fundamental a sua integração nestas equipas multidisciplinares de forma a alcançar os objetivos preconizados pela rede.

Objectivos: Avaliar o impacto do internamento em RNCCI, na melhoria dos níveis de dependência dos utentes internados e analisar a sua relação com as variáveis sócio demográficas, clínicas e de contexto familiar.

Métodos: Trata-se de um estudo não experimental, transversal, descritivo-correlacional e de carácter quantitativo. Foi realizado numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 40 pessoas internadas na UMDR da Santa Casa da Misericórdia de Seia. Para a mensuração das variáveis utilizou-se um instrumento de colheita de dados que integra uma secção de caracterização sócio demográfica, clínica, de contexto familiar e o Índice de Barthel.

Resultados: Constatou-se que após o internamento na UMDR 7,5% dos inquiridos apresenta uma incapacidade ligeira, 30% uma incapacidade moderada e 52,5% uma incapacidade grave, sendo que 10% apresentam-se independentes. Verificámos que, o género ($p=0,041$), o estado civil ($p=0,034$), as habilitações literárias ($p=0,002/p=0,005$) e o rendimento familiar ($p=0,015/p=0,005$) se correlacionam significativamente com a capacidade funcional dos utentes. Paralelamente, os internamentos anteriores ($p=0,028$), o número de horas de reabilitação ($p=0,007/p=0,004$), a alteração da integridade cutânea ($p=0,029$), interferem igualmente nessa capacidade.

Conclusão: O internamento na RNCCI tem impacto positivo na funcionalidade dos Utes, dada a melhoria significativa dos níveis de dependência no momento da alta, comparativamente com o momento da admissão. São os enfermeiros de reabilitação, pelas suas competências, que se encontram aptos a integrar todas as vertentes dos cuidados necessários à pessoa com incapacidade no desempenho do autocuidado, tendo em conta as necessidades e os objetivos terapêuticos delineados para cada pessoa, estimulando a autonomia e promovendo a independência.

Palavras-chave: RNCCI, dependência, (in)capacidade funcional, Enfermeiro Especialista de Reabilitação, impacto do internamento

Abstract

Background: The Integrated National Continuing Care Network's (RNCCI) mission is to provide the suitable healthcare and social support to all people, regardless of age, in a situation of dependence. Thus, the early identification of these levels of dependence is of the utmost importance. Consequently, due to the inherent competencies of the Rehabilitation Nurse Specialist (EER), it becomes fundamental to integrate them into multidisciplinary teams, in order to achieve the goals proposed by the network.

Goals: To evaluate the impact of hospitalization in the RNCCI on improving the hospitalized patients' dependence levels; and to analyze this relationship with social-demographic, clinical and family context variables.

Methods: This is a non-experimental descriptive and quantitative study, with cross-sectional and correlational nature. It was performed in a non-probabilistic sample for convenience, composed by 40 people hospitalized at the Medium Duration Unit and Rehabilitation (UMDR) of Santa Casa da Misericórdia de Seia. For the measurement of the variables, it was used a data collection instrument that integrates a socio-demographic, clinical, family context characterization sections and Barthel Index.

Results: It was found that after admission to the UMDR, 7.5% of the respondents had a mild disability, 30% had a moderate disability and 52.5% had a severe disability, and 10% were completely independent. We found that gender ($p=0.041$), marital status ($p=0.034$), literacy ($p=0.002$ / $p=0.005$) and family income ($p=0.015$ / $p=0.005$) correlated significantly with the functional capacity of patients. At the same time, the previous hospitalizations ($p=0.028$), the number of hours of rehabilitation ($p=0.007$ / $p=0.004$) and altered skin integrity ($p=0.029$) also interfered with this capacity.

Conclusion: The hospitalization in the RNCCI has a positive impact on the functionality of the patients, given the significant improvement in the dependence levels at discharge, when compared to the moment of admission. It is the rehabilitation nurses who, through their competences, are able to integrate all aspects of the necessary care of the person with incapacity in the performance of self-care, taking into account the needs and the therapeutic objectives outlined for each person, stimulating autonomy and promoting independence.

Key words: Integrated National Continuing Care Network (RNCCI), Dependence, Functional (In)capacity, Rehabilitation Nurse Specialist (EER)

ÍNDICE

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Introdução..... | 21 |
| 1ª Parte – Enquadramento Teórico | 25 |
| 1. Enquadramento teórico..... | 27 |
| 1.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados..... | 27 |
| 1.2. Envelhecimento | 32 |
| 1.3 Dependência e incapacidade funcional..... | 35 |
| 1.4 A família como parceira de cuidados | 37 |
| 1.5 Estado da Arte..... | 40 |
| 2ª Parte – Contribuição Empírica | 43 |
| 2. Metodologia | 45 |
| 2.1 Questão de Investigação..... | 45 |
| 2.2 Tipo de Estudo | 45 |
| 2.3. Objectivos..... | 46 |
| 2.4 Variáveis..... | 46 |
| 2.5 Hipóteses..... | 48 |
| 2.6 População e amostra..... | 48 |
| 2.7 Procedimentos e questões Éticas | 49 |
| 2.8 Instrumento de colheita de dados | 49 |
| 2.9 Tratamento Estatístico..... | 54 |
| 3 – Apresentação e análise dos resultados..... | 57 |
| 3.1 Análise descritiva..... | 57 |
| 3.2. Análise inferencial | 75 |
| 4. Discussão dos resultados..... | 87 |
| 5. Conclusões..... | 99 |
| Lista de Referências | 103 |
| ANEXOS | 115 |
| ANEXO I – Pedido de Autorização a Santa Casa da Misericórdia de Seia para a realização da colheita de dados | 117 |
| ANEXO II – Autorização para colheita de dados pela Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Seia..... | 121 |
| ANEXO III – Autorização para colheita de dados pela Comissão de Ética da ESSV . | 125 |
| ANEXO IV – Declaração de Consentimento Informado | 129 |
| ANEXO V – Instrumento de Colheita de Dados | 135 |

Lista de Tabelas

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade e género dos Utentes da Amostra..... | 58 |
| Tabela 2 – Dados sociodemográficos dos elementos da Amostra..... | 60 |
| Tabela 3 – Caracterização do contexto familiar dos Utentes | 62 |
| Tabela 4 – Resultados da perceção dos Utentes sobre a funcionalidade da sua família | 63 |
| Tabela 5 – Distribuição dos utentes pelos níveis de funcionalidade familiar..... | 64 |
| Tabela 6 – Caracterização clinica dos Participantes no estudo | 66 |
| Tabela 7 – Caracterização clinica dos Participantes no estudo(cont.) | 69 |
| Tabela 8 – Estatísticas quantificadoras da dor dos Participantes | 70 |
| Tabela 9 – Distribuição dos utentes pelos níveis de funcionalidade familiar..... | 71 |
| Tabela 10 – Níveis de (in)dependência dos Utentes nos momentos de admissão e alta | 73 |
| Tabela 11 – Níveis de incapacidade dos Utentes nos momentos de admissão e alta..... | 74 |
| Tabela 12 – Teste Kruskal-Wallis entre idade e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta..... | 76 |
| Tabela 13 - Teste U de Mann-Whitney entre género e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta..... | 76 |
| Tabela 14 - Teste U de Mann-Whitney entre estado civil e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta | 77 |
| Tabela 15 – Teste Kruskal-Wallis entre habilitações e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta..... | 78 |
| Tabela 16 – Teste Kruskal-Wallis entre situação laboral e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta | 78 |
| Tabela 17 - Teste U de Mann-Whitney entre rendimento e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta | 79 |
| Tabela 18 - Teste U de Mann-Whitney entre agregado familiar e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta..... | 80 |
| Tabela 19 – Teste Kruskal-Wallis entre a perceção da funcionalidade familiar e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta..... | 80 |
| Tabela 20 - Teste U de Mann-Whitney entre o internamento e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta | 81 |
| Tabela 21 – Teste Kruskal-Wallis entre o tempo de internamento e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta..... | 82 |
| Tabela 22 - Teste U de Mann-Whitney entre terapia de reabilitação e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta | 83 |
| Tabela 23 - Teste U de Mann-Whitney entre nº de horas semanais de terapia de reabilitação e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta | 83 |
| Tabela 24 – Teste Kruskal-Wallis entre intensidade da dor e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta | 84 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 25 - Teste U de Mann-Whitney entre alterações da integridade cutânea e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta | 85 |
| Tabela 26 - Teste U de Mann-Whitney entre quedas no internamento e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta | 85 |

Lista de Quadros

| | |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 – Resumo estrutural do instrumento de colheita de dados | 50 |
| Quadro 2 – Escala de Apgar Familiar..... | 51 |
| Quadro 3 – Grau de dispersão em função do coeficiente de variação..... | 55 |
| Quadro 4 – Níveis de Significância..... | 56 |

Lista de Figuras

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 – Índice de Envelhecimento em Portugal | 27 |
| Figura 2 – Índice de Dependência de Idosos | 28 |
| Figura 3 – População da RNCCI com idade superior a 65 anos | 31 |
| Figura 4 – Índice de Envelhecimento (Projeção), Portugal 2011 – 2060 | 32 |
| Figura 5 – Projeções da População Residente | 33 |
| Figura 6 – Apoios prestados aos utentes, previamente ao Internamento em RNCCI | 38 |
| Figura 7 – Destino após a alta | 38 |
| Figura 8 – Modelo conceptual do estudo | 47 |
| Figura 9 – Níveis de incapacidade funcional | 53 |
| Figura 10 – Versão Abreviada Índice de Barthel | 54 |

Lista de Abreviaturas e Siglas

AVD – Actividades de Vida Diária

DGS – Direcção Geral de Saúde

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

ICD – Instrumento de Colheita de Dados

INE – Instituto Nacional de Estatística

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade de Convalescença

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

Introdução

“Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada. É uma fase em que, ponderando sobre a própria existência, o indivíduo idoso conclui que alcançou muitos objetivos, mas também sofreu muitas perdas, das quais a saúde destaca-se como um dos aspectos mais afectados” (Mendes et. Al, 2005:423).

O fenómeno do envelhecimento é um processo com grande relevância actual. Tal facto está associado, por um lado, à acentuada diminuição da taxa de natalidade e, por outro lado, ao aumento da esperança média de vida. Diante desta visão, o envelhecimento é entendido como parte integrante e fundamental no curso de vida de cada indivíduo, constituída por todos os processos que o acometem, bem como pela consequente dependência dos indivíduos que lhe é intrínseca. Segundo o Conselho da Europa (1998), dependência consiste em

“um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os actos correntes da vida diária e, de modo particular, os referentes ao cuidado pessoal”.

Este é um tema que já há muito se tem verificado preocupante, dado que já em 1980 a Organização Mundial de Saúde (OMS) define, a incapacidade como qualquer restrição ou falta de habilidade, decorrente de uma deficiência, para desempenhar uma atividade da maneira ou dentro do intervalo considerado normal para um ser humano. Assim, as maiores adversidades de saúde associadas ao envelhecimento são a incapacidade funcional e a dependência, que acarretam restrição/perda de habilidades ou dificuldade/ incapacidade de executar funções e atividades relacionadas à vida diária (Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP, 2012).

A competência interdisciplinar a ser criada por grupos profissionais que trabalham no âmbito do acompanhamento da incapacidade funcional precisa ser criada ao nível de canais formais de comunicação propícios “à reestruturação de saberes, gerada nas competências para duvidar do próprio conhecimento, integrar saberes diversos e heterogéneos e

reempregar o conhecido disponível, por meio de percursos, formas e conteúdos reinventados” (Bonardi G, Azevedo e Souza VB, Moraes JFD, 2007:143).

Desta forma, surge a Reabilitação como processo fulcral, dado que esta compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Assim, torna-se imperativo a criação de medidas e estratégias que nos permitam atuar na identificação precoce destas incapacidades, de modo a maximizar e potenciar as capacidades de cada indivíduo.

Para a Unidade Missão dos Cuidados Continuados Integrados (2009:72) a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados “é a prioridade comum no contexto europeu e internacional nos países mais desenvolvidos e com políticas de apoio social e de saúde, que se enquadra no conceito definido pelo Conselho da Europa (1998) para a necessidade de atender e proteger a dependência”. Significa isto que “a saúde não é mais medida pela presença ou não de doenças, e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional” (Bonardi G, Azevedo e Souza VB, Moraes JFD, 2007:138).

Com base nos pressupostos descritos, decidimos enveredar pelo estudo que intitulamos “Impacto do internamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) na melhoria do nível de dependência dos utentes”, no sentido de avaliar níveis de incapacidade funcional nos doentes internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Seia (SCM Seia) comparando os resultados entre a admissão e o momento da alta no sentido da funcionalidade do utente.

Em nossa opinião, trata-se de um estudo bastante pertinente não só para os utentes, famílias e cuidadores mas também para os profissionais e própria instituição.

Nesta linha de pensamento, pretendemos com este estudo atingir os seguintes objetivos:

1. Caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico e clínico;
2. Identificar a funcionalidade familiar percecionada pelos participantes no estudo;
3. Avaliar e comparar níveis de incapacidade funcional no momento da admissão e alta;
4. Analisar correlações existentes entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e familiares com a incapacidade funcional dos participantes;

O documento aqui apresentado encontra-se dividido em duas partes: a primeira, que designamos de enquadramento teórico, consiste na fundamentação que alicerça o trabalho teoricamente e tem como finalidade fazer uma abordagem sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados, sobre o envelhecimento e utentes da Rede e consequente

dependência funcional, assim como a importância da funcionalidade familiar no processo de recuperação do utente enquanto parceira de cuidados.

A segunda parte, que designamos de trabalho empírico, integra diferentes capítulos, nomeadamente a metodologia utilizada, a apresentação dos resultados (com análise estatística descritiva e inferencial), a discussão dos resultados à luz da bibliografia consultada e as principais conclusões do estudo.

1ª Parte – Enquadramento Teórico

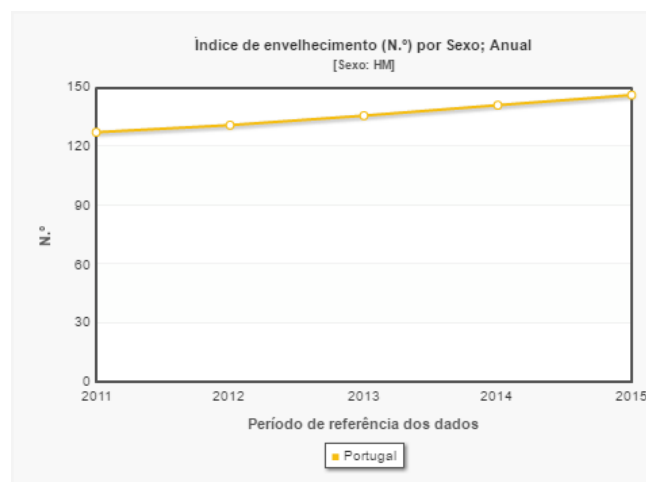
A partir da procura e análise de informação actual e disponível acerca da temática em estudo, constituímos o referencial teórico que será apresentado neste capítulo.

1. Enquadramento teórico

1.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A situação que vivenciamos actualmente remete-nos para a necessidade de mudança no paradigma da organização dos cuidados de saúde. Deparamo-nos com uma população cada vez mais envelhecida, dependente, e com necessidade de um maior acompanhamento ao longo do seu ciclo de vida, tal como é apresentado pelos dados do INE (2016).

Figura 1 – Índice de Envelhecimento em Portugal



Fonte:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001272&contexcto=bd&selTab=tab2

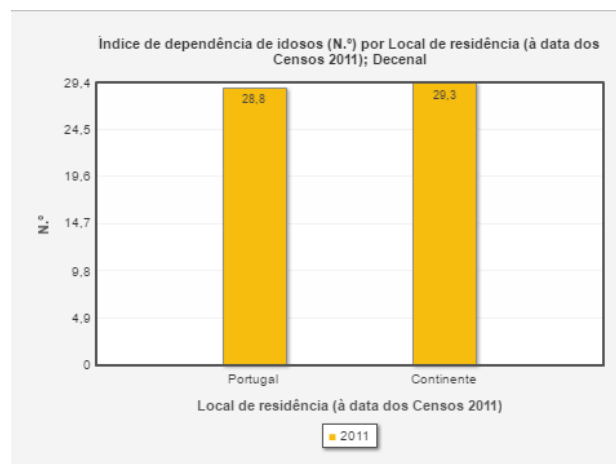
Sabemos pelos diferentes relatos que, é na classe mais avançada de vida que este acompanhamento se verifica imprescindível, pois é aqui que confirmamos o declínio da capacidade funcional como nos diz a autora abaixo discriminada.

“tem a sua origem na deterioração do processo de envelhecimento, por vezes, devido a perdas de coordenação motora por medos crescentes, a factores psicológicos e socio-ambientais e, outras vezes, por doenças associadas ao envelhecimento, ao próprio ambiente físico, às pessoas que rodeiam o idoso, a limitações económicas, a dificuldades familiares e à escassez de apoios sociais” (Costa, Anabela 2012:15).

De acordo com Lopes (2007), constata-se que é nos grupos etários mais elevados que se encontra um maior número de indivíduos em situação de dependência, pelo que se torna fundamental avaliar esses níveis com o objectivo major de definir um modelo de

intervenção adequado, o que vai de encontro mais uma vez aos dados publicitados pelo INE (2016).

Figura 2 – Índice de Dependência de Idosos



Fonte:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001272&contexcto=bd&selTab=tab2

Numa tentativa de resposta as questões referidas, surge a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, que se constitui como um modelo organizativo e funcional (...) “que tem por base promover a continuidade da prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: o Serviço Nacional de Saúde e o Sistema de Segurança Social” (Guia da RNCCI, 2009:4). O seu objectivo geral centra-se na “prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (Guia da RNCCI, 2009:4) a qual se concretiza através dos seguintes objetivos:

- A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida
- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação

- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados. (RNCCI – Manual do Prestador, 2011:8)

A Missão da RNCCI vem assim dar resposta ao conjunto de pressupostos internacionais definidos para o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados, e que são:

- Necessidade de diminuir internamentos desnecessários e o recurso às urgências por
- falta de acompanhamento continuado;
- Redução do reinternamento hospitalar ou internamento de convalescença dos idosos;
- Redução do número de altas hospitalares tardias (i.e. acima da média de internamento definida);
- Aumento da capacidade da intervenção dos serviços de saúde e apoio social ao nível da reabilitação integral e promoção da autonomia;
- Disponibilização de melhores serviços para o apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica;
- Disponibilização de melhores serviços de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós-internamento hospitalar;
- Flexibilização da organização e do planeamento dos recursos numa base de sistema local de saúde, através da identificação, pormenorizada, das necessidades de cuidados da população, a nível regional;
- Maior eficiência das respostas de cuidados agudos hospitalares (RNCCI – Manual do Prestador, 2011:8)

O modelo de gestão de utentes tem definido ao longo do tempo, critérios de referenciação e admissão para as diferentes tipologias de cuidados, bem como os critérios de exclusão das mesmas. Estas unidades podem ser, Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR),

Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), Unidades de Convalescença (UC) e Equipas de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários (ECCI). As UMDR, cuja previsibilidade de internamento se situa entre os 30 a 90 dias, visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico; As ULDM têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o status do estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Visam responder a doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam, ser cuidados no domicílio; As UC têm por finalidade a estabilização clínica e funcional, devendo para esta tipologia ser referenciadas pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade até 30 dias consecutivos; As UCP destinam-se a doentes com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal e que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo;

Integram também resposta da RNCCI, as equipas domiciliárias, designadamente as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos e as equipas de cuidados continuados integrados. As Equipas de Cuidados Continuados Integrados, da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), cfr. nº 4 do art. 11º do DL nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, direccionam a sua intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento (Guia da RNCCI, 2009:9).

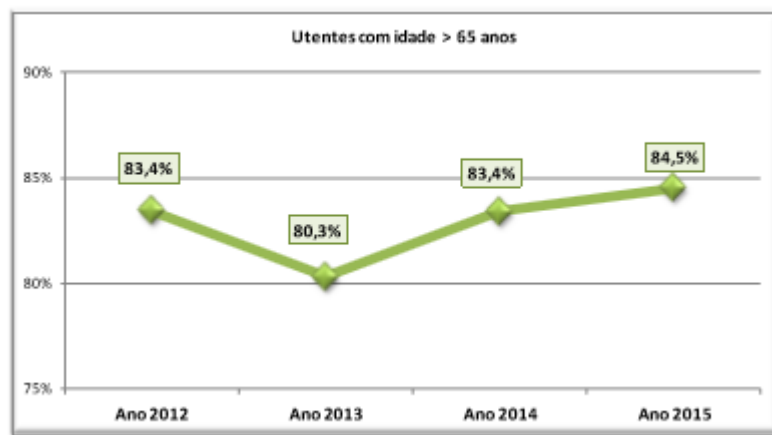
O processo de referenciação de doentes para e na RNCCI obedece ao princípio fundamental de proporcionar as melhores condições possíveis de reabilitação aos cidadãos que dela carecem. O circuito de referenciação da RNCCI assenta em níveis operacionais, correspondentes a Equipas de Gestão de Altas, Equipas Coordenadoras Locais, Equipas Coordenadoras Regionais. Existe ainda a um outro nível, a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados com enfoque na monitorização e na regulação. O acesso à Rede é feito através de referenciação, com origem no Hospital do SNS ou no Centro de saúde. (Guia da RNCCI, 2009:15).

Analisando alguns dados apresentados e tendo em conta o âmbito dos motivos de referenciação, a Dependência de AVD é o principal motivo de entrada na RNCCI com 91% (sobreponível a períodos anteriores) e o Ensino utente/Cuidador informal o 2º motivo mais

frequente com 89%, segundo os dados do Relatório de monitorização da RNCCI – 1º Semestre (2015:9).

Ainda segundo a mesma fonte, e relativamente á caracterização dos utentes internados podemos observar que a população da RNCCI é sobretudo constituída por pessoas com idade superior a 65 anos representando esta 84,5% do total, e crescendo em relação aos últimos anos.

Figura 3 – População da RNCCI com idade superior a 65 anos



Fonte: Relatório de monitorização da RNCCI – 1º Semestre 2015 (2015:18)

Para além disso, o nível de escolaridade prevalente é inferior a 6 anos, representando esta variável 93% do total da população da RNCCI. Estamos portanto a falar de uma população tendencialmente com baixa escolaridade; em que 72% vive com a família natural e 24% vivem sós. Os utentes incapazes e dependentes no momento da admissão representam 97% da população. Em síntese constatamos que a população da RNCCI mantém as mesmas características de períodos anteriores: é envelhecida, maioritariamente feminina, com baixo nível de escolaridade, carenciada e com elevada incapacidade e dependência. (Relatório de monitorização da RNCCI – 1º Semestre 2015:9)

Na sua função de organizador e regulador da RNCCI, compete à UMCCI garantir a implementação de metodologias conducentes à melhoria contínua da qualidade dos seus serviços, sendo o utente a linha condutora e o agregador de todos os processos. O sucesso da implementação da RNCCI obriga a uma análise contínua, que vise identificar os vários componentes de gestão e prestação de cuidados e que conduza a uma abordagem integrada e sinérgica dos vários “projectos” transversais: processo de referenciação,

processo clínico, processo de cuidados, processo social, processo de gestão, sistema de informação, entre outros. (Guia da RNCCI, 2009:19).

