



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DE BRAGA

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

REDE NACIONAL PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

O Idoso, a Alta e a Capacidade Funcional

II Ciclo de Estudos em Gerontologia Social Aplicada

Carla Alexandra Macedo dos Santos

Orientador

Professor Doutor Eduardo Jorge Duque

Braga, 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DE BRAGA

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

**REDE NACIONAL PARA OS CUIDADOS
CONTINUADOS INTEGRADOS**

O Idoso, a Alta e a Capacidade Funcional

II Ciclo de Estudos em Gerontologia Social Aplicada

Carla Alexandra Macedo dos Santos

Orientador

Professor Doutor Eduardo Jorge Duque

Braga, 2011

RESUMO

A presente investigação tem o intuito de conhecer o grau de dependência funcional de indivíduos com 65 e mais anos que estiveram internados na unidade de convalescença dos cuidados continuados integrados. Deste modo, é nosso propósito avaliar o grau de dependência funcional em 3 momentos distintos: aquando do internamento na unidade de convalescença, na alta e após 1 mês da referida alta.

Para o efeito, realizou-se um estudo no internamento da Unidade de Convalescença, integrada na Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Póvoa de Lanhoso, procedendo-se à aplicação de 20 inquéritos a idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 91 anos de idade ($M=76,6$). Trata-se de um estudo não experimental quantitativo, do tipo longitudinal de painel. Empregou-se utilmente uma ficha de caracterização sócio-demográfica e uma escala: a “Escala de Barthel”. Os resultados evidenciam diferenças significativas nas pontuações médias entre cada uma das avaliações. As pontuações médias da escala de Barthel aumentaram significativamente da 1ª para a 2ª avaliação e da 2ª para a 3ª, ou seja, a reabilitação dos doentes idosos inquiridos na amostra é gradual e efectiva.

Palavras-chave: *Idosos, Dependência Funcional, Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados.*

ABSTRACT

The present investigation aims to determine the degree of functional dependence of individuals aged 65 and older who were admitted to the recovery of continued care. Thus, our purpose is to assess the degree of functional dependence in three distinct stages: during the stay in the convalescent unit, at discharge and after one month of that high.

To this end, we carried out a study of hospitalization in the Convalescent Unit, part of the National Network for the Continuous Care, Santa Casa da Misericórdia in Póvoa de Lanhoso, proceeding to the application of 20 surveys of seniors, aged between 65 and 91 years of age ($M = 76.6$). It is a non-experimental quantitative study, the longitudinal panel. Usefully employed to form a socio-demographic and a scale: "Barthel Index". The results show significant differences in mean scores between each of the assessments. The mean scores of the Barthel scale increased significantly from the 1st to the 2nd assessment and the 2nd to the 3rd assessment, in other words, the rehabilitation of the elderly respondents in the sample is gradual and effective.

Keywords: *Elderly, Functional Dependency, National Network for Continuous Care.*

AGRADECIMENTOS

Deixo aqui expresso o mais profundo agradecimento a todos aqueles que contribuíram para a realização desta dissertação, e que sempre se disponibilizaram a prestar tão imprescindível apoio.

Às pessoas mais importantes da minha vida, *os meus*

Pais. Pela palavra e pelo exemplo, no relacionamento mútuo e nas opções quotidianas, a eles um eterno agradecimento pelo amor, dedicação, carinho, confiança, paciência e força incondicional durante todos estes anos. Sem eles os meus objectivos não se teriam concretizado.

Aos meus avós, exemplos de vida a seguir.

Ao meu orientador, *Professor Doutor Eduardo Duque*, pelos ensinamentos de investigação e pelo entusiasmo para a realização desta investigação.

À excelente equipa da *Unidade de Convalescença do Hospital da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso* pela total disponibilidade e amabilidade demonstrada durante todo o processo de recolha de dados, para além de todos os esclarecimentos fornecidos.

Aos idosos que participaram no estudo, o meu sincero agradecimento.

Ao Fernando, amigo que funcionou sempre como força motivadora para prossecução do trabalho, para além, da inesgotável disponibilidade na optimização do mesmo.

Aos meus colegas e amigos, muito em especial à Patrícia e ao André pelo apoio efectivo na elaboração da tese.

A todos, um muito obrigado!

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
PARTE I - FASE CONCEPTUAL.....	15
1.1. Formulação do Problema de Investigação	15
PARTE II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
2.1. O Envelhecimento Demográfico	20
2.2. Implicações Sociais.....	22
2.3. Processo de Envelhecimento	26
2.4. Envelhecimento e Doença.....	27
2.5. Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados	31
2.5.1. Objectivos da RNCCI.....	32
2.5.2. Dependência Funcional	33
2.5.3. Coordenação da RNCCI	35
2.5.4. Tipos de Respostas	36
2.5.4.1. Unidade de Convalescença	39
2.5.4.2. Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação	41
2.5.4.3. Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção.....	42
2.5.4.4. Unidade de Cuidados Paliativos	43
2.5.4.5. Cuidados Continuados Domiciliários.....	43
2.5.4.6. Unidade de Dia e Promoção de Autonomia.....	44
PARTE III – FASE METODOLÓGICA	45
3.1. Desenho da Investigação.....	45
3.2. Amostra	47
3.3. Método de Recolha de Dados.....	48

3.4. Método de Análise dos Dados	55
3.5. Considerações Éticas	55
3.6. Caracterização da Amostra.....	56
PARTE IV – FASE EMPÍRICA	58
4.1. Apresentação dos Resultados	58
4.1.1. Resultados relativos ao nível de dependência, na realização das AVD`s	59
4.1.2. Resultados relativos ao grau de dependência, segundo a Escala de Barthel ...	65
4.2. Interpretação e Discussão dos Resultados.....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS	81
ANEXO 1- “ <i>INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS (INQUÉRITO)</i> ”	82
ANEXO 2 - “ <i>DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PÓVOA DE LANHOSO PARA RECOLHA DE DADOS</i> ”	85

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Tipologias de Internamento e Fases de Implementação	45
Tabela 2 - Caracterização da Amostra.....	56
Tabela 3 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária – Higiene Pessoal	59
Tabela 4 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária - Tomar banho	59
Tabela 5 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária - Alimentação	60
Tabela 6 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária – Toilete	61
Tabela 7 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária - Locomoção em Escadas	61
Tabela 8 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária - Vestir	62
Tabela 9 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária - Defecação	63
Tabela 10 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária - Urinar	63
Tabela 11 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária - Transferência Cadeira/Cama	64
Tabela 12 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária - Deambulação	65
Tabela 13 - Resultados relativos ao grau de dependência (Escala de Barthel).....	65
Tabela 14 – Comparação dos valores médios obtidos nas três avaliações	66

SIGLAS/ABREVIATURAS

AVD's	Actividades de Vida Diária
CAD	Centros de Apoio a Deficientes/Centros de Recursos
CF	Capacidade Funcional
CS	Centros de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DC	Doença Crónica
DF	Dependência Funcional
ECCI	Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipas Coordenadoras Locais
ECR	Equipas Coordenadoras Regionais
ECSCP	Equipas Comunitárias de Suporte de Cuidados Paliativos
Ed.	Editor
EUA	Estados Unidos da América
Fem.	Feminino
FORHUM	Formação de Recursos Humanos
ICIDH	Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
M	Média
Masc.	Masculino
OMS	Organização Mundial de Saúde

p	Grau de significância
RNCCI	Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados ou Rede
SAD	Serviços de Apoio Domiciliário
Signif.	Significância
SPSS	Statistical Package of Social Science
STA	Serviços Telealarme
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
WHO	World Health Organization

INTRODUÇÃO

A Gerontologia estuda os processos associados à idade, ao envelhecimento e à velhice, sendo uma área de convergência entre a biologia, sociologia e a psicologia do envelhecimento. O envelhecimento, nesse sentido, representa a dinâmica de passagem do tempo e a velhice, por sua vez, o resultado de um processo global de modificações progressivas e incessantes no funcionamento do organismo, fazendo com que o indivíduo tenha dificuldades em se adaptar ao meio ambiente, tornando-o conseqüentemente mais vulnerável.

A biologia do envelhecimento estuda o impacto da passagem do tempo nos processos fisiológicos ao longo do curso de vida e na velhice. A psicologia do envelhecimento, por sua vez, concentra-se nos aspectos cognitivos, afectivos e emocionais relacionados com a idade, e ao envelhecimento com ênfase no processo de desenvolvimento humano. A sociologia baseia-se em etapas específicas do ciclo de vida e concentra-se nas circunstâncias socioculturais que afectam o envelhecimento e as pessoas idosas (Alkema e Alley, 2006). Podemos daí, constatar que o envelhecimento varia de acordo com o indivíduo.

O fenómeno do envelhecimento é um processo relativamente actual. Tal facto está associado, por um lado, à acentuada diminuição da taxa de natalidade e, por outro lado, ao aumento “significativo” da esperança de vida. Este envelhecimento traz conseqüências graves para a economia e para a sociedade e representa um desafio a diversos níveis. A criação de novas infra-estruturas e equipamentos, medidas laborais que incentivem a aprendizagem dos mais velhos, a validação de experiência e medidas de combate ao isolamento e inactividade são algumas das medidas a ter em conta.

O envelhecimento da população potencia mudanças e desafios para a sociedade em todos os aspectos, sejam sociais, políticos, económicos, culturais ou referentes à saúde. Este último talvez consista no mais enfatizado e preocupante entre idosos, já que a maioria deles apresenta pelo menos uma doença e limitações de saúde (Comissão Europeia, 2010).

O envelhecimento, visto como um processo de declínio funcional, apresenta grandes afinidades conceptuais com a saúde.

A maior parte das pessoas idosas desfrutam de uma saúde que lhes permite viver de uma forma independente, ou seja, conseguem alcançar um nível aceitável de satisfação das necessidades, através de acções adequadas que o indivíduo realiza por si mesmo, sem ajuda de outra pessoa, nomeadamente as actividades de vida diária (AVD's), onde se incluem: alimentar, vestir, fazer a higiene pessoal, locomover, subir e descer escadas, controlar os esfíncteres, entre outros. (Santos, 2000).

O comprometimento na realização, com maior ou menor dificuldade das actividades de vida diária, definida pela *World Health Organization* como capacidade funcional (CF), vai condicionar o desempenho satisfatório das AVD's, potenciando deste modo a dependência funcional (DF) dos idosos na vida quotidiana. A dependência funcional é definida como a incapacidade de realizar uma ou mais AVD's, sem auxílio. A DF é definida em graus, esta pode classificada como leve, moderada ou avançada. A CF e a DF são dois conceitos que fazem parte de um sistema de Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH) da WHO.

Num estudo realizado por Capelo (2001) verificou-se que as doenças crónicas e incapacitantes que mais acometem a população idosa são a diabetes, as cardiopatias, os problemas osteoarticulares, estas duas com igual frequência, seguidas da hipertensão

arterial, da amputação de membros, da cegueira, da paraplegia, do cancro e, por último, de doença renal.

A pessoa idosa tem evidentemente necessidades desiguais no que concerne aos cuidados de saúde. Conforme a população envelhece, os sistemas de saúde têm de se adaptar com o objectivo principal de prestar os cuidados adequados e, simultaneamente, manter a sua estabilidade financeira.

Com vista a potenciar a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, foi criada a Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede). Orientada para a prestação de cuidados numa óptica global de satisfação das necessidades das pessoas que apresentam dependência, com necessidade de cuidados de saúde e de apoio social, esta Rede veio preencher uma lacuna em Portugal no âmbito da Saúde e do Apoio Social, colocando desta forma o país ao mesmo nível dos parceiros europeus, no que diz respeito a políticas de bem-estar promovidas pelo Estado (Guia da Rede para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

Para analisarmos a problemática apresentada, estruturamos o nosso estudo em quatro capítulos. O primeiro capítulo corresponde à fase conceptual, onde se pretende formular o problema de investigação, identificando o objecto de estudo, tal como os objectivos e a finalidade do mesmo. No segundo capítulo apresenta-se o enquadramento teórico do tema em investigação através da identificação das temáticas mais relevantes para o seu equacionamento. Deste modo, neste capítulo, falar-se-á de envelhecimento na sua dimensão global; do envelhecimento demográfico e suas implicações sociais; de seguida abordar-se-á o processo de envelhecimento e a sua relação com a doença, mais propriamente com a dependência funcional e, o último ponto a incidir relacionar-se-á com o mecanismo de acção da RNCCI, nomeadamente, objectivos, coordenação e tipos

de resposta da mesma.

O terceiro capítulo do estudo diz respeito à fase metodológica, onde se identifica o desenho da investigação, tal como a amostra, e o método de recolha de dados mais conveniente, para além da referência ao método de análise dos dados e às considerações éticas. O quarto, e último capítulo, compreende a fase de apresentação dos resultados e a interpretação e discussão dos mesmos.

Nas considerações finais pretende-se apresentar os resultados derivados deste estudo, bem como elaborar algumas sugestões para futuros procedimentos na área em análise.

PARTE I - FASE CONCEPTUAL

“A fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação” (Fortin, 1999).

1.1. Formulação do Problema de Investigação

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e, por vezes, na inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral desafios para os quais não estavam preparados (Direcção Geral de Saúde, 2004).

Segundo Fernandes (2007), o novo panorama de necessidades resulta essencialmente de três factores: o primeiro é o envelhecimento progressivo da população portuguesa, consequência do aumento da esperança média de vida à nascença; o segundo factor relaciona-se com as mudanças verificadas no perfil das patologias, com peso crescente das doenças crónicas e degenerativas; e por último, as alterações sociológicas ocorridas, em particular nas estruturas familiares e nas redes informais de apoio comunitário.

