



**Análise da Promoção da Autonomia dos Utentes da Unidade de
Convalescença da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Unidade
de Macedo de Cavaleiros**

Rui Miguel Soares Liberal

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

Orientado por: André Filipe Morais Pinto Novo

Co-orientado por: Maria José Almendra Gomes

Bragança, Dezembro de 2012

Parte ou partes deste trabalho foram apresentadas no seguinte evento:

- ✓ Liberal, Rui; Novo, André; Gomes, Maria José (2012) – **Autonomia dos utentes de uma unidade de convalescença – resultados preliminares.** In I Congresso de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior. 2012, Miranda do Douro [**1º lugar na categoria de póster científico**]

- ✓ Liberal, Rui; Novo, André; Gomes, Maria José (2012) – **A idade como fator determinante na recuperação da autonomia de utentes de uma Unidade de Convalescença.** In Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2012, Albufeira.

RESUMO

Ao longo das décadas, vários têm sido os termos utilizados para as unidades de convalescença, nomeadamente: *convalescent homes*, *nursing homes* e *rest homes*. As *convalescent homes* foram desenhadas de forma a criar um ambiente idêntico ao do domicílio e destinam-se a pessoas que recuperam de uma doença de evolução prolongada. O conceito de capacidade funcional representa uma forma de medir se um indivíduo é capaz ou não, de forma independente, desempenhar as atividades necessárias para o seu autocuidado e, caso não seja, confirmar se tal necessidade de ajuda é parcial ou total.

Este estudo tem como objetivos: avaliar as características sociodemográficas da população em estudo; avaliar o grau de dependência para as Atividades de Vida Diária à entrada, a meio do internamento e na alta da unidade; avaliar o estado cognitivo à entrada, a meio do internamento e na alta da unidade; verificar a correlação dos três momentos de avaliação.

A população foi constituída por todos os utentes internados na Unidade de Convalescença do ULSNE – Unidade de Macedo de Cavaleiros, em 2010. Assim, a amostra é constituída por 173 utentes. Como critério de inclusão para o estudo definimos a obrigatoriedade de três momentos de avaliação: à entrada, a meio do internamento e na alta. Para a recolha de dados foi utilizado o instrumento de avaliação integrada – aplicativo de Monitorização da RCCI.

Pela análise dos resultados podemos concluir que a Unidade de Convalescença de Macedo de Cavaleiros teve uma predominância de internamentos de pacientes do sexo feminino, sendo que a média de idades foi de $74,35 \pm 12,81$ anos. A patologia de base mais presente foi a ortopédica, foi a Unidade Hospitalar de Bragança que referenciou mais utentes e o domicílio foi o destino após alta mais comum. Verificou-se uma melhoria significativa na autonomia dos pacientes, através das variáveis avaliadas.

Podemos concluir que os utentes melhoraram a sua autonomia durante a estadia na Unidade de Convalescença de Macedo de Cavaleiros, muito devido ao resultado da filosofia inerente à prática de cuidados diária que se verifica.

PALAVRAS-CHAVE: Funcionalidade; Capacidade Funcional; Atividades de vida diária

ABSTRACT

Over the decades, many have been the terms used to convalescent units, namely: convalescent homes, nursing homes and rest homes. The convalescent homes were designed to create an environment similar to home and are aimed to people who recover from a prolonged course of illness. The concept of functional capacity is a way of measuring whether an individual is independently capable or not to perform activities necessary for care and, if not, confirm that this need for help is partial or total.

This study aims to: assess sociodemographic characteristics of the study population, to assess the degree of dependence for Activities of Daily Living at admission, at mid and at discharge; assess cognitive status on entry, mid-hospitalization and discharge; verify the correlation of the three evaluations.

The study population consisted of all users admitted to the unit's Convalescence ULSNE – Unit Macedo de Cavaleiros, in 2010. Thus, the sample is comprised of 173 patients. As inclusion criteria for the study was defined the mandatory three evaluations: admission, mid-hospitalization and at discharge. For data collection instrument was used the integrated assessment – Application Monitoring RCCI.

Based on these results we conclude that the Convalescent Unit of Macedo de Cavaleiros had a predominance of admissions of female patients, and the mean age was 74.35 ± 12.81 years. The underlying pathology more present was the orthopedic, the Unit Hospital of Bragança referenced more users and home was the most common destination after discharge. There was a significant improvement in patient autonomy, through the variables.

We can conclude that users improved their autonomy during their stay in Unit Convalescence Macedo de Cavaleiros, much due to the result of the philosophy inherent in the practice of daily care that exists.

KEYWORDS: Functionality; Functional Capacity; Activities of daily living

“Dedicatória...”

Aos meus Pais, Francisco e Filomena Liberal, pelo estímulo e apoio para que avançasse.

Aos meus professores, colegas e amigos que me persuadiram para conduzir esta
investigação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor André Novo à Professora Maria José Gomes pelos ensinamentos e estímulos, pela disponibilidade, interesse e amizade demonstrados ao longo deste percurso efetuado.