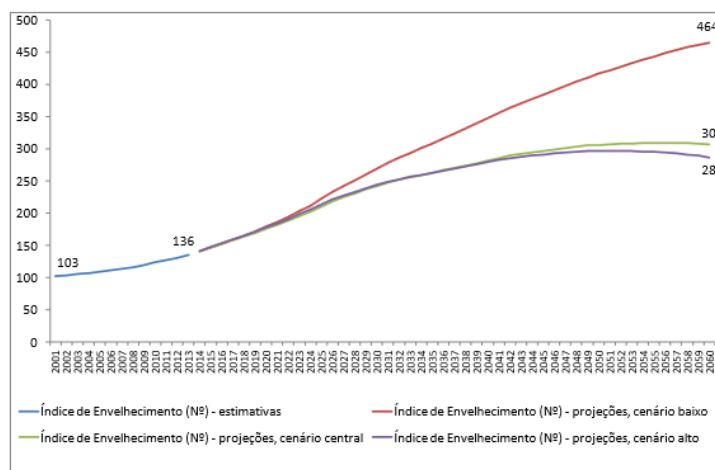
É importante referir que segundo a portaria n.º 174/2014 de 10 de Setembro de 2014 do Diário da República, está preconizada nas equipas a presença diária de Enfermeiro de Reabilitação para as UMDR.

1.2. Envelhecimento

O processo de envelhecimento é demarcado por várias etapas que se concretizam no decorrer da vida. Desde a sua concepção, o organismo humano passa por diferentes fases da sua evolução. Após o nascimento, o ser humano desenvolve-se, atinge a puberdade, posteriormente a maturidade, chegando ao envelhecimento. Apesar de esta parecer uma divisão simples, cada uma dessas fases acarreta diferenças e mudanças significativas, tendo em conta que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira, nem sequer possuem as mesmas experiências de vida. O fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efectivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efectivos populacionais idosos (Revista de Estudos Demográficos, 2002).

Este é actualmente o cenário existente em Portugal, tal como apresenta o INE (2015) relativo às projecções do índice de envelhecimento no nosso país, bem como as projecções da população residente, tendo em conta a faixa etária.

Figura 4 – Índice de Envelhecimento (Projeção), Portugal 2011 – 2060

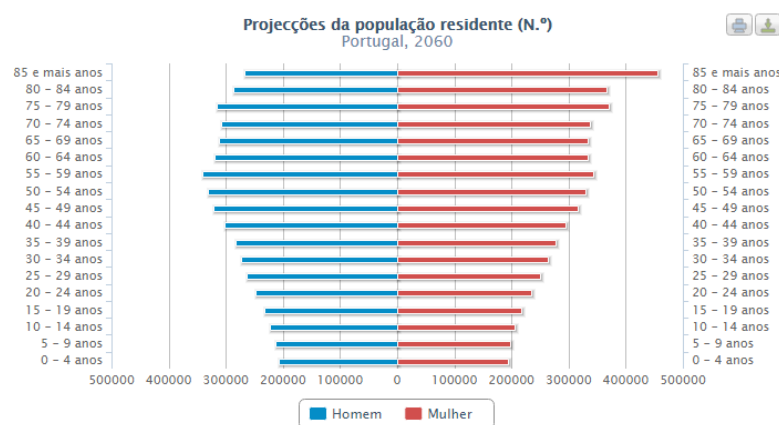


Fonte: Destaque INE 2015:6

Como podemos verificar através da Figura 4, a projecção do Índice de Envelhecimento mostra o aumento substancial do mesmo até ao ano de 2060. O índice de envelhecimento poderá vir a atingir o valor de 307 idosos por cada 100 jovens, no cenário central , 464 idosos por cada 100 jovens no cenário baixo ou aumentar para 287 idosos por cada 100 jovens no cenário alto. “Salienta-se que mesmo nos cenários central e alto , em que se pressupõe a recuperação para saldos migratórios positivos, estes não são suficientes para travar o ritmo de envelhecimento demográfico” (Destaque INE 2015:6).

A estrutura demográfica de um país é intrínseca às características económicas e sociais do mesmo. Regra geral, um país em desenvolvimento apresenta uma população predominantemente jovem, por outro lado, um país desenvolvido apresenta uma população mais madura. Portugal, como país considerado desenvolvido, não é excepção a esta regra. Actualmente, a pirâmide etária portuguesa apresenta uma estrutura mais envelhecida que há 10 anos atrás, no entanto, tal não significa que Portugal esteja em melhor condição económica e social. A tendência de envelhecimento populacional da população portuguesa resulta, entre outros factores, de uma baixa taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida. Tanto o aumento da esperança média de vida, como a diminuição da taxa de natalidade são fenómenos frequentes em países desenvolvidos.

Figura 5 – Projeções da População Residente



Fonte:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_p_etarias&menuBOUI=13707095&contexto=pe&selTab=tab4

O gráfico anterior mostra de forma clara o envelhecimento da população e por isso importa fazer algumas considerações sobre a velhice e o processo de envelhecimento. Sabemos que a velhice é difícil de ser definida, principalmente quando se almeja uma velhice saudável, desejada para todos e por todos, nos dias atuais. Deve ser compreendida na sua

totalidade, e nas suas múltiplas dimensões, visto que se constitui num momento do processo biológico, não deixando, por outro lado de ser um fato social e cultural. Deve, ainda, ser entendida como “uma etapa do curso da vida na qual, em decorrência da avançada idade cronológica, ocorrem modificações de ordem biopsicossocial que afetam as relações do indivíduo com o seu contexto social” (Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV, 2010:408).

A intensidade do envelhecimento, os aspectos que envolve, assim como os novos desafios e oportunidades que se deparam a uma sociedade cada vez mais constituída por pessoas idosas, tornam este tema sempre actual exigindo uma análise multidimensional.

O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas: individualmente assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida, e subjacente a este está o conceito de envelhecimento biológico, descrito em vários estudos 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.

Esse aumento de pessoas idosas provoca diversas mudanças que afetam o indivíduo, a família, a sociedade e o sistema de saúde, visto que o envelhecimento acarreta transformações biopsicossociais no idoso. No âmbito biológico, essas transformações estão relacionadas com o declínio fisiológico progressivo, que afeta os principais sistemas e os órgãos dos sentidos. Além disso,

“durante o envelhecimento ocorre diminuição da força muscular, da flexibilidade e do equilíbrio. Essas mudanças fisiológicas, juntamente com as doenças crónicas não transmissíveis, têm sido apontadas como a principal causa das incapacidades funcionais, cuja prevalência tem se mostrado elevada entre os idosos” (Brito KQD, Menezes TN, Olinda RA, 2015:634).

Segundo Correia (2012:13) “O problema do envelhecimento existe porque a sociedade não se consegue, ou pelo menos não tem conseguido, adaptar-se à nova realidade que ela própria criou. Continuamos a olhar a idade como um marcador de papel na sociedade”. Face a esta situação podemos referir que os idosos são muitas vezes alvo de situações de discriminação social unicamente com base na idade, como é também conhecido que são um dos grupos mais vulneráveis à pobreza. A estes factores associam-se a maior permeabilidade a determinadas doenças físicas, bem como algumas características individuais que se podem manifestar ou vivenciar de forma diferente em cada um dos sexos (Revista de Estudos Demográficos, 2002).

Dentro dessa nova perspectiva, “o envelhecimento saudável passa a ser entendido como resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, estado emocional, independência nas atividades da vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Qualquer uma dessas dimensões, se comprometida, pode afetar a capacidade funcional do idoso”(Minosso et al, 2010:13).

Uma ação de saúde pública abrangente relacionada ao envelhecimento é uma necessidade urgente. Embora existam grandes lacunas de conhecimento, temos evidências suficientes para agir agora e há algo que todos os países podem fazer, independente de sua situação atual ou nível de desenvolvimento. Diversos pontos de entrada podem ser identificados para intervenções, a fim de promover o Envelhecimento Saudável, porém todos terão um objetivo: maximizar a capacidade funcional. Isso pode ser alcançado de duas formas: construindo e mantendo capacidade intrínseca e permitindo que alguém com uma diminuição da capacidade funcional faça coisas consideradas importantes para si mesmo. “É este desafio que está colocado à sociedade para que, com um pensar diferente, que conduza a um agir diferente, se possa organizar para aproveitar no seu seio todas as capacidades que podem ser geradas pelo envelhecimento” (Correia, 2012:13).

1.3 Dependência e incapacidade funcional

Do ponto de vista individual, o aumento da longevidade ocasiona uma situação paradoxal: o desejo de viver cada vez mais coexiste com o medo de atingir essa meta com perda da autonomia e da independência. No aspecto coletivo, os serviços de saúde têm como desafio responder às necessidades das pessoas com incapacidades e dependência, e de suas famílias”. (Minosso, J.S.M et al. 2010:13)

As situações de dependência não são exclusivas de um determinado grupo etário, existindo pessoas dependentes de todas as idades, contudo a maior prevalência observa-se claramente na população idosa. Enquanto nas faixas etárias mais jovens, a dependência aparece na maioria dos casos associada a situações de deficiência congênita ou adquirida, no caso dos idosos, a dependência, é muitas vezes, uma consequência do processo gradual de envelhecimento humano. Na medida em que a idade cronológica aumenta o indivíduo, naturalmente, tende a tornar-se menos ativo, sendo que as suas capacidades físicas são reduzidas e, com isso, observamos a evidência do aparecimento de alterações psicológicas e as limitações sociais. As doenças crônicas e a redução do nível de atividade física tendem a acelerar esse processo, fazendo com que os idosos constituam o grupo mais suscetível à

incapacidade funcional, ou seja, a limitação da capacidade funcional é um importante preditor de mortalidade.

A Dependência, tal como é definida na legislação portuguesa, D.L. n.º 265/99 de 14 de Julho e o D.L. n.º 309-A/2000 de 30 de Novembro, remete para uma condição em que as pessoas "(...) não possam praticar com autonomia os actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem." Em relação à dependência, através do 4º inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, verifica-se que a população residente que declarou estar sempre acamada, ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar (...) tem uma expressão significativa representando um acréscimo de cerca de 35%, em relação ao último inquérito realizado em 1999. Desta forma, podemos afirmar que "o acréscimo do número de dependentes é justificado (...) em grande parte, pelo processo de envelhecimento que acarreta, naturalmente, um decréscimo de capacidades de várias ordens" (Saraiva, Dulce 2001:5), ou seja, a dependência surge quando uma pessoa apresenta uma perda mais ou menos acentuada da sua autonomia funcional e necessita da ajuda de outra pessoa. É um processo incapacitante pelo qual uma determinada condição (aguda ou crónica) afecta a funcionalidade dos idosos e o desempenho das actividades de vida diárias.

O relatório da Organização Mundial de Saúde (2011) traz dados sobre a incapacidade no mundo, que estão relacionados à incidência, prevalência, gravidade, duração e mortalidade para mais de 130 condições de saúde em 17 sub-regiões do mundo, estimando que 15,3% da população mundial, cerca de 978 milhões de pessoas de uma estimativa de 6,4 bilhões em 2004 apresentava moderada ou grave incapacidade, enquanto 2,9% ou cerca de 185 milhões de pessoas apresentavam incapacidade grave.

A dependência tem sido avaliada a nível funcional, com base na capacidade e autonomia de execução das AVD's básicas e instrumentais, uma vez que conhecer o grau de incapacidade funcional dos indivíduos com dependência é fundamental, dado que ajuda a determinar os cuidados necessários.

"A capacidade funcional surge assim como um novo componente de modelo de saúde no contexto de envelhecimento, uma vez que instalada a incapacidade, esta pode determinar a dependência parcial ou total do idoso, fortemente relacionada com a realização das actividades da vida diária (AVD's), e a necessidade de alguém para o auxiliar no seu desempenho, ou seja um prestador de cuidados (formal e/ou informal)" (Pinto, 2013:3).

O grau de dependência pode variar entre dependência ligeira, moderada ou grave. Na dependência ligeira, a assistência nos cuidados pode situar-se em termos de ajuda, orientação, supervisão e vigilância. Na dependência moderada, a assistência passa por uma

supervisão e apoio de terceiros para a realização das AVD's. Por fim, a dependência grave implica uma ajuda permanente para a realização das AVD's pelo prestador de cuidados.

“Assim, as maiores adversidades de saúde associadas ao envelhecimento são a incapacidade funcional e a dependência, que acarretam restrição/perda de habilidades ou dificuldade/ incapacidade de executar funções e atividades relacionadas à vida diária” (Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP, 2012:514).

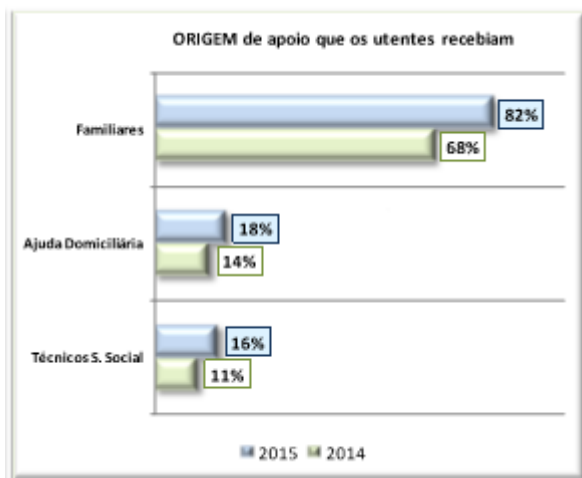
1.4 A família como parceira de cuidados

Alguns dos principais fundamentos teóricos associados à evolução e à mudança conduziram a novas concepções de família, novas dinâmicas, novos valores, diferentes tipos com identidade própria;

“novos conceitos de família, novas composições e funções, variação nas relações, estabilidade, diferente organização, a saída da mulher de casa para trabalhar fora e ter uma atividade económica, mesmo não sendo uma alternativa ao trabalho de casa, ou participar noutras ações sociais e políticas, foram consequências herdadas da mudança” (Dias, 2011:141).

Atualmente, vivemos um período de grande mudança de valores e de organização social, decorrentes de uma série de fatores, como por exemplo o aumento da longevidade e a inversão da pirâmide demográfica. No entanto, “apesar das mudanças estruturais das famílias evidenciadas nos últimos anos em Portugal, estas continuam a ter um papel importantíssimo, no apoio dos seus membros, continuando a ser considerada a principal fonte de suporte nos cuidados directos, no apoio psicológico e nos contactos sociais à pessoa idosa dependente” (Pinto, Elsa 2011:36). Estes dados são confirmados pelo Relatório de Monitorização da RNCCI, que mostram que previamente ao internamento, 82% da origem de apoio prestado era atribuída aos familiares.

Figura 6 – Apoios prestados aos utentes, previamente ao Internamento em RNCCI



Fonte: Relatório de monitorização da RNCCI – 1º Semestre 2015:20

Comparando estes dados quando nos referimos ao momento da alta, verificamos que segundo a mesma fonte, após o internamento em RNCCI, o destino é em 71% dos casos para o domicílio, o que nos mostra a imprescindível parceria da família enquanto prestadora de cuidados.

Figura 7 – Destino após a alta

| ALTAS 2015 PARA DOMICILIO | | | | | |
|---------------------------|--------|-----|----------|---------|----------|
| NORTE | CENTRO | LVT | ALENTEJO | ALGARVE | Nacional |
| 81% | 71% | 72% | 71% | 76% | 75% |

Fonte: Relatório de monitorização da RNCCI – 1º Semestre 2015:23

Podemos verificar que em todas as fases da vida “a família exerce uma importância fundamental no fortalecimento das relações, embora muitas vezes a família tenha dificuldades em aceitar e entender o envelhecimento de um ente, tornando o relacionamento familiar mais difícil” (Mendes et al, 2005:425). Na grande maioria dos casos os familiares e outros cuidadores informais, como os amigos e vizinhos, responsabilizam-se pelo cuidar, procurando garantir os cuidados necessários com grande esforço e dedicação pessoal. Deste modo, cuidar constitui para eles um desafio exigente, não só ao nível pessoal e familiar, mas também social, laboral e financeiro (Saraiva, Dulce 2001:16).

“O funcionamento da família, perante uma situação de dependência de um dos seus membros, está muito dependente da forma como esta desenvolve

a capacidade de mobilizar os seus recursos, sejam internos, sejam externos, de forma a ultrapassar ou minimizar a situação de crise”. (Lopes, 2007:42)

Neste linha de pensamento, “apesar da tendência de transformação na política e mudança nas situações de dependência, a família continua a ser a principal cuidadora... A família tende a criar “novas” dinâmicas de negociação para fazer face ao aumento da longevidade e dos cuidados aos seus familiares mais idosos” (Carvalho, 2010:6).

A actual representação da velhice é centrada nos défices e/ou perdas, no entanto a nossa visão perpetua-se na dependência das pessoas. Se representarmos a velhice e o envelhecimento como sinónimos de doença e de incapacidade, então as famílias criam a expectativa de que as pessoas idosas não têm capacidade para realizar as AVD's, nem para melhorar a sua performance, o que nos leva a prestar mais ajuda do que a necessária, promovendo ainda mais a dependência dessas pessoas. O ambiente social e familiar no qual a pessoa com dependência se encontra inserida pode promover, assim, a sua dependência: afinal, quando já não acreditamos nas capacidades da pessoa, acabamos por fazer por ela e não com ela. É essencial promover a autonomia destas pessoas, reforçando as suas competências e capacidades, criando assim ambientes capacitadores.

É por isso que se torna fundamental capacitar as famílias para esta fase de apoio e suporte havendo que considerar um conjunto de factores, nomeadamente o grau de dependência da pessoa idosa, o tipo de apoio que necessita e ainda as possibilidades/capacidades que a família apresenta aos níveis económicos, de tempo, físicos, cognitivos, etc. “O Enfermeiro Especialista de Reabilitação é um elemento chave nesta avaliação, uma vez que é da sua função proceder à respectiva avaliação e auxiliar a família na decisão da melhor opção, garantindo a continuidade dos cuidados” (Pinto, Elsa 2011:36), dado que, de acordo com o perfil de competências do enfermeiro especialista de reabilitação (Regulamento nº 125/2011) este “intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando -lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida”.

A maioria das pessoas não está preparada para cuidar e ajudar a cuidar, nem nunca sequer perspectivaram e reflectiram sobre esta problemática.

“Somente quando confrontadas com uma situação real e concreta da sua vida, se vêem necessitadas de desenvolverem estratégias, adequadas ou não, para lidarem com a sua nova condição de cuidadoras de um dependente, com todas as condicionantes, dificuldades e riscos associados” (Saraiva, Dulce 2001:27).

Assim, “é precisamente, no contexto de situação de dependência, que é necessário uma reorganização social e familiar, de forma a permitir encontrar respostas, garantindo deste

modo a continuidade dos cuidados” (Lopes, 2007: 42). Por outro lado não podemos esquecer que, tal como afirma Ferreira (2009) cuidar implica a existência de causadores de stress inseparáveis: os primários que englobam as respostas ao nível das actividades de vida diárias (AVD's) e os secundários que incluem as actividades instrumentais. Ambos podem despoletar “(...) conflitos familiares, conflitos no trabalho e problemas económicos” (Ferreira, 2009:78), uma vez que os cuidadores “... passam a ter menos tempo para a família e para eles próprios, a descansar menos e a trabalhar mais, privando-se da sua vida social. O doente passa a ser centro das atenções “ (Ferreira, 2009:79).

Desta forma, e dado que uma das principais funções do cuidador informal, estão relacionados com as Actividades de Vida Diária (AVD), torna-se fundamental que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros especialistas de reabilitação, pelas competências adquiridas na sua formação especializada, “se disponibilizem para capacitar os familiares cuidadores no sentido destes garantirem a continuidade dos cuidados”. (Pinto, 2011:36).

1.5 Estado da Arte

O conhecimento produzido através do desenvolvimento de estudos de investigação no âmbito dos Cuidados Continuados ainda se mostra de pouca abrangência, no entanto, é um universo em franca exploração por parte dos Enfermeiros.

A partir da pesquisa bibliográfica realizada, podemos constatar que, em 2011 Marta Rosa centrou o seu estudo na problemática *Para uma didáctica da aprendizagem em cuidados continuados*. Também João Granado e Almeida em 2011, abordaram a temática da *Qualidade de vida nos utentes das Unidade de Média Duração e Reabilitação*. Subsequente a este, podemos verificar que existe algum trabalho realizado ao nível do tema abrangido pelo nosso estudo, como por exemplo o estudo desenvolvido por Barata, em 2012, centrado na temática *“Indicadores e ganhos em saúde: grau de dependência dos utentes, desde a admissão até à alta de uma unidade de cuidados continuados de longa duração, realizado em Bragança*. Mantendo ainda esta linha de abordagem, verificamos que também Carla Santos, em 2011, centrou a sua pesquisa no âmbito dos cuidados continuados, bem como acerca da capacidade funcional dos utentes, *Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados – O Idoso, a Alta e a Capacidade Funcional*.

Outros estudos lhe seguiram, Glória Franco em 2013, desenvolveu a sua pesquisa no âmbito da *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação numa ULDM: percepções dos enfermeiros*. Também ainda nesta temática, temos o estudo apresentado por Daniela Filipa Pedrosa Chamusca, Sílvia Patricia Guimaraes Ribeiro,

Francisco Rodrigues Carneiro e Filipa Alexandra Gomes de Sousa, acerca do *Papel do Enfermeiro de Reabilitação nas Unidades de Longa Duração e Manutenção*.

Um pouco mais recente, em 2014, Maria Cristina Alves Duarte centra o seu trabalho de investigação a nível do *Processo de cuidados do Enfermeiro e Enfermeiro de Reabilitação em Unidades de Convalescença*.

Mediante a análise sobre todos estes estudos realizados, podemos constatar que, em todos eles emerge a importância atribuída ao EER, dado que as conclusões recaem na atribuição de um papel fundamental na equipa multiprofissional. Estes estudos demonstram que a sua acção se torna determinante no processo de reabilitação, na readaptação e na reintegração das pessoas dependentes no ambiente familiar potenciando o seu desenvolvimento, através da prevenção e/ou retardar o agravamento da situação de dependência da pessoa idosa, promovendo a sua autonomia, a readaptação à sua nova condição de vida e posterior reinserção social e familiar. O seu foco principal, centra-se no fomentar a dignidade e qualidade de vida da pessoa, resultando em ganhos em saúde significativos, até mesmo pelo privilégio de trabalhar numa perspectiva de maior proximidade com as famílias.

Veiga, 2015:50, afirma mesmo que “os ganhos demonstrados provavelmente adquiriram maior expressão, devido a existência de enfermeiros de reabilitação e a sua intervenção precoce, por forma a serem minimizadas e até mesmo eliminadas as alterações que esta patologia provoca no paciente, família e sociedade”.

“São os países desenvolvidos e, principalmente, a Europa, que apresentam sinais de um envelhecimento mais consistente e uma cada vez menor capacidade de inverter esta tendência” (Correia, 2012:11) e é baseado nesta problemática que têm surgido os estudos acerca da dependência e (in)capacidade funcional. Só a partir da mensuração destas dimensões será possível orientar a prática de cuidados numa base de prevenção e/ou atuação baseada na correcção dessas incapacidades. No Brasil por exemplo, esta abordagem verifica-se diversificada e constitui-se num tema bastante actual, dado que este se encontra em franco processo de envelhecimento, tendo já atravessado as etapas iniciais do processo de transição epidemiológica e mesmo atingido seu estágio final.