Segundo o mesmo autor, se o crescimento da esperança média de vida é o resultado positivo do progresso humano, é também o motivo do desencadear de inquietações particularmente no que respeita ao aumento dos custos em cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados, aos encargos humanos e financeiros que decorrem do aumento de situações de incapacidade e dependência. Viver mais tempo significa que se atinge uma idade mais elevada onde é maior a probabilidade de

ocorrência de situações patológicas complexas susceptíveis de virem a desencadear incapacidade e dependência. É a usura do tempo que coloca os organismos em situação de maior vulnerabilidade fisiológica.

Embora a doença possa afectar o indivíduo em qualquer fase do ciclo vital, a ocorrência de problemas associados ao sistema músculo-esquelético, ainda que a todos os grupos etários, é mais frequente no idoso. Normalmente, não ameaçam a vida, no entanto, exercem um impacto significativo sobre as suas actividades diárias.

Para a pessoa idosa a independência funcional é normalmente o factor mais importante na manutenção da qualidade de vida, por estar relacionada com a capacidade do indivíduo se manter na comunidade, desfrutando a sua independência até às idades mais avançadas (Devons, 2002).

Com o avançar da idade, as alterações ao nível do sistema locomotor surgem mais rapidamente, alterando não só a aparência e a estrutura física, mas também o funcionamento do organismo (Alves *et al.*, 2005).

As prestações hoje existentes não respondem com efectividade às necessidades das pessoas que se encontram em situação de perda de funcionalidade ou de dependência devido à sua insuficiência, indiferenciação e frágil articulação. A inadequação ou mesmo a provável inexistência de cuidados após alta hospitalar, vai originar novos problemas de saúde e o regresso ao hospital. Neste panorama, destacam-se os mais idosos, que representam 50% do total das readmissões (Direcção Geral de Saúde, 2006).

Há necessidade eminente que a recuperação seja efectiva, daí a importância de a perceber e de criar equipas de cuidados domiciliários com serviços de saúde, juntamente com o apoio das equipas de segurança social.

Outra realidade relaciona-se com a vulnerabilidade dos cuidadores informais, mais especificamente a família.

A família é um lugar primordial para trocas intergeracionais. É aí que as gerações se encontram e interagem de forma intensa. É o lugar de troca, de entrega incondicional do “cuidar”. A solidariedade familiar é uma fonte inesgotável, apesar de se encontrar muitas vezes exposta às perturbações sociodemográficas das sociedades modernas (Fernandes, 2007).

Esta “consciencialização social” levou a que os encargos com idosos, que anteriormente eram da responsabilidade da família ou de particulares, fossem transferidos para instâncias despersonalizadas e burocratizadas, em que as relações entre os agentes se operam de forma anónima ignorando mutuamente as suas existências (Lenoir, 2007).

A constatação da existência de escassos trabalhos de investigação no âmbito da recuperação e manutenção da independência funcional nos idosos, após um período de convalescença, contribuiu para uma crescente motivação na realização deste estudo. Para além desta manifesta relevância a nível académico e nível social, também a nível profissional e pessoal houve um interesse pela investigar desta temática.

O objectivo de um estudo permite orientar a investigação, indicando o porquê da investigação, sendo “[...] um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação para a investigação” (Fortin, 1999: 100) .

Neste sentido, definiu-se como objectivo deste estudo:

- Conhecer qual o grau de dependência funcional dos indivíduos com 65 e mais anos que estiveram internados na unidade de convalescença dos cuidados continuados

integrados, em 3 momentos distintos: aquando do internamento na unidade de convalescença, na alta e após 1 mês da referida alta.

A finalidade deste estudo é o de contribuir para um melhor conhecimento do contributo das unidades de convalescença, integradas na Rede para os Cuidados Integrados, na reabilitação e promoção da qualidade de vida dos idosos. Uma vez que o processo de envelhecimento é individual, a recuperação de um estado dependente assume características particulares em cada indivíduo, nomeadamente, ao que às AVD's dizem respeito, para tal é fulcral o planeamento das intervenções multidimensionais a pôr em prática, afim de manter a independência dos idosos pelo maior tempo possível.

PARTE II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A aproximação a esta temática remete para a delimitação de alguns conceitos que estão intimamente ligados à mesma, e que são de fulcral importância para a sua compreensão. Assim, neste capítulo será feita uma abordagem dos diferentes conceitos presentes neste estudo.

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública na actualidade (OMS, 2000).

A evolução demográfica da população portuguesa, traduzida, entre outros, pelo aumento progressivo da esperança de vida e dos índices de envelhecimento, leva a prever um aumento acentuado do número de pessoas em situação de fragilidade e de risco de perda de funcionalidade (Direcção Geral de Saúde, 2004).

A Organização Mundial de Saúde afirma que o conjunto de doenças, denominado por doenças crónicas não transmissíveis, é responsável por 60% das mortes e incapacidades em todo o mundo, numa escala progressiva, podendo chegar a 73% de todas as mortes em 2020 (Mathers, 2002).

O facto de que para a população com 65 e mais anos, a presença de uma limitação física, seja ela causada por uma doença ou resultante de acidente, representa um risco para a sua autonomia, principalmente quando esta limitação sugere a dependência na realização AVD's e, conseqüentemente, um défice do seu bem-estar psicológico. Quando questionados relativamente à sua percepção de qualidade de vida, o idoso refere, frequentemente, a falta de saúde e a dependência como uma das suas principais preocupações (OMS,2000).

Com o desenvolvimento da geriatria e da gerontologia, em conjunto outras áreas afins, tem-se demonstrado que os idosos têm potencial para enfrentar diferentes situações na vida, tais como, a doença e a limitação física (Ramos, 2002; Veras, 2002).

2.1. O Envelhecimento Demográfico

Têm-se sido significativas as profundas mudanças no perfil demográfico das populações que explicam o fenómeno do envelhecimento. Segundo Guillemard (2003), o envelhecimento não é só um fenómeno demográfico, dado que, sendo portador de transformações sociais, económicas e culturais, constitui-se como fenómeno estruturante das nossas sociedades. É concomitante com os fenómenos migratórios, designadamente com o êxodo rural, com a redução do tempo de trabalho, com a implementação da segurança social, com a feminização do emprego são indissociável dos progressos em termos de saneamento básico, alimentação, escolarização, formação profissional e acesso a cuidados de saúde. No que se refere à melhoria das condições de saúde pública, fazem parte o controlo efectivo sobre doenças infecto-contagiosas e um melhor domínio sobre algumas patologias, devido aos avanços da ciência e da tecnologia, e à protecção social da velhice, o que correspondeu para a maioria dos países europeus à implementação do Estado de Providência.

Estas drásticas modificações na estrutura da população nos países desenvolvidos resultam, por um lado, no aumento da esperança de vida¹ e, por outro, na diminuição da taxa de natalidade².

¹ Esperança de vida é o número de anos que, em média, se pode esperar viver a partir de um certo momento de existência, em geral o nascimento (mas também pode ser o início da velhice, etc.).

² Taxa de natalidade é o número de nados-vivos, por mil habitantes, num determinado período de tempo

No que concerne à esperança de vida à nascença em Portugal, em 1960 era de 60,7 anos para os homens e de 66,4 anos para as mulheres. Em 2001, estes valores eram de 73,7 anos (o que equivale a um acréscimo de 13 anos) e de 80,6 anos (aumento de 14,2 anos), respectivamente (INE, 2002).

Quanto à taxa de natalidade, a média era de 23,7% em 1960, sendo que, em 2001 o valor diminuiu para 10,8%, o que indica uma diminuição do número de nascimentos (*Ibidem*).

Estes dados evidenciam um duplo envelhecimento da população, ou seja, se por um lado, há um aumento do número de idosos, por outro, observamos uma diminuição do número de jovens.

Projeções recentes do INE apontam para o agravamento do envelhecimento demográfico no futuro. O abrandamento do ritmo de crescimento da população residente em Portugal encontra-se associado ao decréscimo das taxas de crescimento migratório (0,09% em 2008, face a 0,61% em 2003), a par de uma redução das taxas de crescimento natural (0,00% em 2008, face a 0,04% em 2003). Paralelamente ao reduzido aumento da população, manteve-se a tendência de envelhecimento demográfico. Entre 2003 e 2008, e relativamente ao total da população, a proporção de jovens (com menos de 15 anos de idade), aumentou de 16,8% para 17,6%. A conjugação de ambas as tendências consubstancia-se num continuado envelhecimento da população, tendo o índice de envelhecimento aumentado de 107 idosos por cada 100 jovens, valor registado em 2003, para 115 em 2008.

Para o período 2007/2009, a esperança média de vida à nascença foi estimada em 78,9 anos, sendo de 81,8 para as mulheres e 75,8 para os homens. Em relação à estrutura da população por idades, observa-se que em 2009, segundo as estimativas da população residente, a percentagem de indivíduos entre os 0 e os 14 anos era de 15,2%,

o grupo dos 20 aos 24 anos registava 11,1%, dos 25 aos 64 anos a percentagem estimada foi de 55,8% e o grupo dos 65 e mais anos atingia 17,9% da população. Em 2008, a distribuição pelos mesmos grupos etários era a seguinte: 15,3%, 11,4%, 55,7% e 17,6%, respectivamente. A evolução de 2008 para 2009 vem confirmar, mais uma vez, o envelhecimento da população portuguesa, envelhecimento visível tanto pela diminuição da proporção da população jovem, como pelo aumento da proporção da população idosa. Em 2000, as mesmas proporções eram de 16,0%, 14,3%, 53,4% e 16,4%, respectivamente (INE, 2010).

De acordo com o cenário mais esperado, continuará a declinar a percentagem de jovens da população, atingindo, segundo perspectivas do INE, os 13% em 2050, representando os idosos nesse mesmo ano 32% da população, ou seja, o dobro do valor percentual registado, em 2001³.

2.2. Implicações Sociais

Actualmente, o envelhecimento constitui um problema social que ocupa um lugar de crescente relevância, com importantes implicações na qualidade de vida das pessoas, nas perspectivas de realização dos seus projectos de vida e na sustentabilidade dos sistemas de protecção social.

Face à estimada diminuição do número de activos, o acréscimo da percentagem de inactivos poderá exigir quotizações mais elevadas da população activa de forma a manter o nível de retribuições. Contraditoriamente, a longevidade com melhores condições de vida poderá chocar com a antecipação do tempo médio de vida activa. O

³ De acordo com o cenário mais plausível, a esperança de vida à nascença passará, neste período (2000-2050), para 79 anos no caso dos homens, e para 84,7 anos no caso das mulheres.

reconhecimento das dificuldades de assegurar financeiramente o sistema de segurança social no quadro actual é um dos maiores problemas com que se deparam as sociedades, cujos regimes se baseiam no princípio de repartição, tal como Portugal, em virtude de dependerem de obrigações recíprocas entre gerações, pelo facto de financiamento da reforma de uma determinada geração ser sustentada pela sua geração sucessora. A possibilidade de assegurar o mesmo direito a gerações futuras aparenta colidir quer com o processo de envelhecimento demográfico, quer com determinadas formas de organização económica (Filipa Alvarenga, 2001).

No entender de José Luís Casanova (2001), vive-se hoje com crescente perplexidade e incómodo social um dos paradoxos mais notáveis do desenvolvimento e da modernização nos países industrializados: aumenta sistematicamente a esperança de vida, mas esvazia-se de autonomia, de *status* social, de oportunidades e de qualidade de vida a condição social da maior parte da população idosa.

Nas sociedades modernas industriais, mais estruturadas pelo trabalho, mais voltadas para o seu exterior e mais prospectivas, o desenvolvimento económico, científico e tecnológico, associado a uma mais intensa valorização social da longevidade e da saúde, criaram condições para o aumento da esperança de vida. Por sua vez, os movimentos sociais e a consagração de sistemas de protecção social estatais determinaram a institucionalização da reforma como direito social (Fernandes, 2004), e a organização capitalista da produção (com a tónica no crescimento económico e na produtividade) associada ao investimento social no progresso, no futuro e na adaptação a mudanças rápidas, contribuíram decisivamente para fomentar o culto da inovação e da juventude.

A crescente visibilidade da velhice, enquanto problema social, articula-se com a necessidade de novas orientações políticas sociais dirigidas à terceira idade e ao

reconhecimento da urgência de modernização da protecção social neste domínio que, inevitavelmente, questiona os próprios sistemas públicos de pensões actualmente em vigor (Filipa Alvarenga, 2001).

A identificação das pessoas idosas em situação de fragilidade económica e que apresentam níveis elevados de dependência enquanto grupos de risco, face aos quais urge proporcionar o direito a envelhecer com segurança e dignidade, torna pertinente uma abordagem ao nível do combate das desigualdades perante a velhice, através de medidas de discriminação positiva indispensáveis à melhoria do seu acesso aos direitos consagrados para todos os cidadãos (*Ibidem*).

Posto isto, os governantes vêem-se, assim, obrigados ao desenvolvimento de uma rede de apoio social integrado através tanto da optimização dos recursos disponíveis - numa óptica de melhoria da qualidade e eficácia dos serviços e equipamentos sociais existentes e das próprias metodologias de intervenção -, como da criação de novas infra-estruturas de apoio aos idosos que permitam uma maior cobertura do país (*Ibidem*).

Neste sentido, desenvolveram-se algumas medidas e respostas sociais que vão ao encontro dos princípios mencionados, nomeadamente dos Programas seguintes:

- **Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII)** – tem como objectivo evidenciar os direitos das pessoas idosas a uma vida condigna, qualquer que seja o seu estado de saúde ou situação familiar e social, prevenindo e erradicando situações de exclusão. Entre os objectivos deste programa desenham-se contributos para a solidariedade entre gerações, a implementação de respostas inovadoras, a promoção de parcerias e a criação de postos de trabalho. Privilegia-se, assim, a execução de projectos de implementação local,

através do desenvolvimento de um trabalho em rede que reúna vários sectores, entidades e instituições, bem como parceiros naturais (família, vizinhos, comunidade). Os principais projectos de promoção local visados são:

- Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), projectos de alargamento da cobertura existente, extensão do apoio à totalidade das 24 horas, a melhoria dos serviços prestados e a adequação do ambiente domiciliário às necessidades das pessoas idosas;
- Centros de Apoio a Deficientes/Centros de Recursos (CAD), serviços pluridisciplinares de cuidados integrados de carácter temporário, continuando o apoio a diferentes grupos etários para a prevenção, reabilitação e reinserção de pessoas com dependência;
- Formação de Recursos Humanos (FORHUM), visa-se o incentivo à habilitação para a prestação de cuidados formais e informais junto de profissionais, familiares, vizinhos e voluntários.

No que concerne ao domínio dos projectos de promoção central, prevê-se a continuidade dos projectos Saúde e Termalismo, Passes para a Terceira Idade, Turismo Sénior e serviços de telealarme (STA)⁴.

⁴ O Serviço de Telealarme é uma resposta social complementar que, através de um sistema inovador de telecomunicações nacional, permite a partir do accionamento de um botão de alarme o contacto com a rede social de apoio de cada pessoa; os passes para a terceira idade vieram eliminar as restrições horárias nos transportes públicos nas coroas dos passes sociais de Lisboa e Porto; no que respeita à saúde e termalismo sénior, trata-se de participações, em função dos rendimentos das pessoas idosas, na estadia em termas, mediante prescrição de tratamentos termais pelo médico de família. O PAII, resulta do Despacho Conjunto, de 1 de Julho de 1994, dos Ministros da Saúde e do Emprego e Segurança Social

- **Programa de Apoio à Iniciativa Privada Social (PAIPS)**⁵ – destina-se a apoiar a criação, desenvolvimento e melhoria, qualitativa e quantitativa, de equipamentos e serviços locais dirigidos à população idosa;
- **Programa Idosos em Lar (PILAR)**⁶ – procura desenvolver e intensificar a oferta de lares e outras respostas sociais para idosos, através do realojamento de pessoas oriundas de instituições com fins lucrativos sem condições de funcionamento, da cobertura de necessidades de colocação institucional em zonas deficitárias de serviços e equipamentos sociais e de apoio à criação e remodelação de lugares dirigidos a utentes de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) sem condições de financiamento.

Trata-se não só de dar respostas às carências sentidas pelas pessoas idosas em Portugal, apoiando o incentivo à cooperação e articulação das intervenções tanto governamentais como não-governamentais, como consagrar o direito a optarem pelo modo como preferem viver a sua velhice.

2.3. Processo de Envelhecimento

Torna-se pertinente aferir a idade para se considerar que se é idoso, no entanto a imposição de um limite cronológico é meramente arbitrário. “A entrada na velhice depende de vários factores que ultrapassam os limiares da mera cronologia. Cada indivíduo reage de forma diferente ao avanço da idade. A velhice é construída paulatinamente, para a qual concorrem variáveis biológicas e sociais” (Farinnatti, 2002: 129).

⁵ Resolução do Conselho de ministros nº 91/99, 12 de Agosto

⁶ Resulta do Despacho do secretário de Estado da Inserção Social, de 20 de Fevereiro de 1997

Por uma questão estrutural, funcional e regulamentar, tem sido considerada a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas (ONU), que conceptualizam o idoso pela idade e grau de desenvolvimento do seu país, propondo para os países desenvolvidos um limite inferior de 65 anos e 60 anos para os países em desenvolvimento (Paschoal, 2000).

Paralelamente às alterações normativas do envelhecimento, estudos epidemiológicos descrevem uma maior morbidade e mortalidade associados a esta faixa etária. Sanchez (2000) refere que as transformações físicas e a fragilidade das condições de saúde dos idosos podem comprometer a sua capacidade funcional, originando com frequência a perda da autonomia.

Segundo Berger (2003), na maioria dos países industrializados, a actual taxa de dependência é cerca de dois adultos independentes, para cada pessoa dependente. A idade não é um prognóstico exacto de dependência das pessoas, no entanto, dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), revelam que entre a população com dependência o índice de envelhecimento é de cerca de 5,5 vezes superior ao da população total.

2.4. Envelhecimento e Doença

Como temos vindo a fazer referência, relativamente ao processo de envelhecimento, torna-se difícil estabelecer um único conceito, devido à variedade de definições existentes, e cada uma com enfoques em diferentes aspectos. No sentido biológico, envelhecer é entendido como um processo natural (irreversível) e progressivo – envelhecimento primário ou natural, e que faz parte do ciclo de vida do ser humano pois inicia-se com a concepção e termina com a morte, passando pelas fases de desenvolvimento intra-uterino, nascimento, infância, maturidade e velhice (Magalhães,

2004), esta última etapa traz consigo a diminuição física, mental e social, conseqüente das alterações estruturais e funcionais que experimenta no corpo e na mente todos quantos envelhecem. E que não podendo ser evitadas podem ser minimizadas e adiadas. Por outro lado, temos ainda o processo de envelhecimento como um fenómeno complexo, designado por envelhecimento secundário ou patológico, que submete o organismo a inúmeras alterações anatómicas e fisiológicas, afectando a sua integridade, permitindo o surgimento das doenças crónicas e, ou degenerativas e predispondo a uma maior mortalidade.

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde definiu saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não só a ausência de doença ou enfermidade”. Esta definição deixou bem assente que a doença e a enfermidade, quando isoladas da experiência subjectiva, são inadequadas para qualificar saúde.

A saúde deve definir-se de forma positiva e descentralizada do indivíduo, percebendo-o como um ser integrado no meio.

Alargar a saúde às dimensões psicológicas e sociais foi um avanço significativo, mas, embora conceptualmente importante, revela-se desprovido de valor operacional. Envelhecer com saúde, autonomia e independência, constitui, assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países (Rodrigues, 2006).

São várias as tentativas de definir saúde, apresenta-se de imediato algumas dessas definições, assim sendo:

- “Plena adaptação física, mental e social ao ambiente em que vive”

(Polgar, 1963);

- “Estado dinâmico de bem-estar, caracterizado por um potencial físico e mental, que satisfaz as necessidades da vida consoante a idade, a cultura, e a responsabilidade pessoal” (Bircher, 2005);
- “Capacidade de funcionamento eficaz, dentro do possível e atendendo ao meio, e de utilização plena das suas capacidades” (Dubos, 1968).

Segundo o Alto Comissariado da Saúde, a definição que melhor descreve o termo saúde, e que está a ser adoptada, é a de Bircher, uma vez que é a formulação que mais se enquadra no pensamento actual.

O aparecimento da *doença* nem sempre está associado à etapa de velhice, no entanto, sabemos que o envelhecimento aumenta a probabilidade de surgimento de doença e, prolonga o tempo de recuperação.

A importância da variável saúde/doença no envelhecimento é de tal modo importante que está na origem da distinção ‘clássica’ entre envelhecimento normal ou primário (um processo natural), em que está subjacente a ausência de doença e envelhecimento patológico ou secundário, induzido ou agravado pela ocorrência de doença, e em que esta se torna causa próxima da morte (Birren & Cunningham, 1985).

De acordo com a OMS, a doença crónica (DC) “é uma doença de longa duração e de progressão geralmente lenta”, sendo definida pelo *Centers for Disease Prevention and Control* como “condição que não cura, uma vez adquirida [...] e que se pode prolongar 3 meses ou mais” (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2009). Segundo a mesma fonte, as doenças crónicas são a principal causa de morte e incapacidade.

A OMS indica que as doenças crónicas de declaração não obrigatória, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias,

representam cerca de 59% do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças no mundo. Afectam países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento, Portugal não é excepção.

Estudos laboratoriais e clínicos baseados na população sugerem que um número restrito de factores de risco modificáveis é responsável pela maioria das doenças crónicas: dietas não saudáveis com alta ingestão energética, falta de actividade física e uso do tabaco. Estes factores de risco são os mesmos para homens e mulheres em toda a região europeia (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2009), disseminando-se por todo o mundo como consequência do fenómeno da globalização dos estilos de vida. As doenças crónicas representam hoje um dos desafios mais importantes que enfrentam os sistemas de saúde do século XXI (Institute of Medicine, 2001).

Muitas pessoas com doenças crónicas sobrevivem durante períodos consideráveis de tempo, em consequência das intervenções mais eficazes disponibilizadas pelos sistemas de saúde, tornando-se deste modo, necessária uma continuidade de cuidados. Os factores de risco tais como a obesidade, o sedentarismo e o tabagismo têm uma elevada prevalência, pelo que, sem políticas de intervenção efectivas e duradouras visando a sua redução, as taxas de doenças crónicas continuarão a subir, significativamente.

Ao contrário de alguns mitos instalados, as doenças crónicas não respeitam estratos sociais e económicos, atingem tanto mulheres como homens, embora seja nas idades avançadas que se verifica uma maior compressão da morbilidade. Em termos mundiais, as DC afectam hoje mais pessoas do que as doenças infecciosas e são responsáveis pelo maior peso da doença na Europa (OMS, 2008).

Apesar das DC serem as que mais se evidenciam durante o processo de envelhecimento, é importante que não limitemos aí a análise: por um lado, nem todas as

doenças crónicas são igualmente incapacitantes; por outro lado, a incapacidade funcional também pode decorrer de acidente ou de doença aguda, definida como patologia, que têm um desenvolvimento acelerado, terminando com convalescença ou até mesmo morte. São exemplo destas doenças, as infecções por vírus, bactérias, trauma físico, enfartes, hemorragias e outras condições cardiovasculares.

Outras das causas de restrição da actividade nos idosos são as que comprometem o aparelho ósteo-articular (por exemplo, fractura do colo do fémur e artroses), as doenças do aparelho cérebro-vascular (como é o caso do acidente vascular cerebral) e as perturbações da visão e da audição.

O sistema de saúde dispõe, numa perspectiva individual, de uma rede de prestação de cuidados de saúde (com serviços integrados, centrados em equipas multidisciplinares e com recursos humanos devidamente formados) com uma componente de recuperação global e de acompanhamento das pessoas idosas, designadamente através da rede de cuidados continuados integrados, que integram cuidados a diversos níveis (DGS, 2006).

2.5. Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados

Em Portugal, tal como noutros países desenvolvidos, o aumento crescente da esperança de vida e o conseqüente aumento do envelhecimento da população, para além da prevalência continuada de situações de cronicidade múltipla, de incapacidade, de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida, e as alterações na organização e dinâmicas familiares com o isolamento dos idosos a ampliar-se quotidianamente, fizeram emergir novas necessidades sociais e de saúde,

associadas a novas atitudes e expectativas da sociedade (Entidade Reguladora da Saúde, 2011).

Em 2005, no âmbito da actividade da coordenação Nacional para as Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência, iniciou-se o projecto de desenho e implementação de um novo modelo de cuidados continuados integrados para Portugal continental. O objectivo era facilitar o estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas para a constituição de um novo espaço de cuidados que contribuísse para dar uma resposta coerente a quem necessitasse, não só de cuidados de saúde como também de apoio social. Em 2006, foi criada pelo Decreto-lei nº101/2006 de 6 de Junho, a Rede Nacional para os Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI), no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social (RNCCI, 2006).

2.5.1. Objectivos da RNCCI

O principal objectivo da criação da Rede é a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Como tal, existem objectivos que devem ser observados:

- Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- Continuidades dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;
- Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados;

- Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objectivos de funcionalidade e autonomia;
- Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;
- Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;
- Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Neste contexto, pretende-se dinamizar a implementação de unidades e equipas de cuidados, dirigidas às pessoas em situação de dependência (*Ibidem*).

2.5.2. Dependência Funcional

O conceito de dependência, definido pelo grupo multidisciplinar do Conselho da Europa, consiste na evidência de que “a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da execução das actividades da vida diária (AVD`s) ”, como por exemplo, subir e descer escadas, cuidar da sua higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se, locomover-se, ter controlo dos esfíncteres, deslocar-se dentro de casa, entre outro.

Segundo Botelho (2000), o conceito de capacidade funcional está relacionado com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os

indivíduos, representando a sua perturbação uma consequência de determinadas situações patológicas. A avaliação funcional pode ser definida como uma tentativa sistematizada de medir, de forma objectiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas actividades ou funções em diferentes áreas, utilizando-se de habilidades diversas, para o desempenho das tarefas de vida quotidiana, para a realização de interacções sociais, nas suas actividades de lazer e noutros comportamentos do seu quotidiano (Devons, 2002; Duarte *et al.*, 2007). Representa uma maneira de avaliar se uma pessoa é ou não capaz de independentemente desempenhar as actividades necessárias para cuidar de si mesma e, caso não seja, verificar se essa necessidade de ajuda é total ou parcial (*Ibidem*).

Em termos práticos, por exemplo, uma pessoa idosa com dificuldades de locomoção e até mesmo portadora de algum tipo de invalidez não determina necessariamente descontinuidade do funcionamento intelectual e afectivo. Como se tem vindo a fazer referência, as pessoas de quaisquer idades, nomeadamente os idosos são capazes de activar mecanismos de compensação e optimização para enfrentar perdas de funcionalidade (Neri, 2005).