Há uma necessidade premente de métodos inovadores e imaginativos, que possam contribuir para uma atenção ao idoso, em bases humanísticas e, ao mesmo tempo, compatíveis com a realidade socioeconómica do país. O objetivo final deve ser sempre a manutenção contribuindo, ativamente, para ela, e mantendo seu grau de autonomia (e dignidade) dos indivíduos pelo maior tempo possível.

2ª Parte – Contribuição Empírica

O enquadramento teórico apresentado nos capítulos anteriores permitiu-nos adquirir conhecimentos que serviram de base para o desenvolvimento empírico da presente investigação científica.

2. Metodologia

A investigação científica é o processo que melhor permite estudar um problema ligado ao conhecimento dos fenómenos do mundo real, este tem que ser controlado, rigoroso e sistemático, com vista a aquisição de novos conhecimentos (Fortin, 2009). Assim, passamos a apresentar de forma sequencial as várias etapas do processo de pesquisa e que compreendem: conceptualização da investigação, objectivos do estudo, questões de investigação, variáveis em estudo, instrumento de colheita de dados, população e amostra. Assim sendo, este capítulo é constituído pelas seguintes etapas da fase metodológica: questão de investigação; tipo de estudo; objetivos; variáveis; hipóteses; população e amostra; instrumentos de colheita de dados; procedimentos de colheita de dados e tratamento estatístico utilizado.

2.1 Questão de Investigação

Da análise do estudo emergem as seguintes questões de investigação **“Qual a dependência funcional dos doentes internados em RNCCI? Em que medida o internamento nestas unidades tem impacto na sua reabilitação? Será que as variáveis sociodemográficas, familiares e clínicas estão relacionadas com a dependência funcional apresentada pelos utentes?”**

Em nosso entender é pertinente referir que, no serviço, nunca foi realizado nenhum estudo sobre a temática proposta e por isso consideramos tratar-se de um estudo pertinente, necessário e precursor que pode trazer benefícios consideráveis para a instituição e reorganização funcional.

2.2 Tipo de Estudo

Em termos metodológicos, a presente investigação insere-se numa abordagem quantitativa, que implica a descoberta de generalizações que expliquem a realidade no sentido de a prever e controlar (Fortin, 2009). Visto que a sua finalidade passa por explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações (Fortin, 2009), foi desenvolvido um estudo descritivo – correlacional de carácter transversal. Nesta investigação não existiu manipulação de variáveis, o que justifica o carácter não experimental da mesma (Fortin, 2009). No que concerne à durabilidade do estudo, este é do tipo transversal, pois os instrumentos de colheita de dados foram aplicados num

determinado período de tempo (1 de setembro a 30 de setembro de 2016). Como pretendemos descrever os níveis de incapacidade funcional de uma determinada população (utentes que estiveram internados na UMDR) e estabelecer relação entre variáveis (sociodemográficas, clínicas, funcionalidade familiar), com vista à sua descrição, optámos por uma investigação descritiva correlacional (Fortin, 2009).

2.3. Objectivos

Segundo Fortin (2009) o objectivo de um estudo indica o porquê da investigação, sendo um enunciado declarativo que contém, de forma clara a orientação da investigação, de acordo com o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.

O objectivo principal deste trabalho de investigação é avaliar o impacto do internamento na RNCCI na melhoria do nível de dependência dos utentes, bem como os factores que interferem nessa mesma dependência. Assim sendo, procura-se atingir os seguintes objectivos específicos:

5. Caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico e clínico;
6. Identificar a funcionalidade familiar percebida pelos participantes no estudo;
7. Avaliar níveis de incapacidade funcional no momento da admissão e alta;
8. Analisar correlações existentes entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e familiares com a incapacidade funcional dos participantes;

2.4 Variáveis

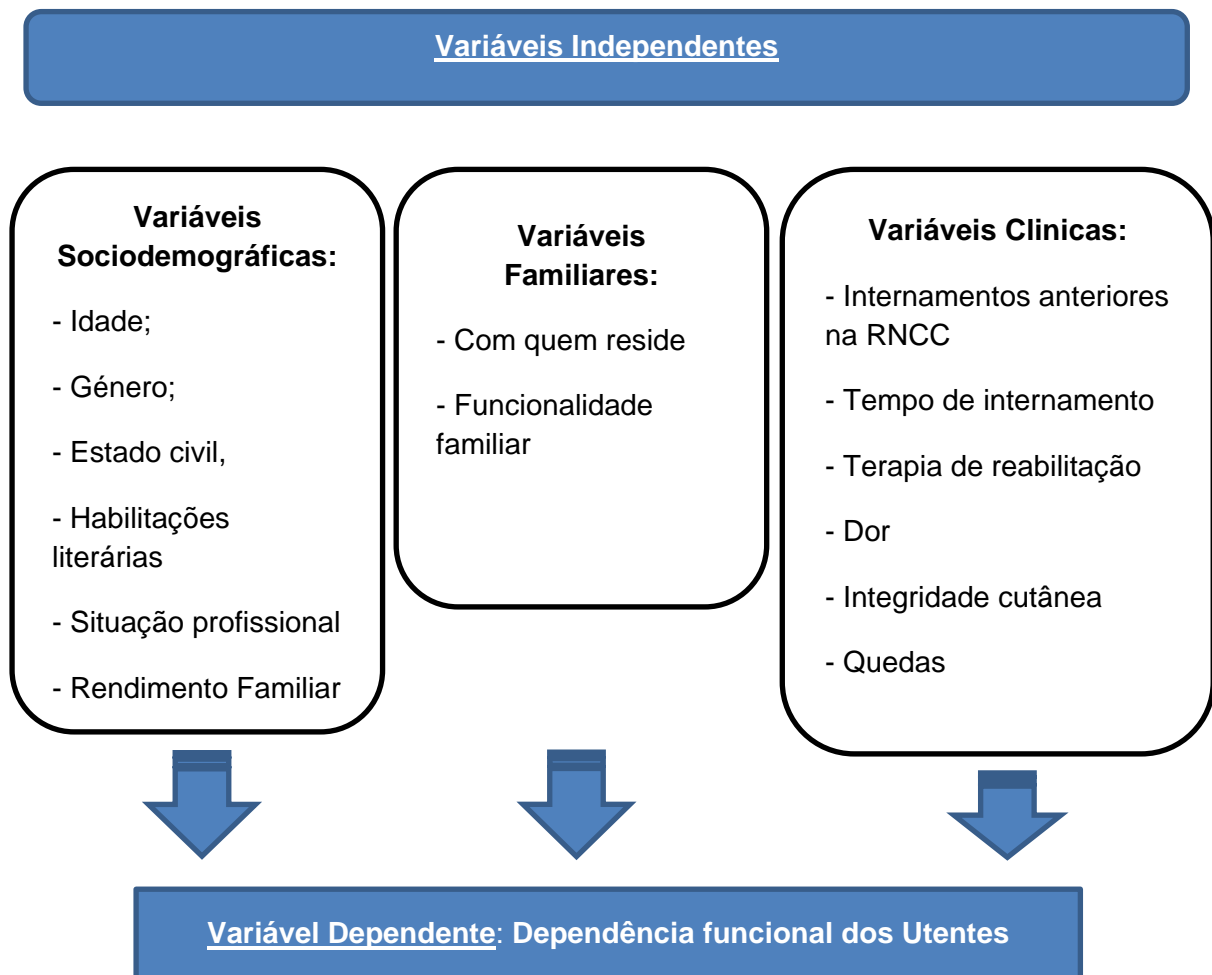
As variáveis são consideradas as unidades de base da investigação, assim como qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações possíveis de mudar ou variar no tempo.

Quanto à relação entre duas ou mais variáveis, Fortin (2009, p. 171) entende que existe uma dependente e outras independentes, sendo que a primeira “é a que sofre o efeito da variável independente, é o resultado predito pelo investigador”, enquanto que as segundas são definidas como “elementos que são introduzidos e manipulados numa situação de investigação, com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável (...) é considerada a causa do efeito produzido na variável dependente”.

No presente estudo a variável dependente corresponde à *dependência dos utentes*.

Com base na fundamentação teórica, na questão de investigação e nos objetivos do estudo, foram selecionadas como variáveis independentes: as sóciodemográficas, (idade, género, estado civil, habilitações, situação profissional e rendimento familiar); as variáveis de contexto familiar (com quem reside e funcionalidade familiar – com recurso a aplicação da esca de Apgar familiar) e as variáveis clínicas (Internamentos anteriores na RNCCI, tempo de internamento, terapia de reabilitação, dor, alteração da integridade cutânea e quedas registadas durante o internamento). O modelo concetual que seguidamente apresentamos (cf. Fig. 8) mostra de forma esquemática as variáveis do estudo e a interação que possa existir entre as mesmas.

Figura 8 – Modelo conceptual do estudo.



2.5 Hipóteses

Com base na revisão da literatura e de acordo com os objetivos expostos para este estudo, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese (H1) – Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações, situação profissional e rendimento familiar) e a incapacidade funcional dos Utentes internados em unidades da RNCCI.

Hipótese (H2) – Existe associação entre as variáveis de contexto familiar (com quem reside e funcionalidade familiar) e a incapacidade funcional dos Utentes internados em unidades da RNCCI.

Hipótese (H3) – Existe associação entre variáveis clínicas (internamento na RNCCI, tempo de internamento, terapia de reabilitação, horas do programa, dor, integridade cutânea, e quedas) e a incapacidade funcional dos Utentes internados em unidades da RNCCI.

2.6 População e amostra

Segundo Fortin (2009, p.311-312), a população é “(...) um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios” e amostra é “(...) a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo, que deve ser representativa desta população, ou seja, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população”.

Para este estudo, recorreremos a uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência, uma vez que os indivíduos se encontram geograficamente acessíveis.

A população do estudo são os internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação inserida na Santa Casa da Misericórdia de Seia no âmbito da RNCCI, acompanhados desde o momento de admissão até á alta.

Neste estudo foram incluídos utentes de ambos os sexos, com mais de 18 anos, internados na Unidade já referida.

Os critérios de inclusão da amostra são os seguintes:

- estar institucionalizado;
- ter sido submetido a avaliação do nível de dependência através da utilização da escala de Barthel, no momento da admissão e alta;
- terem estado internados na UMDR no mínimo de 30 dias;
- mostrar-se disponível e aceitar participar neste estudo.

A amostra do estudo é constituída por 40 utentes que reuniram condições para serem incluídos no período do estudo. A colheita de dados realizou-se na UMDR da Santa Casa da Misericórdia de Seia, no período compreendido entre 1 de Setembro a 30 de Setembro de 2016.

Todos os participantes receberam o consentimento livre informado que tiveram de assinar e todos foram informados sobre a investigação e sobre o anonimato do questionário, sendo que a qualquer altura poderiam desistir do mesmo se assim o desejassem.

2.7 Procedimentos e questões Éticas

Em investigação é importante seguir orientações fundamentais para proteger os direitos e liberdades das pessoas que nelas participam.

Dado que este se trata de um estudo em que houve uma abordagem directa do utente, tivemos como orientações os princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos: o direito ao anonimato e à confidencialidade.

Esta investigação foi precedida das devidas autorizações concedidas pela Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Seia (Anexo II) e pela Comissão de Ética da ESSV (Anexo III).

2.8 Instrumento de colheita de dados

Após definição do problema, das questões de investigação e das variáveis, torna-se importante a escolha do método apropriado para recolher a informação junto dos participantes.

O instrumento de colheita de dados é composto por um grupo de questões de caracterização sociodemográfica dos utentes; um grupo de questões de caracterização familiar dos utentes; um outro grupo de variáveis clínicas, e por fim a utilização da Escala de Barthel, em dois momentos do internamento: admissão e alta.

O quadro 1 resume e explicita a estrutura do questionário que é composto por quatro secções.

Quadro 1 – Resumo estrutural do instrumento de colheita de dados

| Domínios em estudo | Secção |
|-------------------------|----------|
| Caracterização | |
| Sociodemográfica | Secção A |
| Caracterização Familiar | Secção B |
| Caracterização Clínica | Secção C |
| Escala de Barthel | Secção D |

- Caracterização Sociodemográfica:

Esta secção é constituída por cinco questões; uma questão relativa a idade dos sujeitos, tendo sido elaborada uma pergunta aberta e, posteriormente, de acordo com a amplitude de idades encontradas, foram criados grupos etários; seguidamente outra questão relativa ao género dos sujeitos da amostra (questão fechada dicotómica, tendo sido categorizada em: masculino e feminino); para se operacionalizar a variável estado civil, optou-se por uma questão fechada dicotómica, (solteiro(a), casado(a), união de facto, viúvo(a) e divorciado(a)/separado(a)). Para operacionalizar a variável habilitações literárias, foi criada uma questão fechada dicotómica, com as seguintes categorias: sem educação, educação 1ª (pré1ª), primeiro estadio de educação básica (4ª classe – 6º ano), segundo estadio de educação básica (antigo 5º ano – 9º ano), educação secundária (antigo 7º ano – 12º ano), educação pós secundária (bacharelato/mestrado) e último estadio de educação (doutoramento/investigação avançada). A questão seguinte é relativa á situação profissional, esta apresenta-se como uma questão de resposta fechada (empregado(a), desempregado(a), reformado(a), doméstico(a)). Como última questão deste grupo apresenta-se o rendimento familiar, questão de resposta fechada dicotómica com as seguintes categorias: < 250 euros; 251 – 500 euros; 501 – 1000 euros e > 1000 euros.

- Caracterização Familiar:

Esta secção é constituída por um grupo de duas questões; uma primeira questão de carácter misto (fechada e aberta), relativa a constituição do agregado familiar, “com quem vive” (sozinho, cônjuge, filhos, outros); uma questão aberta relativa ao responsável do internamento e, por fim, uma questão acerca da funcionalidade familiar, operacionalizada através da aplicação da escala de Apgar Familiar. Esta escala, elaborada por Smilkstein

(1978, apud Azeredo e Matos, 1989) aborda aspectos fundamentais das funções familiares, sendo estes a adaptação intra-familiar, a participação e a comunicação, o crescimento e o desenvolvimento, o afecto e por fim a decisão. É constituída por cinco perguntas que quantificam a percepção que o indivíduo tem do funcionamento da sua família, permitindo também caracterizar os componentes fundamentais da função familiar. Cada pergunta tem três possibilidades de resposta, a que correspondem as seguintes pontuações: “quase sempre” - 2 pontos; “algumas vezes” - 1 ponto; “quase nunca” - 0 pontos.

O resultado final obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas, podendo as famílias ser classificadas em: Família altamente funcional: 7 – 10; Família com moderada disfunção: 4 – 6; Família com disfunção acentuada: 0 – 3. Tem por objectivo avaliar apenas o grau de satisfação com a família que o indivíduo admite e verbaliza (Smilkstein, 1978, apud Azeredo e Matos, 1989).

Neste questionário entendeu-se como família “o(s) indivíduo(s) com quem a pessoa vive”. No que respeita à consistência interna da Apgar Familiar, o autor da escala constatou, através dos estudos onde esta foi aplicada, valores de alfa de Cronbach entre 0,80 e 0,85 (Smilkstein, 1978).

Quadro 2 – Escala de Apgar Familiar

| Questões | Respostas | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| | <i>Quase Sempre</i> (2 pontos) | <i>Algumas vezes</i> (1 pontos) | <i>Quase Nunca</i> (0 pontos) |
| Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa | | | |
| Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema | | | |
| Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida | | | |
| Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos (ex. irritação, pesar e amor) | | | |
| Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família | | | |

Fonte: (SMILKSTEIN, 1978)

- Caracterização Clínica:

Constituída por um grupo de nove questões: uma questão inicial acerca de internamentos anteriores na RNCCI nos últimos 6 meses, sendo esta uma questão fechada categorizada em sim/não, e posteriormente uma outra questão fechada acerca do local do local de internamento em caso da resposta anterior ser afirmativa, operacionalizada através das opções ECCI, UC, UMDR, ULDM, UP.

Posteriormente são realizadas duas questões fechadas para operacionalização das variáveis diagnóstico principal (AVC, úlcera Crónica de pele, fracturas, neoplasias, doença cardíaca, doença renal, degeneração cerebral e outros), e diagnóstico secundário identificado (sim/não), respectivamente.

Foi colocada também uma outra questão fechada relativa á origem do diagnóstico secundário identificado, com as seguintes opções de resposta AVC, HTA, DM tipo II, neoplasias, doença cardíaca, degeneração cerebral, fracturas, doença do aparelho respiratório e outros.

Seguidamente, foi criada uma questão de resposta aberta, para a operacionalização da variável tempo de internamento (em dias) na unidade; uma outra questão fechada dicotómica, relativa a horas de reabilitação por semana, caracterizada por 3 a 5 horas, 6 a 12 horas e > 12horas/semana. Para operacionalizar a variável episódios de agudização durante o internamento foi criada uma questão fechada dicotómica, com as opções de resposta sim/não. Em seguida, foi colocada uma questão acerca da intensidade da dor (0 a 5), relativa a dois momentos do internamento: admissão e alta. Continuadamente apresentamos uma questão fechada para operacionalização da variável alteração da integridade cutânea, com resposta de sim/não, e, em caso de resposta afirmativa, uma nova questão fechada com as opções Úlcera por pressão, Úlcera Venosa, Lesão traumática e Outros. Por fim, apresentamos novamente uma questão fechada dicotómica, para operacionalizar a variável quedas durante o internamento (sim/não), e em caso de resposta afirmativa se esta queda se verificou com alteração da mobilidade ou sem alteração da mobilidade.

- Escala de Barthel:

A avaliação da capacidade funcional recai sobre um conjunto de estados de saúde relacionados ao aumento de limitações funcionais, existindo diversas formas de mensurá-la. Inúmeros instrumentos foram desenvolvidos para este fim, entre eles o Índice de Barthel. “O Índice de Barthel pertence ao campo de avaliação de atividades da vida diária (AVDs) e

mede o grau de assistência exigido por um indivíduo no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações” (Minozzo, JSM et al., 2010:14).

O Índice de Barthel é uma escala ordinal, que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez actividades de vida diária (AVD): alimentação, banho, higiene pessoal, vestir, controlo anal, controlo vesical, utilização da sanita, transferência, mobilidade, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007). Pode ser preenchido através da observação directa, de registos clínicos ou ainda ser auto ministrado. Pretende avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente. Na versão original a pontuação da escala oscila entre 0 a 100 (com intervalos de 5 pontos), variando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência; ou seja, quanto menor for a pontuação, maior é o grau de incapacidade. A pontuação mínima de zero corresponde à máxima incapacidade para todas as actividades de vida diária avaliadas, e a máxima de 100 equivale à independência total para as mesmas AVD. (Mahoney & Barthel, 1965). No contexto clínico o IB dá-nos informação importante não só a partir da pontuação total mas também a partir das pontuações parciais para cada actividade avaliada, porque permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades (Araújo et al., 2007).

Figura 9 – Níveis de incapacidade funcional

| | | | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| INDEPENDENTE Barthel: 90 - 100 | LIGEIRAMENTE DEPENDENTE Barthel: 60 - 90 | MODERADAMENTE DEPENDENTE Barthel: 40 - 55 | SEVERAMENTE DEPENDENTE Barthel: 20-35 | TOTALMENTE DEPENDENTE Barthel: <20 |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

Fonte: Sequeira, 2007

Esta escala é um instrumento utilizado na prática clínica e na investigação, que foi validado para a população portuguesa por Sequeira (2007). Através da análise fatorial, este identificou três fatores, rotulados por “mobilidade”, “higiene” e “controlo de esfíncteres”, que explicam 75% da variância total. Este Índice apresenta uma boa consistência interna avaliada através do coeficiente de alfa de Cronbach ($\alpha=0,89$).

Figura 10 – Versão Abreviada Índice de Barthel

| Item | ABVD | Cotação | Item | ABVD | Cotação |
|----------------------------|--------------------------------------|---------|------------------|----------------------------------|---------|
| Alimentação | Independente | 10 | Vestir | Independente | 10 |
| | Necessita de ajuda | 5 | | Necessita de ajuda | 5 |
| | Dependente | 0 | | Dependente | 0 |
| Banho | Independente | 5 | Higiene Corporal | Independente | 5 |
| | Dependente | 0 | | Dependente | 0 |
| Controlo Intestinal | Independente | 10 | Controlo Vesical | Independente | 10 |
| | Incontinência ocasional involuntária | 5 | | Incontinência urinária ocasional | 5 |
| | Incontinente fecal | 0 | | Incontinente ou algaliado | 0 |
| Uso da casa de banho | Independente | 10 | Subir escadas | Independente | 10 |
| | Necessita de ajuda | 5 | | Necessita de ajuda | 5 |
| | Dependente | 0 | | Dependente | 0 |
| Transferência cadeira-cama | Independente | 15 | Deambulação | Independente | 15 |
| | Necessita de ajuda mínima | 10 | | Necessita de ajuda | 10 |
| | Necessita de grande ajuda | 5 | | Ind. com cadeira de rodas | 5 |
| | ajuda | | | rodas | |
| | Dependente | 0 | | Dependente | 0 |

Fonte: Adaptado de Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007

2.9 Tratamento Estatístico

A presente investigação foi tratada através do recurso à estatística descritiva e à estatística inferencial. A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica, de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, para isso, determinaram-se as seguintes medidas estatísticas: **Frequências** (Absolutas [N] e Percentuais [%]); **Medidas de tendência central** (Médias [\bar{x}]) e **Medidas de dispersão** (Desvio padrão [Dp] e Coeficiente de variação [CV]).

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis, devendo os resultados serem interpretados do seguinte modo:

Quadro 3 – Grau de dispersão em função do coeficiente de variação

| Coeficiente de variação | Classificação do Grau de dispersão |
|-------------------------|------------------------------------|
| 0% - 15% | Dispersão baixa |
| 16% - 30% | Dispersão moderada |
| > 30% | Dispersão alta |

Fonte: Pestana, M.H. & Gageiro, J.N., (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Sílabo.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras, (Maroco, 2007).

A estatística não paramétrica por sua vez, é utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007), ou seja, só se recorre a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior e a menor for superior a 1.6, (Pestana & Gageiro, 2005). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é muito menor.

Assim, dado à heterogeneidade da amostra e no que respeita à **estatística inferencial** (não paramétrica), neste estudo foram utilizados os seguintes testes:

- Teste de Qui Quadrado (χ^2) – para comparar a proporção entre frequências observadas e esperadas;
- Teste de Kruskal-Wallis – para comparação de médias entre três ou mais variáveis;
- Teste de U Mann Witheney – para comparação de médias entre dois grupos independentes.

No estudo das inferências estatísticas, utilizaram-se os seguintes níveis de significância:

Quadro 4 – Níveis de Significância

| Valor de p | Nível de significância |
|-------------------|--------------------------|
| $p \geq 0.05$ | Não significativo (n.s.) |
| $p < 0.05^*$ | Significativo |
| $p < 0.01^{**}$ | Bastante significativo |
| $p < 0.001^{***}$ | Altamente significativo |

Fonte: Pestana, M.H. & Gageiro, J.N., (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Sílabo.

Para a caracterização, descrição e análise inferencial da amostra utilizámos o programa Statistical Package for the Social Science 19 para o Windows e Word Microsoft.

3 – Apresentação e análise dos resultados

Neste capítulo procedemos à apresentação dos resultados com o intuito de caracterizar a amostra em estudo, analisando como as variáveis se associam entre si, tendo por referência os objetivos orientadores da presente investigação. Serão apresentados os resultados obtidos após a aplicação do Instrumento de colheita de dados (ICD) e o respectivo tratamento estatístico. Assim numa fase inicial procedemos a uma caracterização da amostra, através da análise descritiva, e posteriormente damos corpo a uma apresentação de resultados sustentada por uma análise inferencial. A apresentação dos resultados surge esquematizada em três secções de acordo a estrutura do ICD, através de várias tabelas e quadros, onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo, precedidas das análises correspondentes. Tendo em conta que os dados foram colhidos através do ICD aplicado optámos por omitir o local de realização, assim como a data e a fonte.

3.1 Análise descritiva

Secção A – Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Os resultados que seguidamente apresentamos visam proceder a uma caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo, sendo esta feita também em função do género.

Idade e género

A tabela 1, permite constatar que a amostra utilizada neste estudo é constituída por 40 participantes, sendo 16 do sexo feminino e 24 do sexo masculino.

Constatamos que a idade da amostra total oscila entre um valor mínimo de 53 e um máximo de 92 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 74,83 anos, um desvio padrão de 10,24 e um coeficiente de variação de 13,68%, o que nos indica a existência de uma baixa dispersão em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função do género, verificamos que a média de idades para o sexo feminino ($\bar{x}=79,31$) é ligeiramente superior à do sexo masculino ($\bar{x}=71,83$), apresentando o grupo masculino uma dispersão moderada (15,49%) e o feminino uma baixa dispersão (8,63%) em torno da média.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das idades, para os utentes da amostra é simétrica e platicurtica.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade e género dos Utentes da Amostra

| <i>Idade</i> | <i>N</i> | <i>Min</i> | <i>Máx</i> | \bar{x} | <i>Dp</i> | <i>Sk/erro</i> | <i>K/erro</i> | <i>CV (%)</i> |
|------------------|-----------|------------|------------|--------------|--------------|----------------|---------------|---------------|
| Feminino | 16 | 69 | 90 | 79,31 | 6,85 | 0,69 | -1,02 | 8,63 |
| Masculino | 24 | 53 | 92 | 71,83 | 11,13 | -0,27 | -0,99 | 15,49 |
| Total | 40 | 53 | 92 | 74,83 | 10,24 | -1,16 | -0,48 | 13,68 |

Grupos etários

A distribuição dos participantes por grupos etários mostra, que a maioria (55,0%) se encontra no escalão dos 66-80 anos, seguindo-se o terceiro (≥ 81) com 27,5% e apenas 17,5% se encontra entre os 50-65 anos.

Com se pode verificar existe um predomínio de homens (29,2%) nos escalões mais baixos enquanto que as mulheres apresentam maiores valores percentuais nos escalões mais elevados.

Estado Civil

Relativamente à variável descrita, verificamos que a maioria (60,0%) da amostra tem com estado civil casado/união de facto, seguindo-se os viúvos com 20,0%, em terceiro lugar, os solteiros e por fim (7,5%) os divorciados/separados.

Analisando o estado civil por género, verifica-se que os solteiros (16,7%) são em maior nº nos indivíduos do sexo masculino, a viuvez predomina no género feminino (50,0%) enquanto que os homens são maioritariamente (70,8%) casados.

Habilitações literárias

A tabela 2 mostra que o nível de escolaridade dos nossos participantes é genericamente baixa. Assim, com maior destaque (67,5%) encontramos os que tem 4 a 6 anos de escolaridade, seguindo-se os que os que não têm habilitação (27,5%) e aqueles que possuem o 5ºano antigo que corresponde ao 9º ano com 2,5% e igual valor para os que possuem o 12º ano. De referir que nenhum elemento possui habilitação de nível superior.

Em termos de habilitações académicas existem pequenas diferenças por género uma vez que a totalidade das mulheres se posiciona nos itens sem habilitação ou 4ª classe enquanto os homens detêm graus mais elevados.

Situação Profissional

Quanto à situação profissional, verificamos que a maioria (87,5%) dos participantes se encontra reformado, seguindo-se os desempregados (10,0%) e apenas 2,5%). Se encontra empregado.

Analisando a distribuição da situação profissional por género, constata-se que os empregados são homens na totalidade (4,2%) e os restantes se distribuem pelas alternativas reformado e desempregado em percentagens equivalentes.

Rendimento Familiar

Quanto à variável rendimentos, verificamos que a maioria dos participantes auferem um rendimento mensal de baixo valor dado que cerca de 50,0% assume dispor de uma quantia que oscila entre 251 a 500 €. Entre 501-1000 € temos 22,5% ; acima de 1000 € apenas 5% dos participantes e por fim $\leq 250\text{€}$ temos 22,5%.

Analisando a distribuição por género, constata-se que os homens auferem valores superiores às mulheres.

Tabela 2 – Dados sociodemográficos dos elementos da Amostra

| VARIÁVEIS \ GÉNERO | FEMININO | | MASCULINO | | TOTAL | |
|--------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| GRUPOS ETÁRIOS | | | | | | |
| 50 - 65 | - | - | 7 | 29,2 | 7 | 17,5 |
| 66 - 80 | 10 | 62,5 | 12 | 50,0 | 22 | 55,0 |
| ≥ 81 | 6 | 37,5 | 5 | 20,8 | 11 | 27,5 |
| ESTADO CIVIL | | | | | | |
| Solteiro | 1 | 6,2 | 4 | 16,7 | 5 | 12,5 |
| Casado/união de Facto | 7 | 43,8 | 17 | 70,8 | 24 | 60,0 |
| Viúvo | 8 | 50,0 | - | - | 8 | 20,0 |
| Divorciado/separado | - | - | 3 | 12,5 | 3 | 7,5 |
| HABILITAÇÕES LITERÁRIAS | | | | | | |
| Sem habilitações | 7 | 43,8 | 4 | 16,7 | 11 | 27,5 |
| 4º CLASSE/6º ANO | 9 | 56,2 | 18 | 75,0 | 27 | 67,5 |
| 5º ano ant./9º ano | - | - | 1 | 4,2 | 1 | 2,5 |
| 12º ano | - | - | 1 | 4,2 | 1 | 2,5 |
| Bacharelato/licenciatura | - | - | - | - | - | - |
| Mestrado Doutoramento | - | - | - | - | - | - |
| SITUAÇÃO PROFISSIONAL | | | | | | |
| Empregado | - | - | 1 | 4,2 | 1 | 2,5 |
| Desempregado | 1 | 6,2 | 3 | 12,5 | 4 | 10,0 |
| Reformado | 15 | 93,8 | 20 | 83,3 | 35 | 87,5 |
| RENDIMENTO FAMILIAR | | | | | | |
| ≤ 250 | 5 | 31,2 | 4 | 16,7 | 9 | 22,5 |
| 251-500 | 8 | 50,0 | 12 | 50,0 | 20 | 50,0 |
| 501-1000 | 3 | 18,8 | 6 | 25,0 | 9 | 22,5 |
| ≥1000 | - | - | 2 | 8,3 | 2 | 5,0 |
| TOTAL | 16 | 100,0 | 24 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Secção B – Caracterização do contexto familiar dos utentes

O contexto familiar dos utentes quando avaliado de forma positiva pode exercer uma influência positiva na sua recuperação. Deste modo procuramos conhecer de forma aprofundada esse contexto e questionamo-los sobre: com quem estes residem, quem são os responsáveis pelo internamento e a forma como percebem a funcionalidade da família.

Com quem reside

Quanto à *variável com quem reside*, e de acordo com os dados constantes da tabela 3, o grupo percentual maior (50%) dos indivíduos vive com o cônjuge, seguindo-se os que vivem sozinhos, (32,5%), os que vivem com os filhos/outros familiares, (20,0%), existindo ainda 12,5% que refere “outros”. De referir que nesta questão surgiram respostas múltiplas, ou seja, sujeitos que simultaneamente habitavam com cônjuges filhos e netos e daí os valores percentuais acima de 100% e por isso optámos por não apresentar totais na tabela.

A tendência distributiva verificada entre homens e mulheres apresenta algumas diferenças, uma vez que as mulheres vivem mais sozinhas (43,8%) enquanto os homens vivem maioritariamente com o cônjuge (58,3%), o que de algum modo está em consonância com os dados demográficos dos últimos censos.

Responsável pelo internamento

De acordo com os dados da tabela 3 o principal responsável pelo internamento destes utentes foram os filhos/irmãos (67,5%) seguindo-se o cônjuge (17,5%) e ainda os vizinhos e amigos para 10% dos participantes

Analisando a distribuição da variável por género, constatamos que continuam a ser os filhos os maiores responsáveis nos dois sexos, contudo para os homens o cônjuge foi responsável em 25% dos casos comparado com apenas 6,2% das mulheres. Nestas há ainda que destacar o papel dos vizinhos e amigos em 18,8% dos casos.

Visitas da família

Perante a pergunta “a família visita-o?” 85,0% dos utentes da amostra total responde sim, porém há que registar que 15% dos inquiridos responde não. A análise por género mostra que os que respondem não, são em maior nº homens (20,8%), em comparação com as mulheres (6,2%).

Na sequência das respostas sim, quisemos saber a periodicidade com que as visitas eram feitas: constatamos que o maior grupo percentual dos utentes (38,2%), as tem semanalmente, 23,5% diariamente, 20,6% quinzenalmente e 17,6% apenas mensalmente.

Observando os resultados em função do género constatamos que as mulheres (40,0%) são visitadas com maior frequência do que os homens (10,5%)

Tabela 3 – Caracterização do contexto familiar dos Utentes

| VARIÁVEIS | GÉNERO | | FEMININO | | MASCULINO | | TOTAL | |
|------------------------------------|--------|------|----------|------|-----------|------|-------|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| COM QUEM RESIDE | | | | | | | | |
| Sozinho | 7 | 43,8 | 6 | 25,0 | 13 | 32,5 | | |
| Cônjuge | 6 | 37,5 | 14 | 58,3 | 20 | 50,0 | | |
| Filhos | 3 | 18,8 | 5 | 20,8 | 8 | 20,0 | | |
| Outros | 1 | 6,2 | 4 | 16,7 | 5 | 12,5 | | |
| QUEM É O RESPONS. INTERNAM. | | | | | | | | |
| Cônjuge | 1 | 6,2 | 6 | 25,0 | 7 | 17,5 | | |
| Filho /irmão | 12 | 75,0 | 15 | 62,5 | 27 | 67,5 | | |
| Próprio | - | - | 2 | 8,3 | 2 | 5,0 | | |
| Vizinhos/ amigos | 3 | 18,8 | 1 | 4,2 | 4 | 10,0 | | |
| A FAMILIA VISITA-O | | | | | | | | |
| Sim | 15 | 93,8 | 19 | 79,2 | 34 | 85,0 | | |
| Não | 1 | 6,2 | 5 | 20,8 | 6 | 15,0 | | |
| SE SIM, COM QUE FREQUENCIA | | | | | | | | |
| Diariamente | 6 | 40,0 | 2 | 10,5 | 8 | 23,5 | | |
| Semanalmente | 4 | 26,7 | 9 | 47,4 | 13 | 38,2 | | |
| Quinzenalmente | 2 | 13,3 | 5 | 26,3 | 7 | 20,6 | | |
| Mensalmente | 3 | 20,0 | 3 | 15,8 | 6 | 17,6 | | |

Funcionalidade familiar

A funcionalidade familiar tem sido destacada como um fator que causa “efeitos diversos na satisfação geral da vida das pessoas”, por isso aplicámos a escala de Apegar familiar, que tem por objetivo avaliar a funcionalidade familiar percebida pelos inquiridos.

A tabela 4 mostra que os utentes da amostra total se encontram bastante satisfeitos sobretudo com a ajuda que recebem da família (70%) e com o modo como estes

demonstram o seu afeto (40,0%). De uma forma mais moderada (apenas algumas vezes) mostram satisfação com a forma como a família discute assuntos de interesse comum (40,0%) e soluciona problemas (65%). Maior desagrado encontramos no item relativo ao tempo em que passam com a família (62,5%).

De um modo muito global podemos dizer que os homens se encontram mais satisfeitos do que as mulheres nas diversas questões colocadas.

Tabela 4 – Resultados da percepção dos Utentes sobre a funcionalidade da sua família

| VARIÁVEIS \ GÉNERO | FEMININO | | MASCULINO | | TOTAL | |
|-----------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| SATISFEITO COM A AJUDA | | | | | | |
| Quase sempre | 10 | 62,6 | 18 | 75,0 | 28 | 70,0 |
| Algumas vezes | 5 | 31,2 | 5 | 20,8 | 10 | 25,0 |
| Quase nunca | 1 | 6,2 | 1 | 4,2 | 2 | 5,0 |
| SATISFEITO COM A FORMA | | | | | | |
| Quase sempre | 3 | 18,8 | 7 | 29,2 | 10 | 25,0 |
| Algumas vezes | 6 | 37,5 | 10 | 41,7 | 16 | 40,0 |
| Quase nunca | 7 | 43,8 | 7 | 29,2 | 14 | 35,0 |
| SATISF. COM FORMA ASSUNTOS | | | | | | |
| Quase sempre | 2 | 12,5 | 2 | 8,3 | 4 | 10,0 |
| Algumas vezes | 12 | 75,0 | 14 | 58,3 | 26 | 65,0 |
| Quase nunca | 2 | 12,5 | 8 | 33,3 | 10 | 25,0 |
| SATISFEITO COM AFETOS | | | | | | |
| Quase sempre | 5 | 31,2 | 13 | 54,2 | 18 | 45,0 |
| Algumas vezes | 9 | 56,2 | 7 | 29,2 | 16 | 40,0 |
| Quase nunca | 2 | 12,5 | 4 | 16,7 | 6 | 15,0 |
| SATISFEITO COM O TEMPO | | | | | | |
| Quase sempre | 2 | 12,5 | 2 | 8,3 | 4 | 10,0 |
| Algumas vezes | 5 | 31,2 | 6 | 25,0 | 11 | 27,5 |
| Quase nunca | 9 | 56,2 | 16 | 66,7 | 25 | 62,5 |
| TOTAL | 16 | 100,0 | 24 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Classificação da funcionalidade familiar

Considerando os dados obtidos em função da classificação proposta pelos autores da escala (de Apegar familiar) podemos observar através da tabela 5 que 42,5% dos utentes acha que a sua família é moderadamente funcional, 32,5% que é altamente funcional, e 25,0% acha ter disfunções acentuadas.

A comparação por género mostra que existe uma ligeira diferença na distribuição entre homens e mulheres uma vez que os homens tem perceções mais extremadas ou seja maiores valores positivos (37,5%) mas também mais negativos (29,2%) enquanto que as mulheres recaem essencialmente em valores moderados (56,2%).

Tabela 5 – Distribuição dos utentes pelos níveis de funcionalidade familiar

| FUNCIÓN. FAMILIAR | GÉNERO | | MASCULINO | | TOTAL | |
|-------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | FEMININO | | N | % | N | % |
| | N | % | N | % | N | % |
| Disfunção acentuada | 3 | 18,8 | 7 | 29,2 | 10 | 25,0 |
| Moderadamente funcional | 9 | 56,2 | 8 | 33,3 | 17 | 42,5 |
| Altamente funcional | 4 | 25,0 | 9 | 37,5 | 13 | 32,5 |
| Total | 16 | 100,0 | 24 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Secção C– Caracterização Clínica dos Utentes

O quadro clínico que caracteriza os nossos participantes encontra-se expresso na tabela 6. Os resultados que apresentamos nesta secção visam fundamentalmente identificar o internamento na RNCCI, a localização do internamento, o diagnóstico principal e secundário os motivos que levaram ao internamento, os antecedentes pessoais etc....

Internamento na RNCCI nos últimos 6 meses

Face a esta variável constatamos que 84,6% dos utentes não teve internamentos nos últimos 6 meses ao contrário de 15,4% que os teve. Os elementos que tiveram internamento são todos do sexo masculino.

Junto dos Utentes que responderam sim, procurámos saber em que valência tinham estado: verificámos que a grande maioria destes (83,3%) tinha estado em unidades de convalescença e os restantes 16,7% em unidades de média duração.

Diagnóstico principal

Ao procurarmos os diagnósticos principais encontramos fundamentalmente a doença vascular cerebral (42,9%), as fraturas (28,6%) e o item outras (22,5%) onde estão as doenças respiratórias e metabólicas. Não verificamos grandes diferenças entre género.

Diagnóstico secundário

Procurámos saber ainda se tinham diagnóstico secundário identificado e concluímos que a resposta sim foi dada por 95,0% e apenas 5% respondeu negativamente. Apenas um homem e uma mulher responderam não. A origem do diagnóstico secundário é diversificada como podemos ver na tabela 6, contudo as principais razões estão associadas á HTA (57,9%), Diabetes Mellitus tipo II (36,8%), Doença Cardíaca (28,9%) e Doença Vascular Cerebral (26,3%).

Tabela 6 – Caracterização clínica dos Participantes no estudo

| VARIÁVEIS \ GÊNERO | FEMININO | | MASCULINO | | TOTAL | |
|-------------------------------|----------|------|-----------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| INTERNAMENTO NA RNCCI | | | | | | |
| Sim | - | - | 6 | 26,1 | 6 | 15,4 |
| Não | 16 | 100 | 17 | 73,9 | 33 | 84,6 |
| SE SIM, ONDE | | | | | | |
| ECCI | - | - | - | - | - | - |
| Unidade convalescença | - | - | 5 | 83,3 | 5 | 83,3 |
| Unidade de média Duração | - | - | 1 | 16,7 | 1 | 16,7 |
| Unidade de longa duração | - | - | - | - | - | - |
| Unidade de paliativos | - | - | - | - | - | - |
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | | | | | | |
| Dça vascular cerebral | 7 | 46,7 | 8 | 40,0 | 15 | 42,9 |
| Úlcera crônica pele | 1 | 6,7 | 3 | 15,0 | 4 | 11,4 |
| Fraturas | 5 | 33,3 | 5 | 25,0 | 10 | 28,6 |
| Neoplasias | 2 | 13,3 | - | - | 2 | 5,7 |
| Dça Cardíaca | - | - | 2 | 10,0 | 2 | 5,7 |
| Dça renal | - | - | 1 | 5,0 | 1 | 2,9 |
| Dça Cerebral | - | - | 1 | 5,0 | 1 | 2,9 |
| Outros | 3 | 18,8 | 6 | 25,0 | 9 | 22,5 |
| DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO | | | | | | |
| Sim | 15 | 93,8 | 23 | 95,8 | 38 | 95,0 |
| Não | 1 | 6,2 | 1 | 4,2 | 2 | 5,0 |
| SE SIM, ORIGEM | | | | | | |
| DVC | 3 | 7,9 | 7 | 30,4 | 10 | 26,3 |
| HTA | 10 | 66,7 | 12 | 52,2 | 22 | 57,9 |
| Diabetes mellitus tipo II | 7 | 46,7 | 7 | 30,4 | 14 | 36,8 |
| Neoplasias | - | - | 2 | 8,7 | 2 | 5,3 |
| Dça Cardíaca | 5 | 33,3 | 6 | 26,1 | 11 | 28,9 |
| Degeneração cerebral | 4 | 26,7 | 1 | 4,3 | 5 | 13,2 |
| Fraturas | 3 | 20,0 | 1 | 4,3 | 4 | 10,5 |
| Dça do aparelho respiratório | 2 | 13,3 | 4 | 17,4 | 6 | 15,8 |
| Outros | 7 | 43,8 | 12 | 50,0 | 19 | 47,5 |

Tempo de Internamento

Face a esta variável constatamos que 42,5% dos utentes teve internado entre 60-90 dias, seguindo-se com igual valor percentual (22,5%) os que estiveram entre 30-60 dias e 91-120 dias e apenas 12,5% esteve internado por períodos superiores a 120 dias.

A comparação por género mostra que existe uma ligeira diferença na distribuição entre homens e mulheres uma vez que os homens tem internamentos ligeiramente mais curtos que as mulheres.

Terapia de Reabilitação

Uma variável que para nós era importante era saber se tinham feito terapia de reabilitação: pelas respostas verificámos que relativamente a amostra total a resposta sim foi dada por 95,0% e apenas 5% respondeu negativamente.

Observando os resultados em função do género constatamos que 100% das mulheres fez efetivamente reabilitação enquanto que 8,3% dos homens refere não ter feito.

Procurámos na sequência desta questão saber o nº de horas semanais que faziam no programa de reabilitação e os resultados mostram que 92,1% da amostra faz em média 6 a 10 h semanais e os restantes 7,9% entre 3 a 5 horas. Nesta variável não há diferenças entre homens e mulheres.

Episódios de agudização

Procurámos saber se tinham tido episódios de agudização durante o internamento, e pelas respostas dadas pudemos verificar que estes só ocorreram em 12,5% da amostra total, uma vez que 87,5% respondeu negativamente. Verificamos que estes episódios ocorreram mais nos homens (16,7%) do que nas mulheres (6,2%).

Integridade Cutânea

Outra questão que procurámos conhecer, foi se tinham alterações da integridade cutânea: as respostas mostram que 35% da amostra total, responde sim e 65% respondeu negativamente. Verificamos que estas alterações ocorrem em percentagens similares entre homens (37,5%) e mulheres (31,2%).

Indagámos ainda sobre o tipo de alteração cutânea: constatamos que 57,1 % tinha úlceras de pressão, 28,6% úlceras venosas e 14,3% lesão traumática.

Ocorrência de quedas durante o internamento

Sobre a ocorrência de quedas no internamento pudemos verificar que estas aconteceram efectivamente em 7,5% dos Utentes.

Analisando estes dados em função do género, verifica-se que o predomínio das quedas acontece nos elementos do sexo feminino (12,5%) em comparação com o sexo masculino (4,2%).

Pensando na sua origem, perguntámos se estas (quedas) estavam associadas a alterações da mobilidade, e os dados mostram que para 33,3% dos respondentes estas estão de facto associadas, ao contrario de 66,7% que diz não haver associação.