Como referem Saura Hernández e Sangüesa Giménez (2000), também a OMS diz “como se avalia melhor a saúde através da função”, admitindo que a capacidade funcional é melhor indicador de saúde que o estudo de prevalência de doenças. Assim sendo, a promoção da autonomia e a minimização do nível de dependência funcional é por isso, o principal pressuposto da dignidade humana e de melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Relativamente às escalas para avaliação funcional do idoso, a OMS classificou o grau de autonomia ou capacidade funcional dos pacientes idosos em 3 classes:

- Funcionalmente Independente: são indivíduos saudáveis, que podem apresentar uma ou duas doenças crônicas não graves e controladas por medicação e/ou com algum declínio sensorial associado à idade, mas que vivem sem necessitar de ajuda;
- Parcialmente Independente: são indivíduos lúcidos, porém com problemas físicos incapacitantes crônicos, de carácter médico ou emocional, com perda do seu sistema de suporte social, o que faz com que estejam incapazes de manter independência total sem uma assistência continuada. A maioria dessas pessoas vive com a família ou em instituições com serviços de suporte;
- Totalmente Dependente: são aqueles cujas capacidades estão afectadas por problemas físicos incapacitantes crônicos, médicos e/ou emocionais, que os impossibilitam de manter autonomia. Essas pessoas estão impossibilitadas de viver com independência e geralmente estão institucionalizadas, recebendo ajuda permanentemente.

2.5.3. Coordenação da RNCCI

A coordenação da RNCCI processa-se a três níveis: nacional, regional e local. A nível nacional, a coordenação e implementação da Rede são asseguradas pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), responsável pela articulação entre os diversos intervenientes e parceiros, adicionalmente à elaboração e apresentação de propostas de planos e normas para desenvolvimento e melhoria da Rede. A nível regional, a coordenação e implementação são asseguradas por cinco equipas constituídas por elementos da Saúde e da Segurança Social. A Equipa

Coordenadora Regional (ECR) integra um grupo multidisciplinar, assim como profissionais com conhecimentos e experiência nas áreas de planeamento, gestão e avaliação. A nível local, a coordenação é assegurada por equipas sediadas nos Centros de Saúde (CS). As Equipas Coordenadoras Locais (ECL) são também constituídas de modo multidisciplinar por elementos da Saúde e da Segurança Social, devendo integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, sempre que possível, um representante da autarquia local. As equipas Coordenadoras Regionais (ECR) articulam com a coordenação, aos níveis nacional e local, e asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede. As Equipas Coordenadoras Locais (ECL), por sua vez, articulam com a coordenação a nível regional, asseguram o acompanhamento e a avaliação da Rede, bem como a articulação e coordenação dos recursos e actividades.

Não se poderia falar em rede sem se falar em parceria, enquanto princípio estratégico de combate aos mecanismos de exclusão das sociedades actuais. Isto envolve a acção de diferentes instituições/sectores – governamental, autárquico, sociedade civil, sector da saúde, sector social – que, actuando em conjunto, conseguem ter um melhor conhecimento da realidade, desenvolvendo políticas de comunicação, informação e sensibilização mais eficazes junto das comunidades (RNCCI, 2006).

2.5.4. Tipos de Respostas

Garantir a continuidade e a adequação das intervenções ao nível da saúde e do apoio social são algumas das questões prioritárias face aos novos desafios no actual contexto sociodemográfico europeu. Neste sentido, define como objectivo a instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: desenvolver acções mais próximas das pessoas em

situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de saúde e de longa duração que garantam a qualidade, a equidade e a sustentabilidade dos sistemas, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e às alterações de funcionalidade.

Tal finalidade deverá ser alcançada através da implementação da RNCCI que tem como objectivo estratégico garantir a prestação de cuidados integrados de saúde e de apoio social a pessoas que, independentemente da idade, se encontram em situação de dependência e necessitam deste tipo de cuidados, contribuindo para a sua recuperação, reabilitação e reintegração.

Considerando que os utentes da Rede se caracterizam por terem, usualmente, doenças crónicas, e que devem continuar a sua recuperação fora do hospital, procura-se criar uma lógica de serviços que passe pela adequação dos cuidados às necessidades de reabilitação e/ou de manutenção de funções básicas, após a ocorrência de um episódio de doença agudo ou de agudização de uma doença crónica que conduz ou agrava situações de dependência. O desenvolvimento da Rede visa garantir que as necessidades de cuidados continuados integrados são satisfeitos pela oferta criada neste âmbito através de parcerias públicas, sociais e privadas, quer ao nível das tipologias, quer ao nível geográfico, contribuindo, assim, para a redução do tempo médio de internamento hospitalar e para uma mais completa reabilitação destes utentes.

A prestação dos cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de unidades de internamento e de ambulatório, bem como de equipas hospitalares e domiciliárias. Neste contexto, é importante distinguirem-se as seguintes tipologias de Cuidados Continuados:

- **Unidades de Internamento**

- Unidade de Convalescença
- Unidade de Média Duração e Reabilitação
- Unidade de Longa Duração e Manutenção
- Unidade de Cuidados Paliativos

- **Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos**
 - Cuidados Continuados Domiciliários
 - Equipa Comunitária de Cuidados Continuados Integrados
 - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
 - Ambulatório
 - Unidades de Dia

Como se tem vindo a referir, os Cuidados Continuados Integrados visam a redução do número de altas hospitalares tardias, a redução do reinternamento hospitalar e a identificação e planeamento das necessidades de cuidados do cidadão. Segundo dados da UMCCI, mais de metade dos utentes que entraram nas unidades de internamento da RNCCI provêm do hospital (72%) e aproximadamente um terço do domicílio (28%). As tipologias com maior percentagem de utentes provenientes do hospital são as de Convalescença e Cuidados Paliativos (cerca de 80%).

A mesma fonte estima que ocorram mais de 95 mil readmissões hospitalares por ano. Ou seja, mais de noventa e cinco mil casos de cidadãos voltam ao hospital, num prazo inferior a setenta e duas horas, em grande medida por consequência dos efeitos de algum grau de dependência motora e outras. Deste total, cerca de metade são pessoas com mais de 65 anos de idade. Este fenómeno é uma das problemáticas fundamentais que sustenta a necessidade de promover a adequação dos serviços de saúde e apoio

social às necessidades decorrentes do aumento da incidência de dependência e que justifica a criação e dinamização da RNCCI. O controlo dos doentes constitui um instrumento de redução de reinternamentos (RNCCI, 2006).

Seguidamente serão definidas as tipologias de cuidados continuados referentes às diferentes unidades de internamento, sendo dado mais ênfase à Unidade de Convalescença.

2.5.4.1. Unidade de Convalescença

A Unidade de Convalescença é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para dispensar cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico. A Unidade de Convalescença tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos (*Ibidem*).

Pretende-se, com este tipo de unidades, responder a necessidades transitórias, visando maximizar os ganhos em saúde, isto é, promover a reabilitação e a independência dos utentes, contribuir para a gestão das altas dos hospitais de agudos, evitar a permanência desnecessária nos serviços dos hospitais de agudos e otimizar a utilização de unidades de internamento de média e longa duração. Destina-se a internamentos de curta duração com previsão até 30 dias consecutivos por cada admissão⁷. Os utentes das Unidades de Convalescença são maioritariamente doentes

⁷Artigo 13º, Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho, publicado em D.R. n.º 109, 1.ª série, de 6 de Junho

dependentes e a necessitar de componente de reabilitação intensiva. São sobretudo doentes oriundos de serviços de Medicina Interna, Cirurgia, Ortopedia/ Traumatologia e de Neurologia. A prestação de cuidados é garantida por uma equipa multidisciplinar que compreende profissionais das áreas da saúde, nomeadamente enfermeiros, médicos, dietistas, fisioterapeutas, auxiliares de acção médica. No que à área da acção social diz respeito incluem-se os técnicos de serviço social e os assistentes administrativos.

Os cuidados de convalescença recebem diferentes denominações, dependendo do país onde estão inseridos.

Assim, nos EUA e nos países anglo-saxónicos designam-se por *Unidades de Avaliação Geriátrica ou Unidades de Reabilitação Geriátrica* (Applegate, 1983). Em França, denominam-se por *Internamento Médio*, por sua vez na Catalunha recebem o nome de *Unidades de Convalescença* e no resto da Espanha designam-se por *Unidades de Média Estância* (Carbonell, 1986).

Com o enquadramento de conceitos internacionais mais recentes podemos considerar as Unidades de Convalescença como: unidades destinadas a pessoas com uma doença crónica, ou que se encontrem em fase de recuperação de um processo agudo com perda de autonomia potencialmente recuperável.

As unidades a que nos referimos estão orientadas para o restabelecimento das funções, actividades ou capacidades alteradas em consequência dos processos patológicos prévios. Constituem um dos recursos intermédios entre a alta hospitalar e o domicílio. São utilizáveis para a recuperação de situações agudas e nos casos de exacerbação de processos crónicos.

A coordenação e a articulação são feitas preferencialmente com hospitais de agudos e centros de saúde (CS), tal como os outros níveis de cuidados continuados, de modo a assegurar a continuidade dos cuidados aos utentes atendidos.

Actualmente são consideradas como um recurso de saúde absolutamente necessário na garantia da continuidade do processo de prestação de cuidados. O objectivo principal das unidades de convalescença é a recuperação da independência funcional (DGS, 2006).

O presente estudo incidirá a sua atenção exclusivamente nas unidades de convalescença. Segundo alguns especialistas, é nesta unidade que os idosos apresentam um menor grau de dependência, logo, maior predisposição para uma recuperação mais efectiva.

É de extrema importância perceber o que esta rede nacional para os cuidados continuados integrados significa ao nível da unidade de convalescença para o doente, e, neste sentido, monitorizar a qualidade dos serviços que são postos à disposição, além de reconhecer quais os ganhos mais evidentes em autonomia à saída da rede e qual o destino dos idosos após a alta.

2.5.4.2. Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação

A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial (Ordem dos Médicos Secção Regional do Norte, 2008). Existe para responder a situações clínicas decorrentes da recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável (RNCCI, 2006). A unidade de média duração e reabilitação tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontra nesta unidade (*Ibidem*). Os utilizadores das unidades de média duração e reabilitação são doentes oriundos do hospital e de outras unidades

da rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social, ou ainda, do domicílio, que careçam de cuidados integrados em regime de internamento que vise a sua reabilitação (RNCCI, 2009). Está definido para este tipo de resposta um internamento superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos por cada admissão⁸. Podem, ainda, existir unidades de média duração e reabilitação, com características próprias, destinadas a grupos específicos de doentes.

2.5.4.3. Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção

A unidade de longa duração e manutenção é uma unidade de internamento de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardam o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos⁹.

Os destinatários das unidades de internamento de longa duração e manutenção são pessoas, que pela sua situação de dependência, por razões de doença ou patologias associadas à idade, necessitam de cuidados continuados integrados. São oriundos de outras respostas da rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou, ainda, do domicílio (RNCCI, 2009).

⁸Artigo 15º, Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho, publicado em D.R. n.º 109, 1.ª série, de 6 de Junho

⁹Artigo 17º, Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho, publicado em D.R. n.º 109, 1.ª série, de 6 de Junho

2.5.4.4. Unidade de Cuidados Paliativos

A unidade à qual se faz referência é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde. Presta acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrente de doença severa e/ou avançada, incurável ou progressiva¹⁰.

2.5.4.5. Cuidados Continuados Domiciliários

A Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados define como tipologia de resposta, no âmbito do Apoio Domiciliário, as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que se constituem como núcleo base de prestação dos cuidados continuados integrados no contexto domiciliário. Estas são equipas multidisciplinares, integradas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) ou sob a dependência de entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários – decorrentes da avaliação integral de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros – a pessoa em situação de dependência funcional ou doença terminal, bem como a todos os que estão em processo de convalescença e cuja situação, apesar de não requerer internamento, não possibilita que se desloquem de forma autónoma (Conselho de Enfermagem, 2009).

¹⁰Artigo 19º, Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho, publicado em D.R. n.º 109,1.ª série, de 6 de Junho

2.5.4.6. Unidade de Dia e Promoção de Autonomia

O regime de unidade de dia destina-se a pessoas em situação de dependência, cujas condições clínicas e sociofamiliares não são as mais adequadas. Têm como objectivo a reabilitação, recuperação e inserção do doente, trata-se de uma unidade de prestação de cuidados integrais de suporte, de promoção de autonomia e apoio social a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio¹¹.

Após a etapa da distinção das tipologias de Cuidados Continuados existentes, parece oportuno enunciar as três fases em desenvolvimento da RNCCI, sendo elas:

- Fase 1 (de 2006 a 2008), a qual tem como objectivo a criação e consolidação de experiência no âmbito da prestação de cuidados continuados integrados, bem como no âmbito do planeamento, gestão e avaliação;
- Fase 2 (de 2009 a 2012), na qual se prevê a evolução a nível dos sistemas de informação e instrumentos, possibilitando a obtenção de resultados;
- Fase 3 (de 2013 a 2016), na qual se prevê a consolidação e estabilização do modelo.

A Tabela 1 traduz para cada uma das fases de implementação previstas, o número de camas e a tipologia de internamento em causa.

¹¹Artigo 21º, Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho, publicado em D.R. n.º 109,1.ªsérie, de 6 de Junho

Tabela 1 – Tipologias de Internamento e Fases de Implementação

Tipologia de Cuidados		FASE 1 (2006 – 2008)	FASE 2 (2009 – 2012)	FASE 3 (2013 – 2016)
Unidade de Convalescença	Nº camas	977	1.954	2.931
Unidade de Média Duração e Reabilitação	Nº camas	1.139	2.117	3.257
Unidade de Longa Duração e Manutenção	Nº camas	2.720	5.374	8.143
Unidade de Cuidados Paliativos	Nº camas	326	651	977
Unidade de Dia e Promoção da Autonomia	Nº de lugares	814	1.629	2.443

Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados, 27 de Julho de 2007.