Tabela 7 – Caracterização clínica dos Participantes no estudo(cont.)

| VARIÁVEIS \ GÊNERO | FEMININO | | MASCULINO | | TOTAL | |
|------------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| TEMPO DE INTERNAM. DIAS | | | | | | |
| 30-60 | 3 | 18,8 | 6 | 25,0 | 9 | 22,5 |
| 61-90 | 6 | 37,5 | 11 | 45,8 | 17 | 42,5 |
| 91-120 | 5 | 31,2 | 4 | 16,7 | 9 | 22,5 |
| ≥121 | 2 | 12,5 | 3 | 12,5 | 5 | 12,5 |
| TERAPIA DE REABILITAÇÃO | | | | | | |
| Sim | 16 | 100 | 22 | 91,7 | 38 | 95,0 |
| Não | - | - | 2 | 8,3 | 2 | 5,0 |
| SE SIM, HORAS SEMANAIS | | | | | | |
| 3-5 horas | 1 | 6,2 | 2 | 9,1 | 3 | 7,9 |
| 6-12 horas | 15 | 93,8 | 20 | 90,9 | 35 | 92,1 |
| ≥ 12 horas | - | - | - | - | - | - |
| EPISÓDIOS DE AGUDIZAÇÃO | | | | | | |
| Sim | 1 | 6,2 | 4 | 16,7 | 5 | 12,5 |
| Não | 15 | 93,8 | 20 | 83,3 | 35 | 87,5 |
| ALTER. INTEGRIDADE CUTÂNEA | | | | | | |
| Sim | 5 | 31,2 | 9 | 37,5 | 14 | 35,0 |
| Não | 11 | 68,8 | 15 | 62,5 | 26 | 65,0 |
| SE SIM, DE QUE TIPO | | | | | | |
| Úlcera pressão | 3 | 60,0 | 5 | 55,6 | 8 | 57,1 |
| Úlcera venosa | 1 | 20,0 | 3 | 33,3 | 4 | 28,6 |
| Lesão traumática | 1 | 20,0 | 1 | 11,1 | 2 | 14,3 |
| OCORRENCIA DE QUEDAS | | | | | | |
| Sim | 2 | 12,5 | 1 | 4,2 | 3 | 7,5 |
| Não | 14 | 87,5 | 23 | 95,8 | 37 | 92,5 |
| SE SIM, COM ALT. MOBILIDADE | | | | | | |
| Sim | 1 | 50,0 | - | - | 1 | 33,3 |
| Não | 1 | 50,0 | 1 | 100,0 | 2 | 66,7 |
| TOTAL | 16 | 100,0 | 24 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Avaliação da Dor

Sabemos que a *Dor* é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. Existem, actualmente, diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da Dor e por isso a sua avaliação e registo é uma responsabilidade dos profissionais de saúde.

A tabela 8, permite constatar o modo como os participantes do nosso estudo quantificam a dor de acordo com a escala de faces. Esta oscila entre 0 (sem dor) até 5 (dor máxima).

Constatamos que a dor da amostra total no momento de admissão na RNCCI oscila entre o valor mínimo de 1 (dor ligeira) e um máximo de 5 (dor intensa) correspondendo-lhe uma média de 1,35 um desvio padrão de 1,29 e um coeficiente de variação de 112%, o que nos indica a existência de uma dispersão elevada em torno da média.

Analisando a mesma variável no momento da alta constatamos, que oscila entre o valor mínimo de 1 (dor ligeira) e um máximo de 4 (dor moderada) correspondendo-lhe uma média de 1,15 um desvio padrão de 1,16 e um coeficiente de variação de 85%, o que nos indica a existência de uma dispersão elevada em torno da média.

Regista-se de facto uma melhoria da dor no momento da alta o que revela preocupação no seu controle.

As medidas de assimetria ou enviesamento (*Skweness*) e de achatamento ou curtose (*Kurtosis*), levam-nos a concluir que a distribuição da dor, para os utentes da amostra é assimétrica e mesocúrtica.

Tabela 8 – Estatísticas quantificadoras da dor dos Participantes

| <i>Dor</i> | <i>N</i> | <i>Min</i> | <i>Máx</i> | \bar{x} | <i>Dp</i> | <i>Sk/error</i> | <i>K/error</i> | <i>CV (%)</i> |
|----------------------|----------|------------|------------|-----------|-----------|-----------------|----------------|---------------|
| Amostra total | | | | | | | | |
| <i>Admissão</i> | 40 | 0 | 5 | 1,35 | 1,29 | 2,82 | 0,93 | 112,17 |
| <i>Alta</i> | 40 | 0 | 4 | 1,15 | 1,16 | 2,11 | 0,09 | 85,92 |

Classificação da Dor

De acordo com os níveis classificativos da dor constatamos que no momento da Admissão, 25% dos Utentes não tem dor, 60% tem dor leve, 15% dor moderada e nenhum elemento regista dor Intensa.

No momento da Alta verificam-se melhorias uma vez que 42,5% dos Utentes não tem dor, 42,5% tem dor leve, 12,5% dor moderada e surpreendentemente um elemento (2,5%) refere dor Intensa.

Tabela 9 – Distribuição dos utentes pelos níveis de funcionalidade familiar

| MOMENTO CLASIFICAÇÃO DA DOR | ADMISSÃO | | ALTA | |
|--------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | N | % | N | % |
| Sem dor | 10 | 25,0 | 17 | 42,5 |
| Dor leve | 24 | 60,0 | 17 | 42,5 |
| Dor moderada | 6 | 15,0 | 5 | 12,5 |
| Dor intensa | - | - | 1 | 2,5 |
| TOTAL | 40 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Secção D – Avaliação da funcionalidade dos Utentes através do Índice de Bartel

O Índice de Barthel avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez actividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007). Pretende avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas de forma independente. Cada actividade apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência encontrados.

Assim, de acordo com os dados detalhados da tabela 10 podemos verificar que ao nível da **alimentação** no momento da admissão havia 32,5% dos utentes que era completamente dependente e no momento da alta estes eram apenas 15,0% o que revela uma recuperação significativa.

Na dimensão **transferências** encontramos níveis maiores de dependência, pois no momento da admissão havia 77,5% dos utentes que era completamente dependente e/ou precisava da ajuda de outra pessoa, enquanto que no momento da alta estes passaram a 37,5% o que revela igualmente uma recuperação significativa.

Na dimensão **toalete** no momento da admissão havia 87,5% dos utentes que era dependente, enquanto que no momento da alta este nº reduziu para 55%.

Quanto à **utilização do WC** no momento da admissão havia 52,5% dos utentes que era completamente dependente, enquanto que no momento da alta estes passaram a 25% o que revela igualmente uma recuperação significativa.

Na dimensão **banho** no momento da admissão 90% dos utentes era dependente, enquanto que no momento da alta este nº reduziu para 75%.

A análise da dimensão **mobilidade** mostra níveis de dependência elevados uma vez que no momento da admissão 62,5% dos utentes se encontrava imóvel ou então estava em cadeira de rodas (17,5%) contudo no momento da alta os utentes imóveis passaram a 25% e os de cadeira de rodas aumentaram passando a 27,5%. Também nesta variável se registam melhorias significativas.

Relativamente à dimensão **subir e descer escadas** no momento da admissão 85% dos utentes era dependente, e no momento da alta este nº reduziu para 55%.

Quanto à capacidade para **vestir** no momento da admissão havia 62,5% dos utentes que estava impossibilitado de o fazer e no momento da alta estes passaram a 22,5% o que revela igualmente uma recuperação significativa nas actividades de vida diária.

Considerando a à dimensão **controle intestinal** no momento da admissão 37,5% dos utentes era incontinente ou precisava de uso de clisteres, e no momento da alta este nº reduziu com menor diferença para 27,5%.

Por fim ao analisarmos a dimensão **controle urinário** verificamos que no momento da admissão 42,5% dos utentes era incontinente e no momento da alta este nº reduziu para 25%. À semelhança das dimensões anteriores também nesta variável se registam melhorias.

Tabela 10 – Níveis de (in)dependência dos Utentes nos momentos de admissão e alta

| MOMENTO AVALIAÇÃO DIMENSÕES | ADMISSÃO | | ALTA | |
|---------------------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | N | % | N | % |
| ALIMENTAÇÃO | | | | |
| Independente | 12 | 30,0 | 25 | 62,5 |
| Necessita de ajuda | 15 | 37,5 | 9 | 22,5 |
| Dependente | 13 | 32,5 | 6 | 15,0 |
| TRANSFERENCIAS | | | | |
| Independente | 1 | 2,5 | 8 | 20,0 |
| Necessita de alguma ajuda | 8 | 20,0 | 17 | 42,5 |
| Necessita da ajuda outra pessoa | 25 | 62,5 | 13 | 32,5 |
| Dependente | 6 | 15,0 | 2 | 5,0 |
| TOALETE | | | | |
| Independente | 5 | 12,5 | 18 | 45,0 |
| Dependente | 35 | 87,5 | 22 | 55,0 |
| UTILIZAÇÃO DO WC | | | | |
| Independente | 3 | 7,5 | 11 | 27,5 |
| Necessita de ajuda | 16 | 40,0 | 19 | 47,5 |
| Dependente | 21 | 52,5 | 10 | 25,0 |
| BANHO | | | | |
| Independente | 4 | 10,0 | 10 | 25,0 |
| Dependente | 36 | 90,0 | 30 | 75,0 |
| MOBILIDADE | | | | |
| Caminha 50m sem ajuda | 2 | 5,0 | 10 | 25,0 |
| Caminha menos de 50m com ajuda | 6 | 15,0 | 9 | 22,5 |
| Independente em cad. rodas | 7 | 17,5 | 11 | 27,5 |
| Imóvel | 25 | 62,5 | 10 | 25,0 |
| SUBIR E DESCER ESCADAS | | | | |
| Independente | 1 | 2,5 | 5 | 12,5 |
| Necessita de ajuda | 5 | 12,5 | 13 | 32,5 |
| Dependente | 34 | 85,0 | 22 | 55,0 |
| VESTIR | | | | |
| Independente | 4 | 10,0 | 9 | 22,5 |
| Necessita de ajuda | 11 | 27,5 | 22 | 55,0 |
| Impossível | 25 | 62,5 | 9 | 22,5 |
| Controle intestinal | | | | |
| Controla perfeitamente | 14 | 35,0 | 21 | 52,5 |
| Acidente ocasional | 11 | 27,5 | 8 | 20,0 |
| Incontinente ou precisa do uso de clisteres | 15 | 37,5 | 11 | 27,5 |
| Controle Urinário | | | | |
| Controla perfeitamente | 15 | 37,5 | 19 | 47,5 |
| Acidente ocasional | 8 | 20,0 | 11 | 27,5 |
| Incontinente | 17 | 42,5 | 10 | 25,0 |
| TOTAL | 40 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Em resumo as actividades onde foram encontrados maiores níveis de incapacidade foram na toalete, utilização do WC, banho, mobilidade subir e descer escadas e vestir. Contudo existem melhorias nas diferentes actividades o que significa que o internamento na RNCCI tem impacto positivo na funcionalidade dos Utentes.

Níveis classificação da (in)dependência dos Utentes

De acordo com os níveis classificativos da incapacidade, medidos pela escala e propostos pelos autores, pudemos constatar que no momento da sua Admissão, não existia nenhum sem incapacidade ou seja nenhum era totalmente independente, apenas 2,5% apresentava incapacidade ligeira, 20% incapacidade moderada e 77,5% apresentava incapacidade grave.

No momento da Alta a realidade funcional dos Utentes era diferente uma vez que já existiam 10% sem incapacidade (independentes), 7,5% apresentava incapacidade ligeira, 30% incapacidade moderada, e ainda assim temos 52,5% dos participantes com incapacidade grave.

Tabela 11 – Níveis de incapacidade dos Utentes nos momentos de admissão e alta

| AVALIAÇÃO NIVEIS DE INCAPACIDADE | MOMENTO DE | | ADMISSÃO | | ALTA | |
|---------------------------------------------------|-------------------|--------------|-----------------|--------------|-------------|----------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Sem incapacidade | - | - | 4 | 10,0 | | |
| Incapacidade ligeira | 1 | 2,5 | 3 | 7,5 | | |
| Incapacidade moderada | 8 | 20,0 | 12 | 30,0 | | |
| Incapacidade grave | 31 | 77,5 | 21 | 52,5 | | |
| TOTAL | 40 | 100,0 | 40 | 100,0 | | |

3.2. Análise inferencial

A inferência estatística tem por objectivo generalizar, para toda a população, os resultados obtidos numa amostra (Ferreira, 2015). Existem dois processos para inferir estatisticamente: o primeiro é a técnica de estimação segundo a qual pretendemos encontrar um valor ou um intervalo para o parâmetro desconhecido. O outro é o teste de hipóteses no qual, com base em duas afirmações opostas, decidimos acerca dos possíveis valores do parâmetro.

Como refere Pestana e Gageiro previamente à aplicação dos testes de Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney, deve ser verificada a igualdade da forma das distribuições das variáveis, sendo no caso concreto deste estudo uma distribuição não normal.

Nas distribuições caracterizadas por grande heterogeneidade de forma e com um número baixo de casos em algumas categorias, (como acontece no nosso estudo) optou-se pela recodificação de algumas variáveis independentes, o que aumentou, substancialmente, a homogeneidade das distribuições e a viabilização dos testes não paramétricos referidos. As variáveis recodificadas foram: idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, rendimentos, com quem reside e tempo de internamento.

Foram enunciadas três hipóteses complexas que serão posteriormente desdobradas em hipóteses simples.

H1 – Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações, situação profissional e rendimento familiar) e a incapacidade funcional dos Utentes internados em unidades da RNCCI?

Idade

Para testar esta sub-hipótese foi aplicado um teste de Kruskal-Wallis. Constatamos pelos valores da tabela 12 que não existe significância estatística entre idade e incapacidade funcional ($p= 0,465$; $p=0,256$), nem no momento da admissão nem na Alta. Apesar disso verificamos que quanto maior for a idade dos Utentes maiores são as incapacidades funcionais.

Face a estes resultados, somos levados a rejeitar a sub-hipótese formulada, afirmando que nesta amostra a idade é independente da sua incapacidade funcional.

Tabela 12 – Teste Kruskal-Wallis entre idade e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta

| MOMENTO \ IDADE | 50-65 | 66-80 | ≥ 81 | χ^2 | P |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|----------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| ADMISSÃO | 22,57 | 21,00 | 16,82 | 1,532 | 0,465 |
| ALTA | 24,29 | 21,64 | 15,82 | 2,722 | 0,256 |

Género

Para se perceber a associação existente entre género e a incapacidade funcional dos Utentes, utilizámos um Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 13, verificamos que só existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,041$) entre as duas variáveis no momento de admissão.

Os valores da ordenação das médias (O.M.) demonstram que são os elementos do sexo feminino os que apresentam pior média logo com maiores incapacidades funcionais e nesse sentido aceitamos a hipótese formulada apenas para a admissão.

Tabela 13 - Teste U de Mann-Whitney entre género e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta

| MOMENTO \ GENERO | FEMININO | MASCULINO | U | P |
|------------------|-----------|-----------|---------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| ADMISSÃO | 15,88 | 23,58 | 118,000 | 0,041 |
| ALTA | 16,06 | 23,46 | 121,000 | 0,051 |

Estado civil

Para se perceber a associação existente entre estado civil e a incapacidade funcional dos Utentes, começamos por recodificar a variável em dois grupos, os acompanhados e não acompanhados.

Seguidamente efetuámos um Teste Kruskal-Wallis, que mostra (cf. tabela 14), que só existem diferenças estatisticamente significativas no momento de admissão ($p=0,034$), sendo os acompanhados aqueles que apresentam maior incapacidade funcional.

Face a estes resultados, somos levados mais uma vez a aceitar a sub-hipótese formulada para o momento de admissão e rejeitá-la no momento da alta.

Tabela 14 - Teste U de Mann-Whitney entre estado civil e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta

| MOMENTO \ GRUPO | ACOMPANHADO | NÃO ACOMPANHADO | U | P |
|-----------------|-------------|-----------------|---------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| ADMISSÃO | 17,29 | 25,31 | 115,000 | 0,034 |
| ALTA | 18,65 | 23,28 | 147,500 | 0,222 |

Habilitações Literárias

Para testar esta sub-hipótese foi aplicado um teste de Kruskal-Wallis. Constatamos pelos valores da tabela 15 que existem diferenças estatística significativas entre habilitações literárias e incapacidade funcional ($p= 0,002$; $p=0,005$), nos dois momentos (admissão e Alta). Constatamos ainda que são os utentes com menores habilitações literárias aqueles que apresentam maiores incapacidades funcionais.

Face a estes resultados, somos levados a aceitar a sub-hipótese formulada, afirmando que nesta amostra as habilitações literárias estão associadas a menores incapacidades funcionais.

Tabela 15 – Teste Kruskal-Wallis entre habilitações e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta

| MOMENTO \ GRUPOS | ANALFABETO | 1º CICLO | ≥ 2º ciclo | χ ² | P |
|------------------|------------|-----------|------------|----------------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| ADMISSÃO | 10,45 | 23,83 | 30,75 | 12,015 | 0,002 |
| ALTA | 11,86 | 22,93 | 35,25 | 10,410 | 0,005 |

Situação Laboral

Para testar esta sub-hipótese foi aplicado um teste de Kruskal-Wallis. Constatamos pelos valores da tabela 16 que não existe significância estatística entre situação laboral e incapacidade funcional ($p= 0,235$; $p=0,197$), nem no momento da admissão nem na Alta. Apesar disso verificamos que são os reformados os que apresentam maiores incapacidades funcionais.

Face a estes resultados, somos levados a rejeitar a sub-hipótese formulada, afirmando que nesta amostra a situação laboral é independente da incapacidade funcional dos Utentes.

Tabela 16 – Teste Kruskal-Wallis entre situação laboral e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta

| MOMENTO \ GRUPOS | EMPREGADO | DESEMPREGADO | REFORMADO | χ ² | P |
|------------------|-----------|--------------|-----------|----------------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| ADMISSÃO | 40,00 | 20,25 | 19,97 | 2,894 | 0,235 |
| ALTA | 38,50 | 25,00 | 19,47 | 3,253 | 0,197 |

Rendimentos

Para se perceber a correlação existente entre rendimentos e a incapacidade funcional dos Utentes, começamos por recodificar a variável em dois grupos, os que auferem < 500€ e os ≥ 500€.

Utilizámos para o efeito um Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 17 verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,015$; $p=0,005$) entre as duas variáveis tanto no momento de admissão como no da alta.

Os valores das ordenações médias (O.M.) demonstram que são os Utentes que auferem de menores rendimentos os que apresentam maiores incapacidades funcionais e nesse sentido aceitamos a hipótese formulada.

Tabela 17 - Teste U de Mann-Whitney entre rendimento e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta

| MOMENTO \ RENDIMENTOS | <500 € | ≥500 € | U | P |
|-----------------------|-----------|-----------|--------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| ADMISSÃO | 17,76 | 27,73 | 80,000 | 0,015 |
| ALTA | 17,38 | 28,73 | 69,000 | 0,005 |

H2 – Existe associação entre as variáveis de contexto familiar (com quem reside e funcionalidade familiar) e a incapacidade funcional dos Utentes internados em unidades da RNCCI?

Com quem reside

Para se perceber a associação existente entre o agregado familiar e a incapacidade funcional dos Utentes, começamos por recodificar a variável em dois grupos, os que vivem sozinhos e os que vivem com a família.

Para o efeito efetuámos mais uma vez um Teste U de Mann-Whitney e os resultados (cf. tabela 18) dos valores ordenados das médias mostram, que só existem diferenças estatisticamente significativas no momento de admissão ($p=0,012$), sendo os que vivem com a família aqueles que apresentam maior incapacidade funcional.

Face a estes resultados, somos levados mais uma vez a aceitar a sub-hipótese formulada para o momento de admissão e rejeitá-la no momento da alta.

Tabela 18 - Teste U de Mann-Whitney entre agregado familiar e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta

| MOMENTO \ VARIÁVEIS | SOZINHO | C/ FAMILIA | U | P |
|---------------------|-----------|------------|--------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| ADMISSÃO | 27,15 | 17,30 | 89,000 | 0,012 |
| ALTA | 23,62 | 19,00 | 135,00 | 0,252 |

Funcionalidade familiar

A funcionalidade familiar tem sido confirmada em vários estudos como uma variável fundamental na recuperação da independência funcional das pessoas: com base neste pressuposto quisemos conhecer a associação existente entre estas duas variáveis.

Para o efeito, utilizou-se mais uma vez o Teste *Teste Kruskal-Wallis*. (cf. tabela 19) que nos leva a rejeitar a hipótese formulada uma vez que os valores de ($p > 0,05$) indicam a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis.

Constatamos ainda que os valores ordenados das médias mais ($M= 23,00$; $M= 22,69$) mostram que os Utentes que percebem famílias com moderada disfunção são os que apresentam maiores incapacidades funcionais.

Deste modo somos levados a rejeitar a sub-hipótese formulada dizendo que a percepção dos Utentes sobre a funcionalidade da sua família não se relaciona com o grau de incapacidade funcional.

Tabela 19 – Teste Kruskal-Wallis entre a percepção da funcionalidade familiar e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta

| MOMENTO \ FUNCIONALIDADE | DISF. ACENTUADA | DISF. MODERADA | ALTAM. FUNCIONAL | χ^2 | P |
|--------------------------|-----------------|----------------|------------------|----------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| ADMISSÃO | 22,70 | 17,29 | 23,00 | 2,257 | 0,323 |
| ALTA | 20,75 | 18,68 | 22,69 | 0,881 | 0,644 |

H3 – Existe associação entre variáveis clínicas (internamento na RNCCI, tempo de internamento, terapia de reabilitação, horas do programa, dor, integridade cutânea, e quedas) e a incapacidade funcional dos Utentes internados em unidades da RNCCI?

Internamento na RNCCI

Para se perceber a associação existente entre o internamento na RNCCI e a incapacidade funcional dos Utentes, efetuámos mais uma vez um Teste U de Mann-Whitney. A tabela 20 mostra que só existem diferenças estatisticamente significativas no momento de admissão ($p=0,028$), sendo os que não estiveram internados nos últimos 6 meses em unidades da RNCCI aqueles que apresentam maior incapacidade funcional.

Face a estes resultados, somos levados mais uma vez a aceitar a sub-hipótese formulada para o momento de admissão e rejeitá-la no momento da alta.

Tabela 20 - Teste U de Mann-Whitney entre o internamento e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta

| INTERNAMENTO MOMENTO | SIM | NÃO | U | P |
|-------------------------|-----------|-----------|--------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| ADMISSÃO | 29,25 | 18,32 | 43,500 | 0,028 |
| ALTA | 24,75 | 19,14 | 70,500 | 0,275 |

Tempo de Internamento em dias

Para testar esta sub-hipótese, utilizou-se mais uma vez o Teste de Kruskal-Wallis (cf. tabela 21). Os dados levam-nos a rejeitar a hipótese formulada uma vez que os valores de ($p > 0,05$) indicam a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis.

Contudo os valores ordenados das médias ($M= 18,10$; $M= 19,11$) mostram que os Utentes que com internamentos mais longos (91-120 dias e ≥ 121 dias) são os que apresentam maiores incapacidades funcionais (na admissão), enquanto que no momento da alta os valores das médias mostram que a incapacidade funcional é maior nos três primeiros meses.

Deste modo somos levados a rejeitar a sub-hipótese formulada dizendo que o tempo de internamento não está associado à incapacidade funcional destes utentes.

Tabela 21 – Teste Kruskal-Wallis entre o tempo de internamento e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta

| MOMENTO \ GRUPOS | 30-60 | 61-90 | 91-120 | ≥ 121 | χ^2 | P |
|------------------|-----------|-----------|-----------|------------|----------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| ADMISSÃO | 21,50 | 21,41 | 19,11 | 18,10 | 0,514 | 0,916 |
| ALTA | 19,50 | 20,03 | 22,00 | 21,20 | 0,261 | 0,967 |

Terapia de Reabilitação

Para testar a sub-hipótese que associa a terapia de reabilitação com a uma melhor capacidade funcional utilizou-se mais uma vez o Teste U de Mann-Whitney (cf. tabela 22). Os dados mostram que apesar do valor das ordenações médias ser superior nos utentes que fizeram terapia de reabilitação as diferenças estatísticas não são significativas ($p < 0,05$).

Face aos resultados somos levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que nesta amostra os programas de terapia de reabilitação não se correlacionam com a incapacidade funcional dos utentes.

Tabela 22 - Teste U de Mann-Whitney entre terapia de reabilitação e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta

| MOMENTO \ VARIÁVEIS | SIM | NÃO | U | P |
|---------------------|-----------|-----------|--------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| ADMISSÃO | 22,38 | 20,75 | 33,500 | 0,785 |
| ALTA | 20,53 | 20,00 | 37,000 | 0,974 |

Número de horas semanais de terapia de reabilitação

Para avaliar a correlação existente entre o número de horas semanais de terapia de reabilitação e a incapacidade funcional dos Utentes, utilizámos um Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 23, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,007$; $p=0,004$) entre as duas variáveis tanto no momento de admissão como no da alta.

Os valores das ordenações médias (O.M.) demonstram que são os Utentes que fazem 6 a 12 horas de reabilitação por semana aqueles que apresentam maiores capacidades funcionais e nesse sentido aceitamos a hipótese formulada.

Tabela 23 - Teste U de Mann-Whitney entre nº de horas semanais de terapia de reabilitação e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta

| MOMENTO \ VARIÁVEIS | 3-5H | 6-12H | U | P |
|---------------------|-----------|-----------|-------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| ADMISSÃO | 4,33 | 20,80 | 7,000 | 0,007 |
| ALTA | 3,83 | 20,84 | 5,500 | 0,004 |

Intensidade da Dor

Para testar esta sub-hipótese foi aplicado um teste de Kruskal-Wallis. Constatamos pelos valores da tabela 24 que não existe significância estatística entre o tipo de dor e a incapacidade funcional ($p= 0,076$; $p=0,158$), nem no momento da admissão nem na Alta. Apesar disso verificamos que a incapacidade funcional aumenta á medida que aumenta a intensidade da dor .

Face a estes resultados, somos levados a rejeitar a sub-hipótese formulada, afirmando que nesta amostra a dor é independente da incapacidade funcional dos Utentes.

Tabela 24 – Teste Kruskal-Wallis entre intensidade da dor e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta

| MOMENTO \ GRUPOS | SEM DOR | DOR LEVE | DOR MODERADA | DOR INTENSA | χ^2 | P |
|------------------|-----------|-----------|--------------|-------------|----------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| ADMISSÃO | 17,63 | 17,50 | 7,83 | 6,50 | 6,885 | 0,076 |
| ALTA | 18,23 | 15,50 | 7,67 | 9,67 | 5,189 | 0,158 |

Alteração da integridade cutânea

No sentido de comprovar a associação existente entre a integridade cutânea e a incapacidade funcional dos Utentes, começamos por utilizar um Teste U de Mann-Whitney. Os dados da tabela 25 mostram, que só existem diferenças estatisticamente significativas no momento da alta ($p=0,029$), sendo os que têm alterações da integridade cutânea aqueles que apresentam maior incapacidade funcional.

Face a estes resultados, somos levados mais uma vez a aceitar a sub-hipótese formulada para o momento da alta e rejeitá-la para o momento da admissão.

Tabela 25 - Teste U de Mann-Whitney entre alterações da integridade cutânea e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta

| MOMENTO \ VARIÁVEIS | SIM | NÃO | U | P |
|---------------------|-----------|-----------|---------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| ADMISSÃO | 17,18 | 22,29 | 135,500 | 0,190 |
| ALTA | 15,04 | 23,44 | 105,500 | 0,029 |

Quedas no internamento

Para testar esta última sub-hipótese utilizou-se mais uma vez o Teste U de Mann-Whitney (cf. tabela 26). Os dados mostram que apesar dos valores das ordenações médias serem superiores nos utentes que tiveram quedas no internamento fizeram as diferenças estatísticas não se revelaram significativas ($p < 0,05$).

Face aos resultados somos levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que nesta amostra as quedas registadas no internamento não se correlacionam com a incapacidade funcional dos utentes.

Tabela 26 - Teste U de Mann-Whitney entre quedas no internamento e a incapacidade funcional dos Utentes na Admissão e Alta

| MOMENTO \ VARIÁVEIS | SIM | NÃO | U | P |
|---------------------|-----------|-----------|--------|-------|
| | ORD-MEDIA | ORD-MEDIA | | |
| ADMISSÃO | 23,33 | 20,27 | 47,000 | 0,698 |
| ALTA | 27,83 | 19,91 | 33,500 | 0,273 |

4. Discussão dos resultados

Neste capítulo será efectuada uma análise dos resultados obtidos em articulação com o referencial teórico que o suporta.

A idade, apesar de ser um balizador simples para indicar o estado de saúde do idoso, está comumente presente nos estudos que identificam factores associados à incapacidade funcional. *“A idade avançada não pode ser desprezada, pois de fato não é sinónimo de condição de incapacidade funcional, mas sinaliza estrutura orgânica mais vulnerável a instalação de processos incapacitantes”* (Virtuoso Júnior JS, Martins CA, Roza LB, Paulo TRS, Ribeiro MCL, Tribess S, 2015:7). Considerando os dados demográficos da população estudada, observou-se que os participantes deste estudo, apresentaram uma idade média de 74,83 anos e que 55% dos participantes se apresentam situados no escalão de 66-80 anos de idade. A idade não influenciou a incapacidade funcional dos utentes, no entanto, verificamos que quanto maior for a idade dos utentes maiores são as incapacidades funcionais. Este facto vai de encontro ao apresentado pelo relatório da RNCCI (2015), onde é referido que a população com idade superior a 65 anos representa 84,5% do total, crescendo em relação aos últimos anos. Também num estudo realizado no Brasil por Parahyba, Maria e Crespo, Cláudio (2008) acerca dos diferencias demográficos na incapacidade funcional dos idosos, concluem que uma população mais envelhecida, com maior predominância de pessoas com 80 anos ou mais, tem probabilidade de desenvolver comorbidade e incapacidade em maior proporção do que a daquelas áreas cuja concentração de idosos se situa numa faixa etária mais jovem. Tendo em conta a análise da nossa amostra averiguamos que a população presente foi em maior número do género masculino (60%) comparativamente com o género feminino (40%), dados estes que não se encontram em consonância com o referido no Relatório de Monitorização da RNCCI (2015), em que o sexo feminino representa 55,7% do total de utentes, valor sobreponível a anos anteriores (55,6% no ano de 2014). 50% dos utentes da Rede são do sexo feminino, com idade superior a 65 anos. Em geral aquando da abordagem a este tema, verificamos haver um predomínio do género feminino, tal como nos mostra o estudo realizado por Costa, (2013) onde mais de metade da amostra era constituída por mulheres, com uma média total de idade de 80 anos, sendo que as mulheres eram mais velhas que os homens. Este facto poderá ser justificado por o envelhecimento entre a população do sexo feminino ter associadas um maior número de incapacidades, ou seja, embora as mulheres vivam mais anos, a esperança de vida sem incapacidades é bastante mais reduzida quando comparada com a dos homens, tal como referem os dados da Revista de Estudos Demográficos (2002). No entanto, Lourenço (2011) no estudo em que pretendeu estudar a capacidade funcional

dos idosos internados no hospital, chegou à conclusão que a idade média era de 82 anos, sendo que a faixa etária predominante foi entre 80 a 84 anos, maioritariamente homens.

Na pesquisa realizada, relacionando o género com a dependência dos utentes no momento da admissão, verificamos que são os elementos do sexo feminino que apresentam maior incapacidade funcional, o que não se verifica no momento da alta, pelo que podemos afirmar que o género influencia a capacidade funcional dos utentes. Este facto está de acordo com o referido por Parahyba, Maria e Crespo, Cláudio (2008:8), onde os autores concluem ainda que “as mulheres declaram incapacidade funcional em maior proporção do que os homens”. Também num estudo publicado na Revista de Saúde Pública em 2010, realizado no Rio de Janeiro, verificamos que a nível individual, os resultados indicam que a incapacidade funcional esteve altamente associada com o sexo; as mulheres idosas eram mais prováveis de apresentar maior prejuízo funcional do que os homens. Desta forma, o sexo e a idade são descritos por outros autores como factores determinantes na independência funcional, o que também podemos verificar no nosso estudo dado que se verifica associação estatisticamente significativa relativamente a estas duas variáveis.

Analisando posteriormente a variável estado civil, verificamos que a maioria (60%) da nossa amostra se encontra casada/em união de facto, com prevalência destes valores para o sexo masculino (70,8%, n=17). Relacionando esta variável com a incapacidade funcional, podemos verificar que existem diferenças significativas no momento da admissão, pelo que face a estes resultados podemos afirmar que os acompanhados são aqueles que apresentam maior incapacidade funcional. Estes valores poderão assentar na premissa de que, a família, ao invés de potenciar as capacidades do próprio utente para a realização das AVD's, acaba por substituí-lo na sua realização, o que vai de encontro ao apresentado por Ferreira MSM, Pereira MG (2015), quando refere que os cônjuges e, por vezes os filhos, assumem responsabilidades familiares anteriormente levadas a cabo pelo indivíduo e conseqüente alteração de papéis. Este facto é contraditório aos resultados apresentados por Barbosa BR et al. (2014) , que refere no seu estudo que a incapacidade funcional é menor entre os casados, (em comparação aos sem companheiro); ainda no presente estudo, os idosos que não tinham companheiro eram mais dependentes nestas AVD que os casados.

Tendo em conta os dados do relatório da RNCCI (2015), o baixo nível de escolaridade agrava-se em relação a anos anteriores, com 49% sem instrução (cerca de 26% no ano de 2014) e 44% com escolaridade entre 1 a 6 anos (cerca de 65% no ano de 2014), representando assim a escolaridade menor que 6 anos 93% do total (90% no ano de 2014). Podemos verificar esta conclusão espelhada no nosso estudo, relativamente á análise da variável habilitações literárias, onde verificamos que o nível de escolaridade dos nossos participantes é genericamente baixo, dado que 67,5% (n=27) dos mesmos se situa no nível 4 a 6 anos de escolaridade. É importante ressaltar que nenhum elemento possui habilitação

de nível superior, e que os homens se situam em graus mais elevados comparativamente às mulheres. Relacionando esta variável com a incapacidade funcional, podemos verificar que em ambos os momentos (admissão/alta) são os utentes com menores habilitações literárias que apresentam maiores incapacidades funcionais, dada a diferença estatisticamente significativa, pelo que podemos afirmar que existe associação entre estas duas variáveis.

Também no estudo publicado pela Revista de Estudos Demográficos (2002) verificamos que mais de metade da população com 65 e mais anos (55,1%) não tinha qualquer nível de instrução, enquadrava-se no nível 0 do ISCED. Esta proporção é superior no caso das mulheres (64,7% contra 41,3% dos homens), podendo concluir-se que a população idosa detém, de um modo geral, baixos níveis de instrução e, dentro desta, as mulheres registam níveis mais baixos que os homens. Estes dados são também corroborados por outros autores, CUNHA et al (2007); BURNAY (2011); Pinto, E. M. E. M., & Martins, R. M. L. (2013). Segundo os resultados dos Censos 2011 à população portuguesa, a taxa de analfabetismo, expressa pela relação entre a população que não sabe ler e escrever, recuou de forma significativa nas últimas décadas, passando de 11% em 1991, para 9% em 2001 e 5,2% em 2011. Em 2011, a taxa de analfabetismo das mulheres era bastante superior à da taxa de analfabetismo dos homens, isto é, 6,8% e 3,8% respetivamente. A população analfabeta é essencialmente idosa onde 79% tem mais de 65 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2012). Na opinião de Marques et al. (2006), o baixo nível de escolaridade pode dificultar a consciencialização para as necessidades de cuidado com a saúde ao longo da vida, a adesão ao tratamento e manutenção de estilo de vida saudável que limite a ação de indicadores de risco.

Analisando a variável situação profissional, podemos verificar que a maioria dos nossos participantes (87,5%, n=35) se encontra reformado, e na sua relação com a incapacidade funcional não obtivemos diferenças estatisticamente significativas em ambos os momentos (admissão/alta), pelo que podemos afirmar que neste estudo, a situação profissional é independente da incapacidade funcional dos utentes, o que é corroborado por Virtuoso Júnior JS, Martins CA, Roza LB, Paulo TRS, Ribeiro MCL, Tribess S, (2015:7), onde verificam que a ocupação actual é uma variável que não se manteve no modelo explicativo final, pois apesar da condição de estar aposentado ou ser pensionista representar maior prevalência para incapacidade funcional, a mesma não permaneceu no modelo hierarquizado, quando acrescentadas as condições clínicas de saúde.

Tendo em conta a análise do rendimento familiar, verificamos que a maioria dos participantes auferem um rendimento mensal de baixo valor, dado que 50% (n=20) assume dispor de uma quantia que oscila entre 251 a 500€. É importante referir também, que se constata que os homens auferem valores superiores às mulheres. Analisando a relação entre esta variável e a incapacidade funcional, verificamos que existe diferença

estatisticamente significativa no momento da admissão e da alta, dado que os utentes que auferem menores rendimentos são aqueles que apresentam maiores incapacidades funcionais. Este resultado torna-se evidente se relacionarmos o facto de que, os baixos rendimentos impedem muitas vezes o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, o que vai de encontro ao estudo realizado por Afonso, Vânia (2015) acerca da Vulnerabilidade em Pessoas Idosas, que conclui que a maioria dos indivíduos da sua amostra afirmam ter disponível por mês um valor igual ou inferior a 485€, valor que se torna uma barreira ao envelhecimento saudável, pois Morris, et. al (2007) num estudo desenvolvido em Inglaterra conclui que através das despesas das pessoas e da base de dados do país em relação aos gastos com esta população, que o rendimento mínimo para uma vida saudável é 50% maior do que a pensão atribuída pelo estado.

Posteriormente analisou-se as variáveis de contexto familiar, visto que o contexto familiar dos utentes, quando avaliado de forma positiva pode exercer uma influência positiva na sua recuperação. Em relação á pergunta com quem reside obtivemos que a 50% (n=20) vive com o cônjuge, importando ressaltar que uma percentagem significativa dos elementos (32,5%, n=13) afirmam viver sozinhos. Vimos ainda que as mulheres, genericamente, vivem mais sozinhas 43,8% (n=7), enquanto que os homens vivem maioritariamente com o cônjuge com 58,3% (n=14). Relacionando esta variável com a incapacidade funcional constatamos que apenas existe diferença significativamente estatística no momento da admissão, sendo os que vivem com a família aqueles que apresentam maior incapacidade funcional. Este resultado revela-se contraditório tendo em conta o apresentado em outros estudos. Segundo Brito KQD, Menezes TN, Olinda RA, (2015) morar sozinho pode significar maior independência e saúde, todavia, a maior prevalência de incapacidade funcional foi verificada entre idosos que moravam sozinhos. Este facto pode ser justificado pela efectividade do suporte familiar da nossa amostra aquando de uma situação que leva ao aumento da dependência e conseqüente incapacidade funcional do seu familiar. Também não podemos descurar o facto de que nos encontramos num meio rural, de pequenas aldeias, em que o suporte familiar ainda é uma condição cultural. Assim sendo, a intervenção familiar deve ser uma opção que permita às famílias desenvolver competências para dar resposta aos desafios impostos pela doença, favorecendo assim a adaptação às necessidades Ferreira MSM, Pereira MG (2015). Também o estudo apresentado por Gonçalves (2012) mostra “que os idosos que apresentavam dificuldades no desempenho de determinadas atividades, tinham cuidadores que com o intuito de ajudar, tendia a fazer por ele. Esta ação substitutiva favorece a instauração progressiva da dependência, pois o idoso priva-se de praticar comportamentos ou atividades para as quais está capacitado” (Cerqueira, 2004).

Relativamente á variável responsável do internamento, observou-se que 67,5% (n=27) dos utentes foram internados pelos filhos/irmãos, como era de esperar, contudo em 10% (n=4) dos casos o papel dos vizinhos e amigos como responsáveis de internamento toma um lugar de destaque. Também autores como Pinto & Martins, (2013) referem que 44,1% dos cuidadores informais são cônjuges, (mulheres e homens) seguindo-se as filhas (38,2%) e noras (17,6%). Acrescentam ainda que “este papel é assumido inicialmente pelo cônjuge, seguindo-se os filhos e só na impossibilidade destes, o papel é assumido por outros familiares e/ou vizinhos/ amigos, o que vai de encontro ao Modelo Hierárquico de Shanas (1979, cit.in LAGE, 2007)”.

No que concerne ás visitas da família podemos verificar que 85% (n=34) dos utentes da nossa amostra responde de forma afirmativa, porém, 15% (n=6) dos inquiridos responde negativamente, sendo que destes, 20,8% (n=5) são homens. Relativamente á periodicidade das mesmas, verificamos que o maior grupo percentual, com 38,2% (n=13) são visitados semanalmente, e que as mulheres (40%, n=6) são visitadas com maior frequência (diariamente) do que os homens. Segundo Lourenço (2011) Os hábitos de visitar os parentes mostraram-se fatores protetores para a funcionalidade e bem estar dos utentes.

No que diz respeito á funcionalidade familiar, e tendo em conta que esta ocupa uma posição de enorme destaque na recuperação da independência funcional, podemos verificar que na nossa amostra 70% (n=28) dos participantes se encontra bastante satisfeitos com a ajuda que recebem da família, no entanto, 62,5% (n=25) refere desagrado quanto ao tempo que passam com a família. Importa ainda referir que os homens se encontram mais satisfeitos do que as mulheres nas diversas questões colocadas. Considerando os dados obtidos em função da classificação proposta pelos autores da escala de Apgar familiar, podemos observar que 42,5% (n=17) dos elementos da nossa amostra acha que a sua família é moderadamente funcional, 32,5% (n=13) altamente funcional e, por fim 25% (n=10) acha ter disfunções acentuadas. Importa ressaltar que os homens têm percepções mais extremadas, enquanto que as mulheres recaem essencialmente em valores moderados (56,2%, n=9). Relacionando esta variável com a incapacidade funcional dos utentes, constatamos que não existe relação estatisticamente significativa entre as mesmas, assim sendo, a percepção dos utentes sobre a funcionalidade da sua família não se relaciona com o grau de incapacidade funcional. Verificamos ainda que os utentes que percebem famílias com moderada disfunção são os que apresentam maior incapacidade funcional. Este facto é corroborado no estudo desenvolvido por Ferreira e, Pereira (2016) quando afirmam que quando a família é confrontada com novos problemas ou exigências, tenta manter o equilíbrio utilizando as capacidades e os recursos que possuía. O tipo de família extrema tem mais dificuldade em manter o equilíbrio utilizando os seus recursos/estratégias de coping, uma vez que a família equilibrada é caracterizada pela proximidade emocional dos seus elementos, com respeito

pela autonomia e identidade, bem como por fronteiras claras entre as gerações. Também Lage, Maria (2007) refere que a ajuda que tem subjacente uma atitude básica positiva em relação aos acontecimentos, aumenta o bem-estar e a coesão familiar e enriquece o modo de pensar e de viver, para além de aumentar a possibilidade de encontrar soluções alternativas e ajudar a controlar as emoções negativas. Ainda segundo Mendes et al. (2005:425) “nas famílias onde existe o excesso de zelo, o idoso torna-se progressivamente dependente, sobrecarregando a própria família, com tarefas executadas para o idoso, onde na maioria das vezes ele mesmo poderia estar realizando. Esse processo gera um ciclo vicioso e o idoso torna-se mais dependente”.

Considerando a caracterização clínica dos utentes, e relativa ao internamento na RNCCI nos últimos 6 meses, pudemos apurar que 84,6% (n=33) dos inquiridos não beneficiaram deste internamento, em contraposição com 15,4% (n=6) dos casos que tiveram esse benefício. Os que responderam afirmativamente são todos elementos do sexo masculino, e a grande maioria (83,3%) beneficiou de internamentos em unidades de convalescença, e 16,7% em UMDR. Os dados obtidos na análise da associação desta variável com a incapacidade funcional dos utentes, mostram que apenas existem diferenças estatisticamente significativas no momento da admissão, sendo que os que não apresentaram nenhum internamento na RNCCI nos últimos 6 meses, são aqueles que apresentam maior incapacidade funcional, dado que também nunca tiveram contato com a RNCCI e portanto com um programa de reabilitação.

A análise do diagnóstico principal na admissão revela que a doença vascular cerebral é o diagnóstico major (42,9%, n=15), precedido das fracturas, em 28,6% dos elementos (n=10). Também os dados da DGS (2006) confirmam que a prevalência do AVC aumenta com a idade, sendo uma das principais causas de grave deficiência e morte na União Europeia incluindo Portugal.

Constatámos que 95% (n= 38) da amostra, apresenta diagnóstico secundário e a sua origem é diversificada: as principais razões estão associadas a HTA (57,9%, n=22), seguido da Diabetes Mellitus tipo II (36,8%, n=14), doença cardíaca (28,9%, n=11) e doença vascular cerebral (26,3%, n=10), facto que vai de encontro ao apresentado pela Revista de Estudos Demográficos, que refere que relativamente à incidência de determinadas doenças crónicas, o Inquérito Nacional de Saúde de 1998/1999 (Continente) permite observar que a hipertensão e as dores nas costas são as mais frequentes entre a população idosa inquirida. Estas doenças, juntamente com a diabetes registam uma prevalência superior entre as mulheres. Também outros autores corroboram estes dados como Lima (2013), que afirma que as doenças cardiovasculares, hipertensão, AVC, diabetes, entre outras são as patologias que mais afetam a população idosa e Barbosa BR et al. (2014) conclui no seu estudo que as doenças crónicas constituem um factor de risco para incapacidade funcional

de idosos. Independente das demais variáveis, diabetes mellitus e doenças cardíacas tiveram associação com dependência em AVD; e Veiga (2015) no seu estudo afirma que O fator de risco mais representativo da sua amostra foi a HTA.

No que diz respeito ao tempo de permanência na instituição, observou-se que os utentes com internamentos mais longos (91-120 dias e ≥ 121 dias) são os que apresentam maiores incapacidades funcionais (na admissão), enquanto que no momento da alta os valores das médias mostram que a incapacidade funcional é maior nos três primeiros meses. Este facto torna-se pertinente, se considerarmos que o tempo médio para avaliar a efectividade do processo de reabilitação deverá ser de 6 meses após o seu início, daí a avaliação nos primeiros três meses ser um pouco precoce e pouco significativa. Deste modo somos levados a dizer que o tempo de internamento não está associado à incapacidade funcional destes utentes. Nesta linha de pensamento, importa referir que os utentes com internamentos mais longos são aqueles sujeitos às prorrogações do tempo de internamento, dado o seu elevado grau de dependência, ou presença de outros factores intrínsecos que podem condicionar o processo de reabilitação.