Depois de identificadas e definidas as temáticas de fulcral importância para avaliar o tema em estudo, será feita a abordagem metodológica do trabalho de investigação.

PARTE III – FASE METODOLÓGICA

A metodologia é uma fase decisiva num trabalho de investigação, uma vez que só através da utilização de métodos adequados é possível percorrer o caminho para alcançar os objectivos traçados, conferindo validade científica ao estudo.

3.1. Desenho da Investigação

O desenho e o método de investigação constituem uma das partes nobres do nosso estudo. São estes que permitem recolher a informação necessária (quantitativa,

qualitativa ou mista) de modo apropriado, com os procedimentos apropriados, que permitem identificar e exaltar os aspectos mais importantes da investigação (Ribeiro, 2007).

A investigação quantitativa caracteriza-se por trabalhar em dados empíricos (ou seja, por entidades abstractas que representam uma contagem, uma medição, um cálculo). Tendo em conta os objectivos que se pretende alcançar, a escolha da investigação quantitativa parece a mais adequada, uma vez que a este estudo estão subjacentes aspectos quantificáveis, característicos do método quantitativo, sendo este “(...) um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis” (Fortin, 1999: 22).

O tipo de estudo especifica as actividades que permitem a obtenção de respostas fiáveis às questões de investigação. Descreve ainda que “(...) a estrutura utilizada segundo a questão de investigação visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis” (Fortin, 1999: 133).

Neste mesmo estudo optaremos pela investigação não experimental quantitativa, uma vez que a mesma se realiza sem recorrer à manipulação deliberada das variáveis, como a idade, o sexo, a escolaridade, com quem reside e a profissão. Analisar-se-ão os fenómenos tal como ocorrem no seu contexto natural, para posteriormente serem analisados (Kerlinger & Lee, 2002).

Trata-se de um desenho do tipo longitudinal, de painel, uma vez que, a focalização será feita em mais do que um momento distinto, com o mesmo grupo de indivíduos, seleccionados no início da investigação. (D’Ancona, 2001).

O estudo em causa desenvolver-se-á em três fases. Numa 1ª etapa, através de uma grelha de avaliação, utilizando a Escala de Likert, será realizada uma avaliação funcional dos indivíduos com 65 ou mais anos que foram admitidos na RNCCI, no

período de 24 de Fevereiro a 25 de Abril de 2011, mais propriamente no internamento da unidade de convalescença. Posteriormente, numa 2ª etapa, será aplicada a mesma escala aos indivíduos seleccionados na 1ª etapa, que cumpriram os 30 dias de internamento e lhes foi atribuída alta médica. A 3ª e última etapa compreenderá o período correspondente aos 30 dias após a alta médica. Em termos práticos a recolha de dados desenvolveu-se entre os dias 24 de Fevereiro e 25 de Maio de 2011.

3.2. Amostra

A amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população em estudo esteja representada (Fortin, 1999).

No estudo iremos recorrer a uma amostragem não probabilística por critério, uma vez que temos como objectivo trabalhar exclusivamente com indivíduos de 65 e mais anos, que permaneceram nos cuidados continuados na unidade de convalescença da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso, num determinado período, já referido anteriormente.

Justifica-se este processo de amostragem uma vez que pretendemos estudar indivíduos com 65 e mais anos que estiveram internados na referida unidade de cuidados. A escolha desse critério é determinante no que se refere ao aporte de informação relevante para a investigação pretendida (D'Ancona, 2004).

A amostra será constituída por 20 indivíduos. O número em causa justifica-se, tendo em conta que a investigação se desenvolverá em 3 fases distintas, prevendo-se um período de recolha de dados superior a 3 meses. Uma amostra superior tornaria a

investigação não viável, tanto em termos económicos como em termos de recursos de tempo propriamente dito.

3.3. Método de Recolha de Dados

O método de recolha de dados de uma investigação é caracterizado por técnicas rigorosas que permitam assegurar a validade e fidelidade dos dados recolhidos.

De acordo com o método de investigação a que iremos recorrer neste estudo, o instrumento de recolha de dados a utilizar será o inquérito, uma vez que este permite recolher informações baseando-se, geralmente, na inquisição de um grupo representativo da população em estudo. Para tal, colocar-se-á uma série de questões que abarquem o tema em causa, não havendo interacção directa entre estes e os inquiridos (Ribeiro, 2007).

A selecção da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso, para a realização do estudo, está estreitamente relacionada com a proximidade geográfica da zona de residência da investigadora. Uma vez que a investigação foi concretizada nesta instituição, foi antecipadamente solicitada autorização através de carta dirigida à direcção do mesmo, a qual foi concebida com muito agrado.

Aquando da recolha de dados, os participantes foram abordados pessoalmente pela investigadora, foram informados acerca dos objectivos da pesquisa, a possibilidade ou não de participar, o tempo de aplicação do questionário e o sigilo da identidade. Após resposta afirmativa, o preenchimento dos questionários foi realizado. A aplicação dos mesmos, nas três avaliações, teve a duração média de 20 minutos.

A escala que foi aplicada foi a Escala ou Índice de *Barthel* (em anexo) trata-se de um índice que avalia as actividades de vida diária, sobretudo na avaliação funcional,

cujos aspectos mais focados são a autonomia/dependência. Pretende-se avaliar se o doente é capaz de executar certas actividades independentemente, ou qual o grau de ajuda necessário. A pontuação é compreendida entre 0 e 100 valores. Valores entre 80-100 os idosos são considerados independentes; entre 60 e 79 necessitam de uma ajuda mínima nas AVD's; com 48-59 valores são parcialmente dependentes; de 20-39 são muito dependentes e com menos de 20 são totalmente dependentes.

A “ Escala ou Índice de *Barthel*” (1989) é constituída por dez questões que visam avaliar o grau de dependência dos inquiridos.

À questão 1, relativa à AVD de Higiene Pessoal, deu-se a seguinte pontuação:

0: O paciente é incapaz de fazer a higiene pessoal, e é dependente em todos os aspectos;

- 1.** Assistência é requerida em todos os passos da higiene pessoal;
- 3.** Alguma assistência é requerida em um ou mais passos da higiene pessoal;
- 4.** O paciente é capaz de efectuar a sua própria higiene pessoal, mas requer a mínima assistência antes e/ou após a operação;
- 5.** O paciente pode lavar suas mãos e face, cabelo, lavar os dentes e barbear. Um paciente do sexo masculino pode usar qualquer tipo de gilete, mas deve inserir a lâmina, ou retirá-la da gilete sem ajuda, assim como retirá-la da gaveta ou armário. Um paciente do sexo feminino deve aplicar a sua própria maquilhagem, se utilizar, mas não necessita de auxílio a pentear ou entrelaçar o seu cabelo.

À questão 2 relativa à AVD tomar banho, atribuiu-se a seguinte pontuação:

- 0.** Total dependência enquanto toma banho;

1. Assistência é requerida em todos os aspectos do banho;
3. Assistência é requerida quer na transferência para o duche/banheira, quer com o lavar ou secar, incluindo incapacidade de completar a tarefa devido à sua condição ou doença, entre outros;
4. Supervisão é requerida para a segurança, no ajustar da temperatura da água ou na transferência;
5. O paciente pode usar uma banheira, um duche ou tomar um banho completo de esponja. O paciente deve ser capaz de fazer todos os passos seja qual for o método empregue sem que outra pessoa esteja presente.

À questão 3 relativa à AVD relacionada com a Alimentação, deu-se a seguinte pontuação:

0. Dependente em todos os aspectos e necessidade para alimentar-se;
2. Pode manipular um dispositivo de alimentação, usualmente uma colher, mas alguém deve providenciar assistência activa durante a refeição;
5. Capaz de se alimentar sem supervisão. Assistência é requerida em tarefas associadas, como colocar leite/açúcar no chá, sal, pimenta, espalhar manteiga, voltar um prato ou qualquer outra actividade.
8. Independência na alimentação com treino anterior, excepto no cortar da carne, abrir pacotes de leite, tapar jarro, entre outros. A presença de outra pessoa não é requerida.
10. O paciente pode alimentar-se de uma mesa ou tabuleiro quando alguém coloca a comida ao seu alcance. O paciente deve pôr um dispositivo de assistência se

necessário, cortar a comida e se desejado, usar sal ou pimenta, espalhar manteiga, entre outros.

À questão 4 relativa às AVD's referente à toilette atribuiu-se a seguinte pontuação :

- 0.** Total dependência na casa de banho/toilette;
- 2.** Assistência requerida em todos os aspectos da toilette;
- 5.** Assistência pode ser requerida no manuseio da roupa, transferências ou lavar as mãos;
- 8.** Supervisão pode ser requerida para segurança na toilette normal. Uma pia pode ser utilizada à noite mas assistência é requerida para esvaziar ou limpar;
- 10.** O paciente é capaz de sair ou entrar da casa de banho, apertar e desapertar as roupas, prevenir o sujar das roupas e usar papel higiênico sem auxílio. Se necessário o paciente pode utilizar uma pia, uma tina ou urinol à noite, mas deve ser capaz de esvaziá-lo e limpá-lo.

À questão 5 relativa à AVD subir e descer escadas conferiu-se a seguinte pontuação:

- 0.** O paciente é incapaz de utilizar as escadas;
- 2.** Assistência é requerida em todos os aspectos, durante a utilização das escadas, incluindo assistência com meios auxiliares;
- 5.** O paciente é capaz de subir/descer mas é incapaz de transportar auxiliares de marcha, e necessita de supervisão e assistência;

8. Geralmente nenhuma assistência é requerida. Em certos momentos supervisão é requerida para a segurança aliada á rigidez matinal, dificuldade na respiração, entre outros;

10. O paciente é capaz de subir/descer um lanço de escadas em segurança sem auxílio ou supervisão. O paciente é capaz de utilizar o corrimão, apoios, ou canadianas quando necessário e é capaz de transportar esses auxiliares à medida que ele/ela desce ou sobe.

À questão 6 relativa à AVD vestir deu-se a seguinte pontuação:

0. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e é incapaz de participar nesta actividade;

2. O paciente é capaz de participar em alguns aspectos, mas é dependente em todos os aspectos do vestir;

5. Assistência é necessária em colocar e/ou remover alguma roupa;

8. Apenas a mínima assistência é requerida com a roupa de apertar, como os botões, feixes, cintos, sapatos, entre outros;

10. O paciente é capaz de pôr, remover e apertar roupa, dar laços nos atacadores dos sapatos, colocá-los, apertá-los, remover cintas/coletes, suspensórios, como é pedido.

À questão 7 relativa à AVD defecar, atribui-se a seguinte pontuação:

0. O paciente é incontinente;

2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada, e com técnicas de facilitação dos movimentos intestinais;

5. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue utilizar técnicas de facilitação, ou limpar-se sem auxílio e tem acidentes frequentes. Assistência é requerida com os auxiliares de incontinência com fraldas, etc.

8. O paciente pode requerer supervisão com o uso de supositórios, ou clister e tem acidentes ocasionais;

10. O paciente pode controlar os intestinos e não tem acidentes, pode usar supositórios, ou utilizar clister quando necessário.

À questão 8 relativa à AVD urinar deu-se a seguinte pontuação:

0. O paciente é dependente enquanto urina, é incontinente, ou tem um cateter;

2. O paciente é incontinente, mas é capaz de assistir com a aplicação de um dispositivo interno ou externo;

5. O paciente está geralmente seco durante o dia, mas á noite necessita de alguma assistência com os dispositivos;

8. O paciente está geralmente seco durante o dia ou noite, mas pode ter acidentes ocasionais ou necessita de mínima assistência com dispositivos internos ou externos;

10. O paciente é capaz de controlar a bexiga durante o dia ou noite e/ou é independente com dispositivos internos ou externos;

À questão 9 relativa à AVD referente às transferências cadeira / cama, conferiu-se a seguinte pontuação:

0. Incapaz de participar na transferência. Dois indivíduos auxiliares são requeridos para transferir o paciente com ou sem dispositivo mecânico;

3. Capaz de participar mas com a máxima assistência de outra pessoa, requerida em todos os aspectos da transferência;

8. A transferência requer a assistência de outra pessoa. Assistência pode ser requerida em alguns aspectos da transferência;

12. A presença de outra pessoa é requerida como uma medida preventiva, ou para providenciar supervisão como segurança;

15. O paciente pode seguramente aproximar-se da cama numa cadeira de rodas, tirar os braços da cadeira de rodas, levantar os apoios dos pés, transferir-se com segurança para a cama, deitar-se, voltar à posição de sentado num dos lados da cama, alterar a posição da cadeira de rodas, voltar a transferir-se para a cadeira de rodas com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da sua actividade;

À questão 10 relativa à AVD deambular, atribuiu-se a seguinte pontuação:

0. Dependente na deambulação;

3. Presença constante de um ou mais assistentes é requerida durante a deambulação

8. Assistência é requerida com meios auxiliares e/ou a sua manipulação. Um indivíduo é requerido para oferecer assistência;

12. O paciente é independente na deambulação mas incapaz de andar 50 metros sem auxílio, supervisão é requerida para a protecção ou segurança em situações difíceis;

15. O paciente deve ser capaz de utilizar canadianas se necessário, colocar e retirar as canadianas, assumir a posição de pé, sentar-se, e colocar estes auxiliares de

marcha na posição correcta para voltar a utilizar. O paciente deve ser capaz de usar canadianas, bengalas ou andarilhos e caminhar 50 metros sem auxílio ou supervisão;

3.4. Método de Análise dos Dados

Segundo Fortin, a análise de dados “permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador” (1999).