A terapia de Reabilitação é uma variável que para nós é muito importante, e após a sua análise verificamos que ela foi efectiva em 95% (n=38) dos elementos da nossa amostra; apenas 5% (n=2) respondeu negativamente. Dos dados observados constatamos que 100% das mulheres fez efectivamente terapia de reabilitação, e os 5% (n=2) que responderam negativamente são todos elementos do sexo masculino. Verificando a relação existente entre esta variável e a incapacidade funcional, observamos que a mesma não se revelou estatisticamente significativa. Estes dados são contraditórios a todos os estudos que referenciam o benefício extremo de um programa de reabilitação, no entanto no nosso estudo, podemos dizer que a realidade da Enfermagem de Reabilitação é recente, pelo que ainda não existe instituído no serviços cuidados estruturados e sistematizados que possam revelar benefícios. Quanto ao nº de horas semanais de reabilitação, vimos que 92.1% (n=35) da amostra fez em média 6 a 10 horas semanais, não existindo diferenças de género. A partir destes valores, e tendo em conta a correlação desta variável com a incapacidade funcional, constatamos que existe diferença estatisticamente significativa tanto no momento da admissão como da alta, demonstrando que são os utentes que fizeram 6 a 12h de reabilitação por semana aqueles que apresentam maior capacidade funcional, como seria de esperar, dado que a Reabilitação é um fator preponderante na promoção da capacidade funcional (Lima, 2013; Lourenço, 2011; Ferreira 2011).

A variável relativa à alteração da integridade cutânea, revela que 35% (n=14) da amostra total responde que este factor se encontrava presente, em percentagens similares entre o sexo masculino (37,5%, n=9) e feminino (31,2%, n=5). Esta alteração verifica-se em maior percentagem nas lesões por pressão, com uma correspondência de 57,1% dos casos (n=8),

precedidos por úlceras venosas em 28,6% (n=4) e por fim 14,3% (n=2) lesões traumáticas. Relacionando este factor com a incapacidade funcional, concluímos que apenas se verifica uma correlação no momento da alta (estatisticamente significativo), sendo que os que apresentam alteração da integridade cutânea são aqueles que apresentam maior incapacidade funcional. Este facto é corroborado no estudo apresentado por Lino, Lisa (2013:75) onde conclui que “a presença de ferida crónica acarreta diversas limitações ao seu portador, muitos são os estudos que evidenciam que a perda de mobilidade é muito significativa para os indivíduos, a perda de mobilidade leva à diminuição do nível de autonomia pessoal, logo a capacidade funcional do indivíduo é comprometida, podendo daí advir a dependência de outrem”. Pelos dados apresentados pelo Relatório de Monitorização da RNCCI podemos verificar que a incidência de UP na RNCCI em 2015 foi de 2,5% (3,2% no 1º semestre e 2,4% no ano de 2014), sendo de 29,4% nas UMDR (31% no 1º semestre e 27,6% no ano de 2014).

Quanto á ocorrência de quedas durante o internamento, pudemos verificar que estas ocorreram em 7,5% (n=3) dos elementos da nossa amostra, sendo que ocorrem em maior percentagem em elementos do sexo feminino (12,5%, n=2), em comparação com o sexo masculino (4,2%, n=1). Verificámos que destas quedas se encontravam associadas a alterações da mobilidade em 33,3% (n=1) da amostra, ao contrário de 66,7% (n=2) que refere não haver associação. Relacionando estes dados com a variável incapacidade funcional, constatámos que não houve diferenças estatisticamente estatísticas nos dois momentos (admissão e alta) e como tal, nesta amostra as quedas ocorridas não se relacionaram com a incapacidade funcional dos utentes. Este facto apresenta-se contraditório ao apresentado por Virtuoso Júnior JS, Martins CA, Roza LB, Paulo TRS, Ribeiro MCL, Tribess S, (2015:7) “a ocorrência de quedas em pessoas com idade superior a 65 anos é cerca de 30%, tendo como consequências, além de possíveis fraturas e risco de morte, o medo de cair, a restrição de atividades físicas, o declínio na saúde e o aumento do risco de institucionalização”. Também segundo o Relatório de Monitorização da RNCCI (2015) é descrito que a prevalência de quedas na RNCCI é de 24%, sobreponível ao valor de 2010 (18% no 1º semestre de 2014 e 22% no ano de 2014). A região com maior prevalência de quedas foi o Centro com 28% que em 2014 teve uma prevalência de cerca de 20%. Outro estudo (Lourenço, 2011) afirma que na variável queda, metade dos elementos da sua amostra apresentou queda no último ano, sendo que esta variável apresenta relação direta com a diminuição da capacidade funcional.

A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde, daí a importância da sua avaliação, controlo e registo eficazes por parte dos profissionais de saúde. Constatamos que a dor da amostra total no momento da admissão na UMDR oscila entre o valor mínimo de 1 (dor ligeira) e um

máximo de 5 (dor intensa), correspondendo-lhe uma média de 1.35. No momento da alta, constatamos que o valor oscila entre um mínimo de 1 (dor ligeira) e 4 (dor moderada), correspondendo-lhe uma média de 1,15. Podemos assim concluir que existe de facto, uma melhoria da dor no momento da alta, o que revela preocupação na sua monitorização.

Em termos classificativos verificamos que no momento da admissão 25% (n=10) dos utentes não apresentam dor, 60% (n=24) apresenta dor leve, 15% (n=6) dor moderada, e, não menos importante o facto de que nenhum elemento refere dor intensa. No momento da alta, mais uma vez se verificam melhorias, dado que 42,5% (n=17) refere não ter dor, 42,5% (n=17) refere dor leve 12,5% (n=5) dor moderada e surpreendentemente um elemento (2,5%, n=1) refere dor intensa. Relacionando este factor com a incapacidade funcional, observamos que não existe associação estatisticamente significativa, nem no momento da admissão, nem no momento da alta, pelo que podemos afirmar que na nossa amostra a dor é independente da incapacidade funcional dos utentes. Estes dados são contraditórios aos apresentados por outros autores, como por exemplo Maia et al. (2008), que refere que a intensidade da dor como o maior preditor de incapacidade. Figueiredo VF, Pereira LSM, Ferreira PH, Pereira AL, de Amorim JSC (2013) refere no seu estudo que a dor é uma condição subjetiva e pessoal, sendo influenciada por fatores sociais, mentais, culturais e espirituais; no caso do idoso, há maior resiliência em relação à ocorrência da dor.

O estudo realizado por Brito, Menezes & Olinda (2015:5) no Brasil, demonstra que a incapacidade funcional “constitui um importante agravo à saúde do indivíduo idoso, dado que entre as suas consequências está a impossibilidade de realizar actividades cotidianas, que interfere significativamente na sua qualidade de vida”, pelo que se verifica de extrema importância, a avaliação e monitorização do nível de dependência dos mesmos, no sentido da melhoria continua do processo de Reabilitação. Este facto é corroborado pelo descrito no Relatório de monitorização da RNCCI (2015) onde pode ler-se que no âmbito dos motivos de referenciação com registos válidos, a Dependência de AVD é o principal motivo com 91% (sobreponível a períodos anteriores).

O nível de dependência dos utentes para a realização das actividades básicas de vida diária foi avaliado através do Índice de Barthel em dois momentos distintos: admissão e alta. Neste estudo, e através dos dados obtidos constatamos que ocorreu uma melhoria significativa em todas as dimensões avaliadas pela escala. Desta forma, no momento da admissão, a nível da alimentação temos que 32,5% (n=13) dos elementos eram completamente dependentes, tendo no momento da alta este número reduzido para 15% (n=6) do total dos elementos. Na dimensão transferências encontramos níveis maiores de dependência, visto que no momento da admissão havia 77,5% dos utentes completamente dependentes (n=6) e/ou com necessidade de ajuda de outra pessoa (n=25), enquanto que no momento da alta o valor reduz para 37,5% (n=2/ n=13 respectivamente). Em relação á dimensão toalete, no

momento da admissão 87,5% (n=35) dos elementos era dependente, enquanto que esse valor reduz-se para 55% (n=22) no momento da alta. Na utilização do WC no momento da admissão constatámos que eram completamente dependentes 52,5% (n=21) dos elementos, e no momento da alta apenas 25% (n=10), com uma melhoria significativa. Na dimensão banho no momento da admissão 90% (n=36) dos utentes era dependente, tendo no momento da alta reduzido para 75% (n=30). A análise da dimensão mobilidade demonstra níveis de dependência elevados, visto que no momento da admissão 62,5% (n=25) dos elementos se encontrava imóvel ou então em cadeira de rodas (17,5%, n=7), contudo, no momento da alta os utentes imóveis passaram a 25% (n=10) e os de cadeira de rodas aumentaram para 27,5% (n=11). No subir e descer escadas, no momento da admissão 85% (n=34) dos utentes era dependente, tendo posteriormente reduzido para 55% (n=22) no momento da alta, o que acompanha a evolução positiva de melhoria. Importa referir, que da totalidade da amostra, no momento da admissão apenas um elemento (2,5%) era independente nesta dimensão, tendo no momento da alta aumentado para 12,5% (n=5). Quanto á capacidade para vestir, estavam no momento da admissão 62,5% (n=25) dos elementos incapacitados para o fazer, tendo no momento da alta o valor reduzido para 22,5% (n=9). No momento da admissão 10% (n=4) já eram independentes no desempenho desta AVD, sendo que no momento da alta verificamos o aumento para 22,5% (n=9). Considerando o controle intestinal, verificamos que no momento da admissão 37,5% (n=15) dos utentes era incontinente ou precisava de uso de clisteres, tendo este valor reduzido o momento da alta para 27,5% (n=11). Da totalidade da amostra, verificamos que já no momento da admissão 35% (n=14) controlava perfeitamente, tendo no momento da alta aumentado para 52,5% (n=21). Por fim, analisando a dimensão controle urinário, verificamos que no momento da admissão 42,5% (n=17) dos utentes era incontinente, e no momento da alta este valor reduziu para 25% (n=10).

Resumindo, as actividades onde foram encontrados maiores níveis de incapacidade foram na toalete, utilização do WC, banho, mobilidade, subir e descer escadas e vestir. Contudo em todas elas ocorreram melhorias significativas, o que significa que o internamento na RNCCI tem impacto positivo na funcionalidade dos utentes. Podemos corroborar estes dados no estudo apresentado por Veiga (2015) onde este afirma que relativamente as AVD no momento da alta, observamos que os participantes evoluíram menos no vestir/despir em que 59,3% eram independentes, 62,3% eram independentes no banho e 51,2% eram independentes no subir/descer escadas. Contrariamente a estes resultados, no estudo apresentado por Barbosa et al. (2014) isto não se verifica, pois onde a maior frequência de dependência em ABVD foi para a incontinência urinária, como encontrado em outros estudos. Este facto torna-se preocupante, dado que, as alterações na autoestima e autoimagem, influenciam nas atividades instrumentais de vida diária. Também Dias e Lobo

(2012), verificaram que as atividades em que os utentes tiveram mais evolução, após a implementação de um programa de reabilitação, foram a atividade transferência cadeira/cama, uso do sanitário, usar escadas e vestir-se.

De acordo com os níveis classificativos da incapacidade, medidos pela escala e propostos pelos autores, pudemos constatar que no momento da sua Admissão, não existia nenhum elemento da amostra sem incapacidade ou seja nenhum era totalmente independente, apenas 2,5% apresentava incapacidade ligeira, 20% incapacidade moderada e 77,5% apresentava incapacidade grave. Estes dados diferem do estudo apresentado por Lourenço (2011) que conclui que no domínio motor, nas dimensões de autocuidado, controle de esfíncteres, transferências e locomoção os idosos, a maioria é independente; poucos apresentaram dependência mínima à moderada e a minoria dependência completa em algumas tarefas. No momento da Alta a realidade funcional dos utentes era diferente, uma vez que já existiam 10% sem incapacidade (independentes), 7,5% apresentava incapacidade ligeira, 30% incapacidade moderada, e ainda assim temos 52,5% dos participantes com incapacidade grave. No estudo apresentado por Veiga (2015), em relação as AVD, observamos que todos os participantes mostraram melhorias significativas no seu desempenho, desde a admissão até ao momento da alta, logo houve diminuição do grau de dependência e conseqüente aumento de independência e reabilitação funcional.

Existem outros autores que corroboram estes dados, tais como no estudo desenvolvido numa ULDM do Caniço, (Madeira) por Vieira et al. (2015) onde verificaram existir uma diminuição significativa da dependência grave.

Corroboramos os dados do Relatório de monitorização da RNCCI (2015) que demonstram que o elevado grupo etário e nível de autonomia na admissão, podem condicionar o sucesso da intervenção, uma vez que os objectivos a atingir estão delineados no processo clínico e não no aplicativo informático e conseqüentemente não é possível efectuar extrapolações no que se refere aos objetivos em autonomia na alta. Referindo ainda este mesmo relatório, comparando o número de doentes autónomos e independentes na admissão com o número de autónomos e independentes na alta, globalmente na alta, existem em UMDR 2,8 vezes mais.

5. Conclusões

Na realização deste estudo deparamo-nos com algumas limitações, nomeadamente a nível da amostra em estudo, dado o facto de na unidade onde o mesmo foi realizado apenas ter uma lotação de 42 camas, o que leva a que a amostra seja limitada, tendo em conta as vagas existentes na altura da colheita dos dados.

Para nós a novidade do tema do estudo, traduziu-se numa limitação, uma vez que em termos de revisão bibliográfica, tivemos dificuldade em encontrar estudos já realizados no âmbito da RNCCI, que nos permitissem comparar dados em virtude de serem áreas pouco exploradas.

O objetivo geral deste estudo pretendia avaliar o grau de dependência dos utentes em dois momentos do seu internamento: admissão na UMDR e no momento da alta clínica, com recurso á utilização do Índice de Barthel. Pensamos que os resultados obtidos na presente investigação, respondem claramente a este objetivo, bem como aos objetivos secundários inicialmente definidos.

Para alcançar os objetivos, recorreremos a um estudo transversal, orientado numa lógica descritivo-correlacional, que contou com uma amostra de 40 indivíduos, acompanhados na UMDR desde o momento da admissão até á alta clínica. Dos 40 sujeitos da amostra concluiu-se que, no que se refere aos aspetos sociodemográficos, 24 eram do género masculino e 16 do género feminino, apresentando uma média de idades de 74,83 anos. Os elementos da amostra são maioritariamente casados 60%, com baixo nível de escolaridade, (67,5% da amostra com 4 a 6 anos de escolaridade), 87,5% dos elementos se encontra reformado e com baixo rendimento familiar (50% dispõe de uma quantia que oscila entre 251 a 500€).

No que concerne á caracterização familiar podemos inferir que vivem na sua maioria com o cônjuge (72,2%), e que no momento do internamento a maioria apresenta como responsáveis do mesmo os seus filhos/irmãos (67,5%). 85% dos inquiridos afirma ter visitas frequentes dos familiares, com a maioria a serem realizadas semanalmente (38,2%) e tendencialmente as mulheres são visitadas com mais frequência do que os homens. Da amostra total 70% dos elementos mostra-se bastante satisfeito com a ajuda que recebe da sua família, destes são em maior número do género masculino, e da sua totalidade 42,5% classifica a sua família como moderadamente funcional.

No que respeita à caracterização clínica constou-se que 84,6% dos utentes não teve internamentos nos últimos 6 meses, e que o diagnóstico principal de entrada na RNCCI foi a doença vascular cerebral (42,9%). Relativamente aos fatores de risco, a HTA é o mais prevalente, sendo verificada em 57,9% dos casos, seguida da diabetes (36,8%). Quanto ao

tempo de internamento verificamos que 42,5% dos utentes esteve internado entre 60-90 dias, o que corresponde ao tempo preconizado para UMDR. Da amostra total, foram sujeitos á realização de um programa de reabilitação 95% dos elementos com a maioria a dispor de 6 a 10h semanais (92,1%). 35% dos elementos apresentavam alteração da integridade cutânea (57,1% úlcera de pressão), e ocorrência de quedas em 7,5% dos casos. No que concerne á dor, verificamos que no momento da admissão esta oscila entre um valor médio de 1,35 (dp=1,29), com 25% dos elementos “sem dor”, sendo que no momento da alta apresenta um valor médio de 1,15 (dp= 1,16) e 42,5% dos elementos não apresenta dor.

Já no que se refere à incapacidade funcional, no momento da admissão: verificamos que 77,5% apresentava um nível de incapacidade grave, e que nenhum dos elementos se verificou totalmente independente neste momento. No momento da alta, a percentagem de elementos com incapacidade grave reduziu para 52,5% e existiam 10% dos elementos sem incapacidade, portanto independentes.

Da análise dos dados concluiu-se que neste estudo existem diferenças significativas quando avaliada a incapacidade funcional pelas suas várias dimensões do que no todo. Analisando pelas dimensões, verificamos que as actividades onde foram encontrados maiores níveis de incapacidade foram na toalete, utilização do WC, banho, mobilidade subir e descer escadas e vestir. Contudo existem melhorias nas diferentes actividades o que significa que o internamento na RNCCI tem impacto positivo na funcionalidade dos Utes.

Conforme realçado em anos anteriores, 75% dos utentes internados em UMDR representam necessidade de Reabilitação, e a realização de um programa individualizado e centrado no utente, com a avaliação inicial das suas incapacidade e constante reavaliação ao longo do internamento são premissas fundamentais para o sucesso do mesmo, de forma a traduzir-se em ganhos em saúde, tais como: diminuição do número de dias de internamento; diminuição do número de reinternamentos; maior autonomia nas AVD's; maior independência funcional. No entanto, são os enfermeiros de reabilitação, que pelas suas competências acrescidas e específicas, lhe permitem intervir a um nível de complexidade mais elevado, promovem a máxima autonomia e independência das pessoas portadoras de défices potencialmente recuperáveis e, a manutenção daqueles cujos défices são irreversíveis, centrando a sua intervenção em focos específicos. Desta forma, são os enfermeiros de reabilitação, pelas suas competências, que se encontram aptos a integrar todas as vertentes dos cuidados necessários à pessoa com incapacidade no desempenho do autocuidado, tendo em conta as necessidades e os objetivos terapêuticos delineados para cada pessoa, estimulando a autonomia e promovendo a independência.

Verifica-se uma melhoria significativa da RNCCI, no entanto esta ainda apresenta algumas limitações, não se verificando efetiva face ás necessidades, o que leva ao aumento da taxa de reinternamentos. Para além disso, verificamos que apesar da proximidade com as

famílias, não nos parece que estas se encontrem preparadas para lidar com a situação actual do seu familiar, pelo seu nível de dependência ou até pela falta de condições e conhecimento para fazer face a esta realidade. Desta forma, é emergente que as estratégias de intervenção envolvam a família no processo de reabilitação o que implica uma intervenção conjunta com a restante equipa multidisciplinar, através da reunião multidisciplinar. “O planeamento da alta é de facto um processo complexo, que deve ser iniciado desde a admissão até ao dia da alta propriamente dito. Este processo implica a efectivação de uma série de procedimentos, nomeadamente a criação de um plano de alta, o qual deve envolver o doente, os profissionais de saúde (em especial os enfermeiros) e a família” (Pinto, 2013:7).

É possibilitado assim, a consciencialização efetiva do prognóstico da incapacidade da pessoa, gerir as expectativas, esclarecer dúvidas, familiarizá-los com os aspetos com que se irão, mais tarde, confrontar e também ajudar a eleger o membro da família, para assumir o papel de prestador de cuidados.

“Orientações para a manutenção da capacidade funcional e a prevenção de incapacidades nem sempre coincidem com a realidade social das populações, daí a importância dos estudos desenvolvidos com o propósito de identificar os aspectos relacionados ao declínio da autonomia e da independência” (Minosso et al. 2010:17).

De acordo com os resultados encontrados consideramos que existe ainda um longo caminho a percorrer nesta área da ciência.

Lista de Referências

- Afonso, Vânia Prates (2015). *Vulnerabilidade em pessoas idosas residentes na comunidade*. Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Envelhecimento. Acedido em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/15718/1/Afonso%20Vania%20TM%202015.pdf>
- Alves, Luciana Correia; Leite, Iúri da Costa; Machado, Carla Jorge (2010). *Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível*. *Rev Saúde Pública* 2010;44(3). Artigo disponível em português | inglês. Acedido em www.scielo.br/rsp
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). *Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos*. *Millenium*, 40: 185-199. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/13.pdf>
- Apóstolo, João Luis Alves (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em http://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/86323.pdf>
- Azeredo, Zaida (2003). *O doente com AVC e o prestador de cuidados*. *Geriatria*, nº 15, pp. 27-30. **Acedido em** <http://www.scielo.br/geriatria>
- Barata, Ana Cristina Neves Duarte Nunes (2012). *Indicadores e ganhos em saúde: grau de dependência dos utentes, desde a admissão até à alta de uma unidade de cuidados continuados de longa duração*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10216/15740/2/86323.pdf>

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8073/1/Ana%20Cristina%20Neves%20Duarte%20Nunes%20Barata.pdf>

Barbosa, BR et al. (2014). *Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8):3317-3325.

DOI: 10.1590/1413-81232014198.06322013

Bonardi, G; Azevedo e Souza, VB; Moraes, JFD (2007). *Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde*. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 138-144. Acedido em

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/download/1647/2146>

Brito, KQD; Menezes TN; Olinda RA. *Incapacidade funcional e fatores socioeconômicos e demográficos associados em idosos*. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):633-41.

Acedido em

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680409i>

Burnay, Rita Maria Pires Pisana (2011). *A passagem à reforma*. [Em linha] Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas Universidade Nova de Lisboa. Acedido em

<https://run.unl.pt/bitstream/10362/5638/1/Burnay%20Rita%20TM%202011.pdf>

Caldas, Célia Pereira (2003). *Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):773-781.