Os dados foram analisados com recurso ao software estatístico PASW (SPSS versão 18.0). Depois da introdução dos dados, foi realizada a análise exploratória/descritiva com o cálculo das frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis qualitativas (sexo, estado civil, escolaridade, com quem reside e situação laboral) a fim de caracterizar a amostra. De seguida procedeu-se ao cálculo das médias, dos desvios-padrão, do mínimo e do máximo das variáveis quantitativas, nomeadamente, a idade, a escala de Barthel 1^a, 2^a e 3^a avaliação. Foi também efectuada a análise inferencial de modo a avaliar diferenças entre as avaliações da escala de Barthel, nos vários momentos, através do teste *t-student* para amostras emparelhadas. Optou-se pelo teste em causa uma vez que é um teste paramétrico que determina a média de uma população, para além de ser de interpretação acessível. Nesta análise o nível de significância adoptado foi de 0,05.

3.5. Considerações Éticas

Em qualquer estudo de investigação é essencial dirigir atenção aos métodos de recolha de dados e informação que se irão aplicar. Deste modo, são expostos alguns dos pressupostos considerados à partida na sua elaboração e aplicação: anonimato e confidencialidade, explicação do estudo e consentimento, participação voluntária e

carácter confidencial das informações obtidas. O presente estudo respeitou todas as premissas referidas.

3.6. Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo é composta por um total de 20 indivíduos, verificando-se uma média etária de 76,6 anos, tendo o mais novo 65 anos e mais velho 91 anos de idade. Fazendo uma consideração atenta da Tabela 3, pode verificar-se que a amostra é constituída por 7 (35%) indivíduos do sexo masculino e 13 (65%) do sexo feminino, ou seja, a maioria dos idosos inquiridos são do sexo feminino.

Tabela 2 -Caracterização da Amostra

	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Sexo		
Masculino	7	35,0
Feminino	13	65,0
Estado Civil		
Solteiro	4	20,0
Casado/União de Facto	3	15,0
Divorciado/Separado	1	5,0
Viúvo	12	60,0
Escolaridade		
Sem Escolaridade	9	45,0
1º Ciclo do Ensino Básico	11	55,0
Com quem reside		
Instituição	2	10,0
Casa própria, mas sozinho	8	40,0
Casa própria, com familiares	5	25,0
Casa de familiares	4	20,0
Outro local	1	5,0
Situação Laboral		
Reformado	20	100,0
Exerce profissão	0	0

No que se refere ao estado civil, é possível observar que os indivíduos que constituem a amostra são maioritariamente viúvos, representando 12 indivíduos, num total de 20, correspondendo a 60%. Os solteiros por sua vez representam 20% dos inquiridos. Seguem-se os indivíduos casados/união de facto, com 15% e os divorciados/separados com 5%.

A partir da observação da Tabela 2, é possível também constatar que, relativamente à escolaridade dos inquiridos, 55% tem o correspondente ao 1º ciclo do ensino básico e os restantes 45% são analfabetos.

Em relação à questão com quem reside, verifica-se que 25% dos indivíduos inquiridos vivem em casa própria com familiares, 20% residem em casa de familiares, 10% vivem em instituições e 5% dos inquiridos idosos reside noutro local. Os idosos que residem em casa própria, mas sozinhos representam 40% do total dos inquiridos.

Quanto à situação laboral todos os inquiridos são reformados.

PARTE IV – FASE EMPÍRICA

A fase empírica caracteriza-se por colocar em execução o plano de investigação traçado. Desta fase consta a colheita de dados no terreno, a sua organização e posterior tratamento. Para tal, são utilizadas “técnicas estatísticas descritivas e inferenciais, que vão permitir a interpretação, e conseqüente comunicação dos resultados” (Fortin, 1999: 41).

Depois de elaborada a caracterização da amostra, é efectuada de seguida a apresentação e interpretação dos dados obtidos, com vista a encontrar respostas para as questões de investigação.

4.1. Apresentação dos Resultados

“Os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita de dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto” (Fortin, 1999: 230).

Os resultados que aqui apresentamos encontram-se organizados da seguinte forma, tendo em conta que desempenham o suporte à concretização do objectivo proposto:

- nível de dependência da amostra estudada, na realização das AVD`s, nos três momentos avaliados;
- grau de dependência na amostra estudada nos três momentos avaliados;
- diferenças significativas nas médias das três avaliações.

4.1.1. Resultados relativos ao nível de dependência, na realização das AVD`s

Tabela 3 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária – Higiene Pessoal

		1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
		N	(%)	n	(%)	N	(%)
Higiene Pessoal	Não pode	7	(35,0)	0	(0)	0	(0)
	Pode com ajuda máxima	13	(65,0)	9	(45,0)	4	(20,0)
	Pode com ajuda moderada	0	(0)	1	(5,0)	3	(15,0)
	Pode com ajuda mínima	0	(0)	1	(5,0)	2	(10,0)
	Pode por si próprio	0	(0)	9	(45,0)	11	(55,0)

Na tabela 3, que se refere à higiene pessoal, verifica-se que, numa 1ª avaliação 35% dos 20 idosos inquiridos realizam a sua higiene com ajuda máxima, enquanto que 35% não conseguem realizar esta actividade. Já na 2ª avaliação observa-se que 45% dos indivíduos necessitam de ajuda máxima para a realização da higiene pessoal, o mesmo número é totalmente independente nesta tarefa, sendo que 5% necessita de uma ajuda mínima e o mesmo número de ajuda moderada. Finalmente, numa 3ª e última avaliação constata-se que há 55% de inquiridos que já conseguem realizar a tarefa da higiene pessoal autonomamente, apenas 20% necessitam de ajuda máxima, 15% precisam de ajuda moderada e 10% recorrem a ajuda mínima.

Tabela 4 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária - Tomar banho

		1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
		N	(%)	n	(%)	N	(%)
Tomar banho	Não pode	7	(35,0)	0	(0)	0	(0)
	Pode com ajuda máxima	13	(65,0)	9	(45,0)	2	(10,0)
	Pode com ajuda moderada	0	(0)	2	(10,0)	4	(20,0)
	Pode com ajuda mínima	0	(0)	0	(0)	1	(5,0)
	Pode por si próprio	0	(0)	9	(45,0)	13	(65,0)

Na tabela 4, relativa à tarefa de tomar banho, constata-se que na 1ª avaliação 65% dos 20 idosos inquiridos pode fazê-lo com ajuda máxima, enquanto que os restantes 35% não conseguem realizá-lo. Por sua vez, numa 2ª avaliação verifica-se que 45% dos inquiridos executa a actividade com ajuda máxima, o mesmo número de pessoas conseguem fazê-lo por si próprio e 10% realizam a tarefa com ajuda moderada. Na 3ª avaliação, 65% dos 20 idosos tomam banho sem qualquer tipo de ajuda, 20% necessitam de ajuda moderada, 10% dos inquiridos toma banho com ajuda máxima e 5% pode fazê-lo com ajuda mínima.

Tabela 5 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária - Alimentação

		1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
		N	(%)	n	(%)	N	(%)
Alimentação	Não pode	0	(0)	0	(0)	0	(0)
	Pode com ajuda máxima	4	(20,0)	0	(0)	0	(0)
	Pode com ajuda moderada	0	(0)	0	(0)	0	(0)
	Pode com ajuda mínima	0	(0)	1	(5,0)	0	(0)
	Pode por si próprio	16	(80,0)	19	(95,0)	20	(100,0)

Na tabela 5, relativa à alimentação, na 1ª avaliação constata-se que 80% dos 20 inquiridos idosos realizam esta tarefa por si próprio, ao passo que os restantes 20% necessitam de ajuda máxima para o fazer. Numa 2ª avaliação 95% dos inquiridos executam a tarefa por si próprios e apenas 5% dos idosos precisa de ajuda mínima para o fazer. Na 3ª e última avaliação observa-se que 100% dos inquiridos se alimentam por si próprios.

Tabela 6 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária – Toilette

		1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
		N	(%)	n	(%)	N	(%)
Casa de Banho/Toilette	Não pode	7	(35,0)	0	(0)	0	(0)
	Pode com ajuda máxima	13	(65,0)	9	(45,0)	2	(10,0)
	Pode com ajuda moderada	0	(0)	2	(10,0)	4	(20,0)
	Pode com ajuda mínima	0	(0)	0	(0)	1	(5,0)
	Pode por si próprio	0	(0)	9	(45,0)	13	(65,0)

Na tabela 6, relativa às actividades que dizem respeito à toilette, verifica-se que 65% dos indivíduos necessita de ajuda máxima para o fazer e 35% dos idosos não o consegue realizar. Numa 2ª avaliação, constata-se que são 45% os idosos que executam a referida actividade com ajuda máxima, são igualmente 45% os que o conseguem fazer por si próprios, os restantes 10% necessitam de ajuda moderada para o fazer. Na 3ª avaliação observa-se que 65% dos idosos realizam a toilette por si próprios, 20% fazem-no com ajuda moderada, 10% necessitam de ajuda máxima e 5% dos idosos fá-lo com ajuda mínima.

Tabela 7 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária - Locomoção em Escadas

		1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
		N	(%)	n	(%)	n	(%)
Locomoção em Escadas	Não pode	17	(85,0)	2	(10,0)	0	(0)
	Pode com ajuda máxima	3	(15,0)	1	(5,0)	1	(5,0)
	Pode com ajuda moderada	0	(0)	2	(10,0)	3	(15,0)
	Pode com ajuda mínima	0	(0)	2	(10,0)	2	(10,0)
	Pode por si próprio	0	(0)	13	(65,0)	14	(70,0)

Na tabela 7, relativa à locomoção em escadas, comprova-se na 1ª avaliação que 85% dos 20 indivíduos não pode fazê-lo e os restantes 15% fazem-no com ajuda máxima. Na 2ª avaliação, verifica-se que 65% dos idosos executa a tarefa de locomoção

em escadas por si próprios, 10% podem fazê-lo com ajuda mínima, o mesmo número de inquiridos fá-lo com ajuda moderada, o mesmo número é ainda representativo dos que não conseguem fazê-lo, apenas 5% se desloca com ajuda máxima. Relativamente à 3ª avaliação, no que diz respeito à locomoção em escadas, constata-se que 70% dos idosos fazem-no por si próprios, 15% conseguem-no com ajuda moderada, 10% fazem-no com ajuda mínima e 5% executa esta actividade com ajuda máxima.

Tabela 8 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária - Vestir

		1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
		N	(%)	n	(%)	n	(%)
Vestir	Não pode	6	(30,0)	0	(0)	0	(0)
	Pode com ajuda máxima	12	(60,0)	2	(10,0)	1	(5,0)
	Pode com ajuda moderada	2	(10,0)	1	(5,0)	1	(5,0)
	Pode com ajuda mínima	0	(0)	2	(10,0)	3	(15,0)
	Pode por si próprio	0	(0)	15	(75,0)	15	(75,0)

Na tabela 8, relativa à actividade de vida diária de vestir-se, no que se diz respeito à 1ª avaliação, verifica-se que 60% dos 20 indivíduos inquiridos consegue executá-la com ajuda máxima, 30%, por sua vez, não o consegue fazer e 10% fá-lo com ajuda moderada. Numa 2ª avaliação, constata-se que 75% dos idosos consegue vestir-se por si próprio, 10% necessita de ajuda mínima, o mesmo número corresponde aos que o conseguem fazer com ajuda máxima e 5% fá-lo com ajuda moderada. No que se refere à 3ª avaliação comprova-se que 75% dos inquiridos consegue vestir-se, 15% fá-lo com ajuda mínima, 5% dos idosos consegue vestir-se com ajuda moderada e o mesmo número é representativo dos que necessitam de ajuda máxima para o fazer.

Tabela 9 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária - Defecação

		1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
		N	(%)	n	(%)	n	(%)
Defecação	Não pode	4	(20,0)	0	(0)	0	(0)
	Pode com ajuda máxima	1	(5,0)	1	(5,0)	0	(0)
	Pode com ajuda moderada	0	(0)	0	(0)	1	(5,0)
	Pode com ajuda mínima	3	(15,0)	1	(5,0)	1	(5,0)
	Pode por si próprio	12	(60,0)	18	(90,0)	18	(90,0)

Na tabela 9, que se refere à defecação, na 1ª avaliação verifica-se que 60% dos inquiridos fazem-no por si próprios, 20% não o consegue fazer, 15% necessita de ajuda mínima e 5% dos idosos fá-lo com ajuda máxima. Tendo em conta a 2ª avaliação, demonstra-se que 90% dos 20 indivíduos fazem-no por si próprios, 5% fá-lo com ajuda mínima e o mesmo número representa os que necessitam de ajuda máxima para o fazer. Na 3ª e última avaliação, constata-se que relativamente à actividade em causa, 90% dos idosos consegue fazê-lo por si próprio, 5% necessita de ajuda mínima, o mesmo valor representa o idoso que consegue fazê-lo com ajuda moderada.

Tabela 10 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária - Urinar

		1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
		N	(%)	n	(%)	n	(%)
Urinar	Não pode	6	(30,0)	0	(0)	0	(0)
	Pode com ajuda máxima	2	(10,0)	0	(0)	1	(5,0)
	Pode com ajuda moderada	0	(0)	1	(5,0)	1	(5,0)
	Pode com ajuda mínima	8	(40,0)	1	(5,0)	1	(5,0)
	Pode por si próprio	4	(20,0)	18	(90,0)	17	(85,0)

Na tabela 10, relativa à actividade fisiológica de urinar, verifica-se na 1ª avaliação que 40% dos inquiridos fazem-no com ajuda mínima, 30% não o podem fazer, 20% fazem-no por si próprios e 10% dos idosos necessita de ajuda máxima. Tendo em

conta a 2ª avaliação, compreende-se que 90% dos 20 indivíduos o fazem por si próprios, 5% fá-lo com ajuda mínima e o mesmo número representa os que necessitam de ajuda moderada para o fazer. Na 3ª e última avaliação constata-se que relativamente à actividade a avaliar, 90% dos idosos consegue fazê-lo por si próprio, 5% necessita de ajuda mínima, o mesmo valor representa o idoso que consegue fazê-lo com ajuda moderada, e o mesmo número é ainda representativo dos que necessitam de ajuda máxima para urinar.

Tabela 11 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária - Transferência Cadeira/Cama

		1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
		N	(%)	n	(%)	n	(%)
Transferência cadeira/cama	Não pode	7	(35,0)	0	(0)	0	(0)
	Pode com ajuda máxima	13	(65,0)	9	(45,0)	2	(10,0)
	Pode com ajuda moderada	0	(0)	2	(10,0)	4	(20,0)
	Pode com ajuda mínima	0	(0)	0	(0)	1	(5,0)
	Pode por si próprio	0	(0)	9	(45,0)	13	(65,0)

Na tabela 11, que diz respeito à transferência cadeira/cama, verifica-se que 65% dos 20 inquiridos conseguem fazê-lo com ajuda máxima e os restantes 35% não o consegue realizar. Numa 2ª avaliação constata-se que 45% dos idosos o fazem por si próprios, o mesmo número se observa relativamente aos que necessitam de ajuda máxima e os restantes 10% podem fazer a transferência cadeira/cama com ajuda moderada. Na 3ª avaliação observa-se que 65% dos indivíduos realizam a actividade de transferência cadeira/cama por si próprios, 20% fazem-no com ajuda moderada, 10% com ajuda máxima e 5% dos idosos necessita de ajuda mínima para o fazer.

Tabela 12 - Resultados relativos à Actividade de Vida Diária - Deambulação

		1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
		N	(%)	n	(%)	n	(%)
Deambulação	Não pode	6	(30,0)	0	(0)	0	(0)
	Pode com ajuda Omáxima	9	(45,0)	1	(5,0)	0	(0)
	Pode com ajuda moderada	2	(10,0)	0	(0)	1	(5,0)
	Pode com ajuda mínima	0	(0)	2	(10,0)	1	(5,0)
	Pode por si próprio	3	(15,0)	17	(85,0)	18	(90,0)

Na tabela 12, que se refere à deambulação, observa-se numa 1ª avaliação que 45% dos inquiridos necessita de ajuda máxima para o fazer, 30% não o consegue, 15% fazem-no por si próprio e 10% executam-no com ajuda moderada. Na 2ª avaliação, verifica-se que 85% dos idosos deambulam por si próprios, 10% fazem-no com ajuda mínima e 5% dos indivíduos só o faz com ajuda máxima. Na 3ª avaliação, são 90% os idosos que o fazem por si próprio, 5% dos indivíduos fá-lo com ajuda mínima e o mesmo valor é representativo dos que necessitam de ajuda moderada.

4.1.2. Resultados relativos ao grau de dependência, segundo a Escala de Barthel

Tabela 13 - Resultados relativos ao grau de dependência (Escala de Barthel)

Grau de dependência	1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
	n	%	N	%	n	%
Total	6	30,0	0	0	0	0
Grave	5	25,0	1	5,0	0	0
Moderado	8	40,0	0	0	1	5,0
Leve	1	5,0	11	55,0	8	40,0
Independente	0	0	8	40,0	11	55,0
Total	20	100,0	20	100,0	20	100,0

Tendo em conta a tabela 13, onde estão mencionados os graus de dependência, verifica-se que na 1ª avaliação 30% dos 20 idosos são totalmente dependentes, 25% apresentam um grau de dependência grave, 40% denotam dependência moderada e 5% tem uma dependência leve, sendo que nenhum dos inquiridos é independente. Por sua vez, na 2ª avaliação, constata-se que nenhum dos idosos é totalmente dependente, 5% apresenta dependência grave, relativamente à dependência moderada esta não é observada em nenhum dos idosos, 55% apresentam dependência leve e 40% dos inquiridos são independentes nas actividades de vida diária. Na 3ª e última avaliação, observa-se que 5% dos inquiridos apresenta dependência moderada, 40% um grau de dependência leve e 55% dos idosos são independentes.

Tabela 14 – Comparação dos valores médios obtidos nas três avaliações

	Média	Diferenças nas médias	T	p-valor
Total escala de Barthel (1ª Avaliação)	32,05			
Total escala de Barthel (2ª Avaliação)	88,00	-55,950	-18,252	<0,001
Total escala de Barthel (2ª Avaliação)	88,00			
Total escala de Barthel (3ª Avaliação)	91,35	-3,350	-2,349	0,030

Teste de *t-Student*, $p < 0,05$ significativo

Para avaliar a existência de diferenças significativas entre as pontuações da escala de Barthel da 1ª avaliação para a 2ª avaliação e da 2ª avaliação para a 3ª avaliação, foi realizado o teste de *t-Student* para amostras emparelhadas. Através da análise da tabela 14, concluiu-se que existem diferenças significativas nas pontuações médias entre cada uma das avaliações ($p < 0,05$). As pontuações médias da escala de

Barthel aumentaram significativamente da 1ª para a 2ª avaliação e da 2ª para a 3ª avaliação.

4.2. Interpretação e Discussão dos Resultados

Depois da análise dos dados obtidos surge a interpretação e discussão dos resultados, a qual, segundo Fortin (1999:346) deve consistir em “interpretar os resultados obtidos em relação com o problema, as questões de investigação ou as hipóteses e a estabelecer comparações e contrastes com trabalhos anteriores que incidiram sobre o mesmo fenómeno”.

Neste sentido, e tendo em conta o objectivo desta investigação, serão discutidos resumidamente os resultados dos mesmos, uma vez que estes foram de fulcral importância para permitir fornecer uma resposta ao objecto traçado.

O objectivo deste trabalho é conhecer o grau de dependência funcional dos indivíduos com 65 e mais anos que estiveram internados na unidade de convalescença dos cuidados continuados integrados, em 3 momentos distintos: aquando do internamento na unidade de convalescença, na alta e após 1 mês da referida alta.

Os resultados demonstram que na fase de internamento, correspondente à 1ª avaliação do nosso estudo, os idosos inquiridos apresentam graus de dependência na ordem dos 100%, sendo que 30% são totalmente dependentes, 25% apresentam um grau de dependência grave, 40% denotam dependência moderada e 5% tem uma dependência leve. Fica assim evidente, que, tal como refere o Relatório de monitorização anual da RNCCI de 2006, os utentes das Unidades de Convalescença, integrados na Rede, são maioritariamente doentes dependentes e a necessitar de componente de reabilitação intensiva.

A partir dos resultados observados, após aplicação da Escala de Barthel, é manifesta a evidência, já confirmada pelo grupo multidisciplinar do Conselho Europeu, de que “a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da execução das actividades da vida diária (AVD's)”, como por exemplo, subir escadas, cuidar da sua higiene pessoal, vestir-se ou alimentar-se.

No decorrer desta investigação, mais propriamente, na 2ª avaliação, que decorreu 30 dias após o internamento, observa-se que nenhum dos idosos é totalmente dependente; 5% apresenta dependência grave; relativamente à dependência moderada esta não é observada em nenhum dos idosos; 55% apresentam dependência leve e 40% dos inquiridos são independentes nas actividades de vida diária. Tal constatação vem corroborar da filosofia para o qual a Unidade de Convalescença foi criada, a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos.

Na 3ª e última avaliação há uma evidência efectiva de que os utentes inquiridos apresentam graus de dependência não significativos, 5% dos idosos apresenta dependência moderada, 40% um grau de dependência leve e 55% idosos são independentes. De acordo, com a literatura, a Rede, no que diz respeito à Unidade de Convalescença, pretende ser uma resposta efectiva às necessidades transitórias, visando maximizar os ganhos em saúde, isto é, promover a reabilitação efectiva e a independência dos utentes.

Com o desenvolvimento da geriatria e da gerontologia, em conjunto com as mais diversas áreas, tem-se demonstrado que os idosos têm potencial para enfrentar diferentes situações na vida, tais como a doença e a limitação física (Ramos, 2002;

Veras, 2002). Constata-se com este estudo de carácter longitudinal a existência de diferenças significativas nas pontuações médias entre cada uma das avaliações ($p < 0,05$). As pontuações médias da escala de Barthel aumentaram significativamente da 1ª para a 2ª avaliação e da 2ª para a 3ª avaliação, o que se traduz numa reabilitação gradual e efectiva dos doentes idosos inquiridos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Confirmou-se nos resultados da presente investigação que a dependência funcional está intimamente relacionada com os défices da capacidade funcional. Compromete de alguma forma a execução das actividades de vida diária, a qual, além de poder compreender uma transição gradual, pode não atingir todos os domínios do funcionamento da vida quotidiana dos idosos em simultâneo.

A amostra de 20 indivíduos justifica-se tendo em conta que a investigação, mais concretamente a fase de recolha de dados, se desenvolveu durante um período superior a 3 meses. Uma amostra superior tornaria a investigação não viável, tanto em termos económicos como em termos de tempo propriamente dito.

A partir do valor apurado de p , concluiu-se que houve uma melhoria significativa no que diz respeito ao grau de dependência dos idosos, ou seja, a dependência funcional foi diminuindo. Tal facto é corroborado através das pontuações da escala de Barthel, que aumentaram consideravelmente entre as 3 avaliações realizadas.

Os investigadores têm procurado novas tecnologias e pesquisas, não só para prolongar a longevidade, mas também adiar o aparecimento de incapacidades e dependências. Sugere-se neste sentido, estudos fundamentados e objectivos que se adequem a este. Uma continuação de trabalhos para aprofundamento, que visem um acompanhamento longitudinal, com amostras mais numerosas e variadas, no sentido de identificar quais os factores mais determinantes na recuperação dos idosos, com o intuito de minimizar ao máximo, o declínio funcional, e com isso contribuir para o envelhecimento saudável.

A realidade do envelhecimento demográfico nas próximas décadas e a consequente cronicidade múltipla e incapacidades subjacentes, no que diz respeito à saúde, fundamentam a realidade para a qual a Rede para os Cuidados Continuados Integrados está orientada. A amostra que serviu de suporte para o trabalho de investigação em causa, veio contribuir para uma melhor noção do contributo das unidades de convalescença, integradas na Rede, no que concerne à reabilitação e promoção da qualidade de vida dos idosos após a alta, ou seja, no seu quotidiano, no seu habitat natural.

Uma vez que o processo de envelhecimento é individual, a recuperação de um estado dependente assume características particulares em cada indivíduo, nomeadamente, ao que às AVD's dizem respeito, para tal é fulcral o planeamento das intervenções multidimensionais a pôr em prática, a fim de manter a independência dos idosos pelo maior tempo possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALKEMA, G. E., & ALLEY, D. E. (2006). Gerontology's future: An integrative model for disciplinary advancement. *The Gerontologist*, 46, 574–582.
- ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (2006). Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns/> (Consultado a 01/06/2010).
- ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (2010). Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016>. (Consultado a 15/09/2011).
- ALVES L.S., RODRIGUE R.N. (2005). *Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil*. *Rev Panam Salud Publica*.17(5/6):333–41.
- ALVES, L. C., LEIMANN, B. C., VASCONCELOS, M. E., CARVALHO, M. S., VASCONCELOS, A. G., FONSECA, T. C., *et al.* (2007). *A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 1924-1930.
- APPLGATE, W.B. (1983). *Geriatric Rehabilitation Units*. *J. Am Geriatric Soc.* Nº 31: pp. 206-210.
- ASSESSING NEED FOR INTENSIVE CASE MANAGEMENT IN LONG-TERM CARE (2001). *Assessing need for intensive case management in long-term care*, Sadhna Diwan... [et al.] In: *The gerontologist*. - Vol. 41, n.º 5, p. 680-686.
- AZEREDO, Z; MATOS, E. (2003). Grau de Dependência em Doentes que sofreram de AVC. *RFML; série III; 8(4): 199-204*.
- BERGER, K.S. (2003). *O desenvolvimento da pessoa: da infância à terceira idade*. Rio de Janeiro: LTC.
- BERGER, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta

- BERGER, L. & MAILLOUX-POIRIER, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- BIRCHER J. (2005). *Towards a dynamic definition of health and disease*. Med Health Care Philos; 8:335-41.
- BIRREN, J.E. & CUNNINGHAM, W.R. (1985). *Research on the psychology of aging: Principles, concepts, and theory*. In, J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *The handbook of the psychology of aging*. New York: Van Nostrand Reinhold Co.,Inc.
- BOTELHO, M. A. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos*. Laboratórios Bial.
- CABETE, Dulce Gaspar (2005). *O idoso, a doença e o hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures. Lusociência. pp. 18-25; 120-130.
- CAPELO, F. M. (2000). *A integração do paciente dependente na família: um estudo de caso num Centro de Saúde da área da Grande Lisboa*. Monografia de Pós-Graduação. Lisboa/Portugal, Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Universidade de Lisboa.
- CARBONELL, A. (1986). *Unidades de media estancia*. Revista Esp. Geriatria e Gerontologia. Nº 21: pp.309-315.
- CASANOVA, J. L., ALVARENGA, F. *et al.* (2001). *Quadros Sociais de Envelhecimento*. Lisboa. SCML.
- COMISSÃO EUROPEIA (2010). *Envelhecimento - Acção da UE, Saúde Pública*. Disponível em http://ec.europa.eu/health/ageing/policy/index_pt.htm (Consultado a 02.03.2011).
- CONSELHO DE ENFERMAGEM. Referencial do Enfermeiro. <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf> (Consultado a 15-06-2010).