Acedido em

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300009>

Campos, Sara Filipa Barros de (2014). *Necessidades da Família em Cuidados Intensivos*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77954/2/108992.pdf>

Cardoso, Maria José da Silva Peixoto de Oliveira (2011). *Promover o bem-estar do familiar cuidador programa de intervenção estruturado*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto. Acedido em

http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9756/1/Promover%20bem-estar%20FC_Program%20de%20interven%C3%A7%C3%A3o%20estruturado.pdf

Carvalho, Ana Paula Leite Pereira de (2013). *A Institucionalização da Pessoa Idosa*. Dissertação de Mestrado. Covilhã. Acedido em <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2747/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Ana%20Paula%20Carvalho%20Parte%20I.pdf>

Carvalho, M.I.L.B. (2010). *Os Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social no Concelho de Cascais*. Lisboa: ICSTE/IUL. Dissertação de Doutoramento. Acedido em <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/2364>

Chau, Fernando et al. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Centro de estudos dos povos e culturas de expressão portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Acedido em http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf

Correia, Costa (2012). *Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular de Fontes de Informação Sociológica. Faculdade de Economia. Coimbra. Acedido em <http://www4.fe.uc.pt/fontes/trabalhos/2012016.pdf>

Costa, Anabela (2012). *A família cuidadora perante a dependência do seu familiar idoso*. Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Envelhecimento. Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade Nova de Lisboa. Acedido em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/8479/1/Costa%20Anabela%20TM%202012.pdf>

Costa, Andreia Sofia Marques (2012). *Dependência Funcional: Implicações ao nível da Depressão Geriátrica*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. Braga. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/13698>

- Costa, Filipa Cardoso (2013). *A solidão como fator de risco para a depressão, na terceira idade*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. Setembro. Braga. Acedido em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15862/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Filipa.pdf>
- Cunha, Cristina; Monteiro, Elsa; Ribeiro, Graça; Amaral, Maria; Martins, Teresa (2007). *A Importância da Enfermagem de Reabilitação no Cuidar de Idosos*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu. P. 168. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2666/1/Independ%C3%Aancia%20Funcional%20e%20Regresso%20ao%20Domicilio.pdf>
- Decreto-lei n.º 309-A/2000 de 30 de Novembro (2000). Alterações à lei n.º 265/99, de 14 de Julho. Regula a protecção social nas situações que envolvem um grau mais elevado de dependência, *complemento por dependência*. D.R., 1ª Série-A. Acedido em <https://dre.tretas.org/dre/123393/>
- Decreto-Lei nº 101/2006. (2006, Junho 6). Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, 1 (109), pp.3856-3856. Acedido em https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf
- Dias, Maria Olívia (2011). *Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica o processo de comunicação no sistema familiar*. *Gestão e Desenvolvimento*, 139-156. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/9176>
- Duarte, Maria Cristina Alves (2014). *Processo de cuidados do enfermeiro e enfermeiro de reabilitação em unidades de convalescença*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para obtenção do grau de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9520/1/tese%20%C3%BAltima%20vers%C3%A3o.pdf>

- Duarte, Susana Filomena Cardoso (2010). *Continuidade em cuidados domiciliários: o papel do enfermeiro*. Tese apresentada á Universidade de Lisboa para obtenção do grau de Doutoramento em enfermagem. Lisboa. Acedido em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3816/1/ulsd060954_td_Susana_Duarte.pdf
- Ferreira, Maria de Fátima (2009). *Cuidar no domicílio: avaliação da sobrecarga da família / cuidador principal no suporte paliativo do doente oncológico*. Cadernos de Saúde Vol. 2, N.º 1 – pp. 67 - 88. Acedido em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9871/1/CS%202.1%20%285%29.pdf>
- Ferreira, Alexandra & Martins, Rosa (2011). *Independência funcional em idosos domiciliados: intervenção de enfermagem de reabilitação*. Acedido em [www:<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1660/1/FERREIRA%20Alexandra%20Sofia%20Mota%20Felix%20%20Independ%C3%AAncia%20Funcional%20em%20Idosos%20Domiciliados.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1660/1/FERREIRA%20Alexandra%20Sofia%20Mota%20Felix%20%20Independ%C3%AAncia%20Funcional%20em%20Idosos%20Domiciliados.pdf)
- Ferreira, Maria Salomé Martins; Pereira, Maria da Graça (2015). *O papel moderador do tipo de família na relação entre incapacidade funcional e qualidade de vida em doentes com lombalgia crónica*.
DOI: 10.1590/1413-81232015211.01012015
- Ferreira, OGL; Maciel, SC; Costa, SMG; Silva, AO; Moreira, MASP (2012). *Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 513-8. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>
- Figueiredo, VF; Pereira, LSM; Ferreira, PH; Pereira, AL; de Amorim JSC (2013). *Incapacidade funcional, sintomas depressivos e dor lombar em idosos*. ISSN 0103-5150 Fisioter. Mov., Curitiba, v. 26, n. 3, p. 549-557. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n3/a08v26n3.pdf>
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Franco, Glória Daniela Pontes Barbosa (2013). *Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa ULDM: percepções dos enfermeiros*. Viana do Castelo. Acedido em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1212/1/GI%C3%B3ria_Franco.pdf

Freitas, MC; Queiroz, TA; Sousa, JAV (2010). *O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos*. Rev Esc Enferm USP; 44(2):407-12. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/24.pdf>

Gonçalves, Estela Vieira (2012). *Dependência dos idosos no domicílio e sobrecarga dos cuidadores*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Coimbra. Acedido em <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=101665&code=1fb3e74f29fa374ea7fc086181af92c7f608c544>

Instituto da Segurança Social, I.P. *Guia prático rede nacional de cuidados continuados integrados Guia da rede nacional de cuidados continuados integrados (2014)*. (N37 – v4.16). Novembro. Acedido em http://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rnci

Instituto Nacional de Estatística (2016). Acedido em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt

Lage, Maria Isabel Gomes de Sousa (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7243/4/TESE%20DISCUSS%C3%83O%2008%20ABRIL.pdf>

Lino, Lisa Adriana Vieira (2013). *Dependência funcional e auto-estima na pessoa com ferida crónica*. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual. Acedido em

<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11625/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20MFVT%20-%20Dependencia%20Funcional%20e%20Auto-Estima%20da%20pessoa%20com%20Ferida%20Cronica.pdf>

Lopes, Lídia (2007) - *Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família* - VOL. 25, Nº. 1. Pag. 39-46. Acedido em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/03-07.pdf>

Loureiro, Alice Maria Silva (2011). *Satisfação necessidades familiares doentes internados em UCI*. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1648>

Lourenço, Tânia Maria (2011). *Capacidade funcional do idoso longo admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba* – PR. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de PósGraduação Enfermagem, área de concentração, Prática profissional em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Acedido em [www:<http://www.ppgenf.ufpr.br/DISSERTACAOTANIALOUREN%C3%87O.pdf](http://www.ppgenf.ufpr.br/DISSERTACAOTANIALOUREN%C3%87O.pdf)

Maia et al. (2008). *Incapacidade funcional associada à lombalgia em cuidadores de crianças com paralisia cerebral grave*. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.15, n.4, p.349-54, out./dez. 2008. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/fp/v15n4/06.pdf>

Marques, S.; Rodrigues, R.;Kusumota, L. – *O idoso após acidente vascular cerebral. Alterações no relacionamento familiar*. Revista Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão preto. ISSN0104-1169,14:3 (2006) 364-71. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a09.pdf

Mendes, MRSSB; Gusmão, JL; Faro, ACM; Leite, RCBO; (2005). A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. Acta Paul Enferm. 2005;18(4):422-6. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>

- Mesquita, Maria Fernanda Pereira (2012). *Incapacidade funcional dos idosos após fratura da extremidade superior do fémur*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1668>
- Minosso, JSM et al. (2010). *Prevalência de incapacidade funcional e dependência em idosos atendidos em um centro de saúde-escola da universidade de São Paulo*. *Cogitare Enferm* 2010 Jan/Mar; 15(1):12-8. Acedido em <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/17138/11281>
- Nogueira, J.M. de Abreu (2009). *Cuidados Continuados – Desafios. Unidade de Missão para os cuidados Continuados Integrados*. Acedido em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Cuidados-Continuados-Desafios-2009.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Parayba, Maria Isabel; Crespo, Cláudio Dutra (2008). *Diferenciais sociodemográficos na incapacidade funcional dos idosos no Brasil: uma análise das informações do censo demográfico*. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu- MG – Brasil. Acedido em http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1157.pdf
- Parayba, MI et al. (2005). *Incapacidade Funcional entre as mulheres idosas no Brasil*. *Revista de Saúde Pública* 2005;39(3):383-91. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300008
- Pereira, M. Graça & Roncon, Joana (2010). *Relacionamento familiar em pessoas idosas*. *Universidade do Minho*. Braga 2A.O.S.S. Vicente Paulo, Porto. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 2010, 11 (1), 41-53. Acedido em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862010000100004

- Petronilho, Fernando (2016). *Ganhos em Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - o caso dos dependentes acompanhados pelos prestadores de cuidados da área de abrangência da ECL do ACES do Alto Ave*. Acedido em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/42603/1/Ganhos%20em%20saude%20na%20RNCCI.pdf>
- Pinto, E. M. E. M., & Martins, R. M. L. (2013). *Regresso do doente ao domicílio: Importância do nível de dependência e do apoio familiar*. *Servir*, 58 (1-2), 79-89. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2666>
- Portugal, Ministério da Saúde (2011). *Manual do Prestador – Recomendações para a melhoria contínua*. Acedido em http://www.acss.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde (2016). Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS. *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 1º Semestre de 2015. Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 1º Semestre 2015*. Acedido em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2015.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde. *Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) Conclusões (2013)*. Março. Acedido em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Implementacao_Monitorizacao_RNCCI_Relatorio_Final_marco-2013_Concl.pdf
- Portugal, Ministério do trabalho e da solidariedade social: gabinete de estratégia e planeamento (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. ISBN: 978-972-704-348-4.

Pinto, E.M.E.M., & Martins, R. M. L. (2013). *Regresso do doente ao domicilio : Importância do nível de dependência e do apoio familiar*. *Servir*, 58(1-2), 79-89. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2666>

Revista de Estudos Demográficos (2002) . *O Envelhecimento em Portugal : Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Estudo elaborado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População no âmbito da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Madrid 2002, e divulgado em 8 de Abril de 2002 em www.ine.pt

Santos, Carla Alexandra Macedo dos (2011). *Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados – O Idoso, a Alta e a Capacidade Funcional*. Braga. Acedido em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12011/1/Tese%20Final%202011%20Carla%20Santos.pdf>

Saraiva, Dulce Maria Ferraz (2011). *O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador*. Tese de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e à Faculdade de Economia. Vol. I. Coimbra. Acedido em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17858/1/TESE_MISIE_SET2011.pdf

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sousa, Ângela Almeida de (2012). *Enfermeiro promotor da adaptação da família com idoso em situação de doença crónica*. Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Santarém. Acedido em <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1259/1/Enfermeiro%20promotor%20da%20adapta%C3%A7%C3%A3o....pdf>

Tavares, Keila Okuda; Scalco, Janaína Cristina; Vieira, Lizyana; Silva, Joseane Rodrigues da & Bastos, Carmen Célia Correia Barradas. (2012). *Envelhecer, adoecer e tornar-se dependente: a visão do idoso*. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(3). São Paulo (SP), Brasil, 2012, jun.: 105-118.
ISSN 2176-901X - Print ISSN 1516-2567.

- Valadas, Tânia Isabel Caeiro (2013). *Efeitos de um Programa de Fisioterapia na dor e incapacidade funcional em indivíduos institucionalizados com Osteoartrose do joelho*. Dissertação apresentada á Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa para obtenção do grau de Mestrado em Fisioterapia. Acedido em <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/4024/1/Efeitos%20de%20um%20programa%20de%20fisioterapia%20na%20dor%20e%20incapacidade%20funcional%20em%20indiv%20C3%ADduos.pdf>
- Veiga, Liliana Marisa Coimbra (2015). *Reabilitação funcional após Acidente Vascular Cerebral: resultados de uma Unidade de Convalescença*. Apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11997/1/Liliana%20Marisa%20Coimbra%20Veiga.pdf>
- Vieira, Délia; Freitas, Marisela; Viera, Nídia; Vieira, Sandra (2015). *Programa de Melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem na Unidade de Internamento de Longa Duração Atalaia Living Care – Avaliação do Grau de dependência dos utentes*. Caniço. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/UnidadeInternamentoLongaDuracao_AtalaiaLiving_Care_AvaliacaoGrauDependenciaUtentes_Madeira.pdf
- Virtuoso, Júnior JS; Martins, CA; Roza, LB; Paulo, TRS; Ribeiro, MCL; Tribess, S Brito KQD; Menezes, TN; Olinda, RA (2015). *Functional disability and socioeconomic and demographic factors in elderly*. Rev Bras Enferm. 2015;68(4):633-41. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 24(2): 521-9.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680409i>
- Rosa, Marta Maria Gonçalves (2011). *Para uma didáctica da aprendizagem em cuidados continuados – um contributo*. Candidatura ao concurso para atribuição do Título de Especialista da carreira docente do Ensino Superior Politécnico, na Escola Superior de Saúde de Santarém – Instituto Politécnico de Santarém. Acedido em <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/653/1/Trabalho%20concurso%20especialista%20Marta%20Rosa.pdf>

ANEXOS

**ANEXO I – Pedido de Autorização a Santa Casa da Misericórdia de Seia para a
realização da colheita de dados**



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102
3500-843 VISEU
Tel. 232 419 100
Telex. 951 011 500
Fax: 232 428 343



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Ex.Sr:
Presidente

| VOSSA REFERÊNCIA | | NOSSA REFERÊNCIA | |
|------------------|-------|------------------|-----------------|
| Ofício nº: | Data: | Ofício nº | Data: /.../2016 |
| Processo: | | Processo: 70 | |

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

Actualmente existe um elevado número de pessoas em situação de dependência, com algum tipo de incapacidade funcional que necessitam ingressar na Rede Nacional de Cuidados Continuados com o intuito de se promover uma melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social. Neste sentido e tendo em conta que a esperança influencia o bem-estar estando ligada à existência, tanto física como emocional e espiritual é fundamental percebermos até que ponto a esperança pode ajudar a pessoa a lidar com o sofrimento e com o futuro.

No âmbito da unidade curricular de Investigação, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Micaela Garcia Domingues, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação estão a realizar um estudo subordinado ao tema "A Esperança em Doentes internados em Unidades de Cuidados Continuados". Pretende-se com este estudo avaliar níveis de esperança nestes Doentes assim como identificar determinantes socio-demográficos, clínicas e psicossociais associados a essa esperança. Tendo em conta os nossos objectivos iremos recorrer a um estudo de natureza quantitativa do tipo descritivo – correlacional e transversal.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne autorizar a recolha de dados/informação, aos utentes com internados na Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Seia, nas valências de Média Duração e Reabilitação e de Longa Duração e Manutenção, no período de 10 a 30 de abril de 2016.

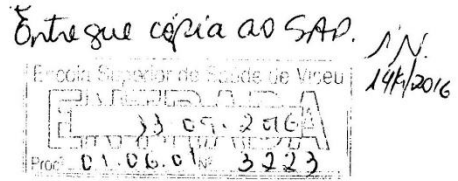
Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

ANEXO II – Autorização para colheita de dados pela Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Seia



SANTA CASA
MISERICÓRDIA DE SEIA



À
Escola Superior de Saúde de Viseu
A/C Exmo. Sr. Dr. Carlos Pereira
Rua D. João Crisóstomo Gomes
de Almeida, nº 102
3500-843 Viseu

V/Ref. ESSV 0650
Data: 30-aug-16
N/ Ref. 302/2016
Data: 2016/09/08

Dr. Carlos Pereira
13/9/2016

Assunto: Pedido de autorização para a realização de colheita de dados

Exmos. Senhores,

Acusamos a receção do ofício de V. Exa. e que mereceu a nossa melhor atenção.

Informamos que a Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Seia autoriza a recolha de dados/ informações, por parte da estudante Tânia Filipa Reis Henriques, no período de setembro a outubro de 2016, na Unidade de Cuidados Continuados desta Instituição, na valência Média Duração e Reabilitação, no âmbito do estudo subordinado ao tema "Impacto do Internamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) na melhoria do nível de dependência dos utentes", do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

Com os melhores cumprimentos nos subscrevemos.

De V. Exas.
Atenciosamente,
O Provedor

Alcides Henriques
(Alcides Henriques, Dr.)

/SM

ANEXO III – Autorização para colheita de dados pela Comissão de Ética da ESV



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
COMISSÃO DE ÉTICA

FORMULÁRIO PARA A AVALIAÇÃO ÉTICA DE PROJECTOS

PARECER Nº 18/2016

Parecer 4.º o. 18/16

| | |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estudante(s) | Tânia Filipa Reis Henriques |
| Orientador(es) | Profª Doutora Rosa Martins |
| Curso | 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação |
| No âmbito de | Unidade curricular de Monografia II |
| Identificação do Estudo/Projecto | IMPACTO DO INTERNAMENTO NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS NA MELHORIA DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA DOS UTENTES |
| Data de submissão | 26/08/2016 |
| Relator | Prof. Doutora Joana Araújo <i>Joana Araújo</i> |
| A presidente da CE da ESSV | Prof. Doutora Ernestina Silva |

PARECER

| | | |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (A proposta é eticamente aceitável) | MOTIVOS: |
| <input type="checkbox"/> | PARECER ÉTICO CONDICIONADO A AVALIAÇÃO (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos) | MOTIVOS: <i>(ver requisitos)</i> |
| <input type="checkbox"/> | PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL (como tal, o projecto não pode ser aprovado) | MOTIVOS: |

ANEXO IV – Declaração de Consentimento Informado



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

Relatório Final

ÁREA CIENTÍFICA: Enfermagem de Reabilitação

INVESTIGADOR ORIENTADOR: Professora Doutora Rosa Martins

INVESTIGADOR COLABORADOR: Tânia Filipa Reis Henriques

CURSO: V Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Impacto do internamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) na melhoria do nível de dependência dos utentes

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO
INFORMADO
AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:**

Viseu, Agosto 2016



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do Vº Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema: **"Impacto do internamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) na melhoria do nível de dependência dos utentes"**.

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) autorizo a participação neste estudo:

_____ (localidade), __/__/____

Assim, depois de devidamente informado (a) autorizo a participação neste estudo:

_____ (localidade), __/__/____

Nome: _____

Assinatura do Participante: _____

Se não for o próprio a assinar:

Nome: _____

BI/CD n.º: _____, data/validade __/__/____

Morada: _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida:

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____

ANEXO V – Instrumento de Colheita de Dados



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

Relatório Final

ÁREA CIENTÍFICA: Enfermagem de Reabilitação

INVESTIGADOR ORIENTADOR: Professora Doutora Rosa Martins

INVESTIGADOR COLABORADOR: Tânia Filipa Reis Henriques

CURSO: V Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**Impacto do internamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
(RNCCI) na melhoria do nível de dependência dos utentes**

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Viseu, Agosto 2016



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

ÁREA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Impacto do internamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) na melhoria do nível de dependência dos utentes

Nota de Esclarecimento

Vimos por este meio solicitar a sua colaboração e autorização para participar neste estudo. Antes de começar a responder às questões que integram este instrumento de pesquisa, pretendemos informá-lo que:

- ✓ O estudo tem como objectivos principais:
 - > Identificar o impacto que tem o internamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) na melhoria do nível de dependência dos utentes internados;
 - > Analisar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas, enquanto determinantes na dependência dos utentes internados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).
- ✓ As suas respostas serão apenas utilizadas pela equipa que realiza o estudo, de acordo com o objectivo da presente investigação;
- ✓ Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- ✓ Será garantida a confidencialidade dos dados, pelo que não é necessário escrever o seu nome no questionário.

Agradecemos com elevada estima, certos da sua inestimável colaboração

F¹a Equipa de
Investigação
Prof. Doutora
Rosa Martins
En¹a Tânia
Henriques

Seção A – Caracterização sociodemográfica

Assinale com uma cruz (X) a hipótese que corresponde à sua situação sociodemográfica

1. Idade: ____ anos

2. Género:

Feminino ____

Masculino ____

3. Estado civil:

Solteiro (a) ____

Casado (a) ____

União de facto ____

Viúvo (a) ____

Divorciado (a) /separado (a) ____

4. Habilitações literárias:

Sem educação, educação 1ª (pre-1ª) ____

Primeiro estadió de educação básica (4ª classe/ 6º Ano) ____

Segundo estadió de educação básica (5º Ano antigo/ 9º Ano) ____

Educação secundária (7º Ano antigo/ 12ºAno) ____

Educação pós secundária (Bacharelato/ Mestrado) ____

Ultimo estadió de educação (Doutoramento/ Investigação Avançada) ____

5. Situação Profissional:

Empregado ____

Desempregado ____

Reformado ____

Doméstico ____

6. Rendimento Familiar:

< 250 euros ____

251 – 500 euros ____

501 – 1000 euros ____

> 1000 euros ____

Seção B – Variáveis Familiares

Assinale com uma cruz (X) as hipóteses que correspondem à sua situação familiar

7. Reside com quem:

Sozinho ____

Cônjuge ____

Filhos ____

Outros _____

8. Quem é o responsável do internamento? _____

9. A sua família costuma visitá-lo (a)?

Sim ____

Não ____

Se sim, com que frequência?

Diariamente ____

Semanalmente ____

Quinzenalmente ____

Mensalmente ____

10. Funcionalidade Familiar (APGAR Familiar)

Assinale a opção com uma cruz (X) no espaço em branco correspondente

| Respostas | Quase Sempre (2 pontos) | Algumas vezes (1 pontos) | Quase Nunca (0 pontos) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Questões | | | |
| Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa | | | |
| Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema | | | |
| Estou satisfeito pela forma como a minha família concorda | | | |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida | | | |
| Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos (ex. irritação, pesar e amor) | | | |
| Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família | | | |

Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional

Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção

Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada

Seção C – Variáveis Clínicas

Assinale com uma cruz (X) as hipóteses que correspondem à sua situação Clínica

11. Internamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) nos últimos 6 meses

Sim ____

Não ____

Se sim, onde:

Equipa Cuidados Continuados Integrados (ECCI) ____

Unidade de Convalescença ____

Unidade de Média Duração/Reabilitação ____

Unidade de Longa Duração/Manutenção ____

Unidade de Paliativos ____

12. Diagnóstico Principal:

Doença Vasculiar Cerebral Aguda ____

Úlcera Crónica de Pele ____

Fracturas ____

Neoplasias ____

Doença Cardíaca ____
Doença renal ____
Degeneração Cerebral ____
Outros ____

13. Diagnóstico Secundário identificado:

Sim ____
Não ____

Se sim, de que origem:

Doença Vascular Cerebral ____
HTA ____
Diabetes Mellitus tipo II ____
Neoplasias ____
Doença Cardíaca ____
Degeneração Cerebral ____
Fracturas ____
Doença do aparelho respiratório ____
Outros ____

14. Tempo de Internamento, em dias:

15. Terapia de Reabilitação:

Sim ____
Não ____

Se sim, quantas horas por semana:

3 a 5 horas ____
6 a 12 horas ____
> 12horas ____

16. Episódios de agudização durante o internamento:

Sim ____

Não ____

17. Dor (escala visual analógica):

| Admissão | | | | | | Alta | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

18. Alteração da integridade cutânea:

Sim ____

Não ____

Se sim de que tipo:

Úlcera por pressão ____

Úlcera Venosa ____

Lesão traumática ____

Outros ____

19. Quedas registadas durante o internamento:

Sim ____

Não ____

Se sim:

Com alteração da mobilidade ____

Sem alteração da mobilidade ____

Seção C – Escala de Barthel

| | Cotação | Admissão | Alta |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|------|
| 1. Alimentação | | | |
| Independente | 10 | | |
| Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) | 5 | | |
| Dependente | 0 | | |
| 2. Transferências | | | |
| Independente | 15 | | |
| Precisa de alguma ajuda | 10 | | |
| Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se | 5 | | |
| Dependente, não tem equilíbrio sentado | 0 | | |
| 3. Toalete | | | |
| Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes | 5 | | |
| Dependente, necessita de alguma ajuda | 0 | | |
| 4. Utilização do WC | | | |
| Independente | 10 | | |
| Precisa de alguma ajuda | 5 | | |
| Dependente | 0 | | |
| 5. Banho | | | |
| Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) | 5 | | |
| Dependente, necessita de alguma ajuda | 0 | | |
| 6. Mobilidade | | | |
| Caminha 50 metros sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) | 15 | | |
| Caminha menos de 50 metros com pouca ajuda | 10 | | |
| Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros | 5 | | |
| Imóvel | 0 | | |
| 7. Subir e descer escadas | | | |
| Independente, com ou sem ajudas técnicas | 10 | | |
| Precisa de ajuda | 5 | | |
| Dependente | 0 | | |
| 8. Vestir | | | |
| Independente | 10 | | |
| Com ajuda | 5 | | |
| Impossível | 0 | | |
| 9. Controlo Intestinal | | | |
| Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar | 10 | | |
| Acidente ocasional | 5 | | |
| Incontinente ou precisa do uso de clisteres | 0 | | |
| 10. Controlo Urinário | | | |
| Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho | 10 | | |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|---|--|--|
| Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) | 5 | | |
| Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho | 0 | | |
| Total | | | |

Pontuação 0 – 100

Fim
Obrigada