- COSTA, M. ARMINDA M.(1999). Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In *O idoso: problemas e realidades*. Coimbra : Formasau.
- D'ANCONA, M. A. (2004). *Métodos de encuesta. Teoría y práctica, errores e mejoras*. Madrid: Editorial Síntesis.
- D'ANCONA, M. A. (2001). *Metodologia cuantitativa: Estrategias e técnicas de investigación social* (3ª ed.) Madrid: Editorial Síntesis.
- DARTIGUES, J. F.(1992). *Instrumental activities of daily living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers*. Journal of the American Geriatrics. Society, 40, pp. 1129-1134.
- DEVONS C.A.J. (2002). *Comprehensive geriatrics assessment: making the most of the aging years*. Current Opinion in Clinical Nutrition Metabolic Care; 5 : 19-24.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2006). *Manual de boas práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Nº 29/DSPC; DATA: 07/07/06.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Disponível em <http://www.min.saude.pt/NR/> (consultado a 20/03/2010).
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas*. Nº: 13/DGCG; DATA: 02/07/04.
- DUARTE, Y., ANDRADE, C., & LEBRÃO, M. (2007). *O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41, pp.317-325.
- DUBOS, R. (1968). *Determinants of Health and Disease in Man, Medicine and Environment*. New York: Frederick A. Praeger.

- EGEA, P. VASQUEZ, A., BOSCH, J. & PUERTO, A. (2004). *Le poids des reseaux sociaux dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées*. In M. Quaresma (Coord.). *O sentido das idades da vida: Interrogar a solidão e a dependência* (pp.109-120). Lisboa: Cesdet Edições.
- ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (2001). Disponível em <http://www.ers.pt/actividades/estudos/Relatorio%20Cuidados%20Continuados.pdf> (Consultado a 15-07-2011).
- FARINATTI, P. T. V. (2002). Teorias biológicas do envelhecimento genético ao estocástico. Rio de Janeiro. Rev. Bra. Med. Esp, Vol.8, nº 14, pp. 129.
- FERNANDES, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras. Celta Editores.
- FERNANDES, A.A. (2004). Quando a vida é mais longa...Impactos sociais do aumento da longevidade. In M. Quaresma (Coord.), *O sentido das idades da vida: Interrogar a solidão e a dependência* (pp.13-36). Lisboa: Cesdet Edições.
- FERNANDES, A.A. (coord.) (2007), *Envelhecimento e Perspectivas de Criação de Emprego e Necessidades de Formação para a Qualificação de Recursos Humanos*. Lisboa: IEFP.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2009). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- FORTIN, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- GONÇALVES, C. & CARRILHO, M. (2007). *Envelhecimento Crescente mas Espacialmente Desigual*. Revista de Estudos Demográficos, nº40, 21-37. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- GOVERNO DE PORTUGAL. http://www.portugal.gov.pt/pt/GC17/Governo/Ministerios/MS/Intervencoes/Pages/20060421_MS_Int_Rede_CCI.aspx (Consultado a 20-06-2010).
- GUADALUPE, S. (2009). *Intervenção em rede: Serviço social, sistémica e redes de suporte social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

- GUILLEMARD, A.M. (2003). *L'âge de l'emploi, Les Sociétés face à Vieillissement*. Paris. Ed. Armand Colin.
- INSTITUTE OF MEDICINE (2001). *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academy Press; 2001.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, IP (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, IP (2010). *Anuário estatístico de Portugal 2009*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- KALACHE, A. et al. (1987). *O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo*. Rev. Saúde Pública. S. Paulo, 21: 200-10.
- KERLINGER, F., & LEE, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- LEANDRO, M. & PINTO, A. (2000). *A condição social das pessoas idosas. (Re)adaptação e (In)dependência no Outono da vida*. In *Sociedade e Cultura 2: Cadernos do Noroeste, Série Sociologia*, Vol.13 (2), 100-144.
- LENOIR, R. (1985). *L'effodrement des bases sociales du familialisme*. Acte de la recherche en sciences sociales, pp. 57-60.
- MAGALHÃES, C.S.; MOREIRA, N. A., FERREIRA, E. F. (2004). *Cárie dentária e tratamentos específicos*. In: CAMPOSTRINI, E. *Odontogeriatrics*. ed. Revinter. RJ. pp.161-167.
- MANUAL DE SINAIS VITAIS (2005). *Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital, como Parceiros no Cuidar* (2ª ed.). Coimbra. Formasau - Formação e Saúde Lda.

- MATHERS, Cd. (2002). *Health expectancies: an overview and critical appraisal*. In: CJL Murray. *Summary measures of population health*. Who, Genebra, 177-204.
- MAYOR, M. S., RIBEIRO, Ó., & AMADO, J. N. (2010). *Cuidadores de Pessoas com Demência - Cuidados Continuados*. Actas VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia
- MELONE. L. (S/d). *The Healing Power of Friendships: Social connections can help you stay healthier and happier throughout life*. <http://www.everydayhealth.com/longevity/emotional-wellness/healing-power-of-friendships.aspx>. (Consultado a 22-02-2011)
- MORAGAS, R. (1991). *Gerontología Social: Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Editorial Herder.
- MOURA, C. (2006). *Século XXI: Século do Envelhecimento*. Loures: Lusociência.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS DEFINITIONS: HEALTH CONDITION [web site]. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2008. (<http://www.cdc.gov/nchs/datawh/nchsdefs/healthcondition.htm>) (Consultado a 10-01-2011).
- NAZARETH. J. (1999). *Envelhecimento demográfico e relações entre gerações*. Revista de Psicologia, Educação e Cultura, 2, 239-252.
- NERI, ANITA L. (2005). Palavras-chave em gerontologia. Campinas, SP: Editora Alínea, pág. 29-32.
- OMS (1990). *Basic Documents: 38th edition*. Geneva: World Health Organization.
- OMS (2000). *Home-Based and Long-term Care, Report of a WHO Study Group*. Série de Relatórios Técnicos 898. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

- OMS (2008). Disponível em http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf (consultado a 21-05-2011).
- ORDEM DOS MÉDICOS SECÇÃO GERAL DO NORTE. <http://www.nortemedico.pt/legislacao/?imr=2&imc=24n&fmo=v1&ano=&l=1515> (Consultado a 02-02-2010).
- PASCHOAL S.M.P. (2002). *Qualidade de vida na velhice*. In Freitas E. V., Py. L., Neri A.L., Cançado F.A.X., Gorzoni M.L., Rocha S. M., editores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan SA, pp. 79-84.
- PAÚL & A. FONSECA (Coords.) (2006). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 125-156). Lisboa: Climepsi Editores.
- PAÚL, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- PAÚL, C. (2005). *A construção de um modelo de envelhecimento humano*. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.). *Envelhecer em Portugal* (pp.21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- POLGAR, S. (1963). *Health action in cross-cultural perspective*. In: Freeman, Lavine (Org.) *Handbook of medical sociology*, 1963.
- RAMOS L.R.M.P. (2002). *Epidemiologia do Envelhecimento*. In: Freitas E.V., Py L., Neri A.L., Cançado F.A.X., Gorzoni M.L., Rochas S.M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. São Paulo: Guanabara Koogan. p.72-8.
- REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho. Disponível em http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/dl_101_2006.htm (Consultado a 18-10-2010).

- REDE NACIONAL PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – GUIA (RNCCI) (2009). Lisboa.
- REDE NACIONAL PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI). Decreto-lei nº101/2006 de 6 de Junho.
- RIBEIRO, J.L.P. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto. Legis Editora, 42-52.
- RODRIGUES, Ana (2006). *Evolução do conceito de saúde: à procura de um conceito mais operacional*. Apresentação na coordenação do internato médico de saúde pública. Administração regional de saúde do norte.
- SÁNCHEZ, F., & TRINCADO, R. (2007). *Instrumental activities of daily living in the screening of dementia in population studies: A systematic review and metaanalysis*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 829-836.
- SANCHEZ, M. A. (2000). *A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica*. *Textos sobre envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 03, n. 03, p. 01-17.
- SANGUESA GIMENÉZ, M.R.; SAURA HERNANDEZ, S. (2000). *Promoción de la salud en los mayores*. In: SÁNCHEZ MORENO [et al.] – *Enfermería comunitária*, 3; actuation en enfermería comunitária. Los sistemas y programas de salud. Madrid: McGraw-Hill. p.131-139. ISBN 84-486-0285-4;
- SANTOS, S.S. (2000). *Enfermagem geronto-geriátrica: da reflexão à ação cuidativa*. João Pessoa: Ed. Universitária/ UFPB.
- SHAH. S. et al. (1989). “*Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation*”. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), p.703-709.
- SILVA, J. (2009). *Saúde do idoso: Processos de envelhecimento sob múltiplos aspectos*. São Paulo: Iátria.
- SILVA, M. (2005). *Saúde mental e idade avançada. Uma perspectiva abrangente*. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal*:

Psicologia, saúde e prestação de cuidados (pp. 137-156). Lisboa: Climepsi Editores.

- SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA (2009). Disponível em [http://www.spmi.pt/pdf/Proposta_NEGDC da SPMI.pdf](http://www.spmi.pt/pdf/Proposta_NEGDC_da_SPMI.pdf) (Consultado a 20-01-2011).
- VALENTE, J. (2002). *Estado de Saúde Funcional em idosos, vítimas de AVC, sujeitos a um processo de cuidados em Fisioterapia*. ESTSC. Coimbra
- VASCONCELOS, P. (2005). *Redes sociais de apoio*. In K. Wall (Org.), *Famílias em Portugal* (pp.599-631). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- VERAS R., LOURENÇO R., MARTINS C.S.F., SANCHEZ M.A., CHAVES P.H. (2002). *Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil*. In: Veras RP. *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: Relume Dumara; pp.11-79.
- VICTOR, C. & BOLDY, L. (2005). *Measuring loneliness in later life: a comparison of differing measures*. *Reviews in Clinical Gerontology*, 15, 63-70.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005). *Preventing chronic disease: a vital investment*. WHO global report. Geneva (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en)(Consultado a 10-01- 2011).
- ZIMERMAN, G. (2005). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. São Paulo: Artmed Editora.

ANEXOS

ANEXO 1

“INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS (INQUÉRITO)”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DE BRAGA

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Social Aplicada, da Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Ciências Sociais, Centro Regional de Braga, está a ser desenvolvido um estudo sobre “ o Idoso, a Alta e a Capacidade Funcional dos utentes com 65 e mais anos que permaneceram no Internamento, mais propriamente na Unidade de Convalescença”. Para este estudo está a proceder-se a uma recolha de dados, para a qual se solicita a sua colaboração através do preenchimento deste questionário.

Todos os dados recolhidos são confidenciais e serão utilizados somente nesta investigação.

Muito obrigada pela disponibilidade e colaboração!

1. Ficha de caracterização sócio-demográfica

1. Idade:

_____ anos

2. Sexo:

Masculino

Feminino

3. Estado Civil

Solteiro

Casado(a)

União de facto

Separado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

4. Escolaridade

Sem escolaridade

1º Ciclo do Ensino Básico

2º Ciclo do Ensino Básico

Outro:

Qual: _____

5. Com quem reside

Instituição Casa própria, mas sozinho(a)
Casa própria, com familiares Casa de familiares
Casa de Outrem Outro local
Qual? _____

6. Situação laboral

Reformado Exerce profissão
Qual? _____

2. Inquérito

- Grau de Dependência/ Autonomia do doente (Escala de Barthel, 1989)

	1	2	3	4	5
	“Não pode”	“Pode com ajuda máxima”	“Pode com ajuda moderada”	“Pode com ajuda mínima”	“Pode por si próprio”
1. Higiene pessoal	0	1	3	4	5
2. Tomar banho	0	1	3	4	5
3. Alimentação	0	2	5	8	10
4. Casa de banho / Toilete	0	2	5	8	10
5. Escadas	0	2	5	8	10
6. Vestir	0	2	5	8	10
7. Defecação	0	2	5	8	10
8. Urinar	0	2	5	8	10
9. Transferências cadeira/cama	0	3	8	12	15
10. Deambulação	0	3	8	12	15
11. Manuseio da C.R.*	0	1	3	4	5

* Só utilizar este item se o paciente for classificado para a deambulação com o código “0” ou “1”, e também só se o paciente tiver o treino adequado no manuseio da cadeira de rodas.

ANEXO 2

*“DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PÓVOA DE
LANHOSO PARA RECOLHA DE DADOS”*

DECLARAÇÃO

----- Agostinho Monteiro Vieira, Administrador Delegado do Hospital António Lopes da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso, declara para os devidos efeitos, que Carla Alexandra Macedo dos Santos, está autorizada a proceder à recolha de dados relativamente ao estado clínico de 20 utentes da Unidade de Convalescência desta Instituição, no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social Aplicada da Universidade Católica Portuguesa.-----

Póvoa de Lanhoso e Hospital António Lopes, 2011/02/15.

O Administrador-Delegado,

hospital
antónio lopes
MISERICÓRDIA PÓVOA DE LANHOSO

(Agostinho Vieira)