Agradeço ainda a todo o serviço da Unidade de Convalescença da ULSNE, na pessoa da Dra. Teresa Ramos, em especial aos meus colegas na pessoa da Enf. Helena Campos. A Helena teve um papel decisivo que tanto contribuiu para o bom sucesso deste trabalho.

Aos colegas do meu atual serviço, Medicina Homens da ULSNE – Bragança, na pessoa da enf. chefe Zita Pereira, devo um agradecimento sincero por toda a disponibilidade e facilidade que me proporcionaram para conseguir terminar este trabalho em tempo útil. Um bocadinho deste trabalho também é vosso.

Um agradecimento muito pessoal ao meu tio Albino Soares pela motivação em não desistir.

Aos meus amigos apenas tenho a dizer uma coisa: desculpem a minha ausência.

Por último, porque são as pessoas mais importantes da minha vida, não posso deixar de o fazer publicamente: obrigado Mãe e Pai por todo o vosso apoio. Sem vós, nunca tinha conseguido chegar aqui.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

RCCI	Rede de Cuidados Continuados Integrados
ULSNE_UMAC	Unidade Local de Saúde do Nordeste – Unidade de Macedo de Cavaleiros
WC	Casa de banho

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
I – ESTADO DA ARTE	23
1 CUIDADOS CONTINUADOS	25
1.1 FILOSOFIA DA REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS	27
1.2 TIPOLOGIA DAS UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS	28
1.2.1 Unidades de Convalescença	29
2 AUTONOMIA	31
II – ESTUDO EMPÍRICO.....	37
3 METODOLOGIA	39
3.1 TIPO DE ESTUDO	39
3.2 OBJETIVOS	40
3.3 SELECÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA	40
3.4 PROCEDIMENTOS E COLHEITA DE DADOS	41
3.4.1 Instrumentos de Colheita de Dados	41
3.4.2 Questões Éticas	42
3.5 METODOLOGIA ESTATÍSTICA.....	42
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	45
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	65
CONCLUSÕES.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	77

ANEXO I – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CONVALESCENÇA DE MACEDO DE CAVALEIROS.....	79
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	85
ANEXO III – TABELAS DE APOIO ESTATÍSTICO.....	89

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Representação gráfica da idade das mulheres (anos)	45
Gráfico 2 – Representação gráfica da idade dos homens (anos)	46
Gráfico 3 – Patologia de base dos utentes	48
Gráfico 4 – Representação gráfica da variável uso da casa de banho (N=173)	49
Gráfico 5 – Representação gráfica da variável vestir-se (N=173).....	50
Gráfico 6 – Representação gráfica da variável sentar e levantar (N=173).....	51
Gráfico 7 – Representação gráfica da variável banho (N=173)	52
Gráfico 8 – Representação gráfica da variável deitar e levantar (N=173)	53
Gráfico 9 – Representação gráfica da variável controlo de fezes (N=173).....	54
Gráfico 10 – Representação gráfica da variável controlo da urina (N=173).....	56
Gráfico 11 – Representação gráfica da variável escadas (N=173).....	57
Gráfico 12 – Representação gráfica da variável locomoção (N=173)	58
Gráfico 13 – Representação gráfica da variável estado cognitivo (N=173).....	59
Gráfico 14 – Representação gráfica da variável alimentação (N=173).....	60

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição da amostra por idade e por sexo.....	46
Quadro 2 – Proveniência dos utentes	47
Quadro 3 – Destino dos utentes após alta.....	47
Quadro 4 – Distribuição da variável uso da casa de banho por grau de dependência e por sexo.....	48
Quadro 5 – Distribuição da variável vestir-se por grau de dependência e por sexo.....	49
Quadro 6 – Distribuição da variável sentar e levantar por grau de dependência e por sexo.....	50
Quadro 7 – Distribuição da variável banho por grau de dependência e por sexo	51
Quadro 8 – Distribuição da variável deitar e levantar por grau de dependência e por sexo.....	53
Quadro 9 – Distribuição da variável controlo de fezes por grau de dependência e por sexo.....	54
Quadro 10 – Distribuição da variável controlo de urina por grau de dependência e por sexo.....	55
Quadro 11 – Distribuição da variável escadas por grau de dependência e por sexo.....	56
Quadro 12 – Distribuição da variável locomoção por grau de dependência e por sexo.	57
Quadro 13 – Distribuição da variável estado cognitivo por sexo.....	58
Quadro 14 – Distribuição da variável alimentação por grau de dependência e por sexo	59
Quadro 15 – Correlação de <i>Pearson</i> das variáveis à entrada	61
Quadro 16 – Correlação de <i>Pearson</i> das variáveis a meio do internamento.....	62
Quadro 17 – Correlação de <i>Pearson</i> das variáveis no momento da alta	63

INTRODUÇÃO

A rede de cuidados continuados visa fundamentalmente prestar cuidados continuados integrados a doentes que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade. Quanto aos tipos de serviços existentes ao nível da rede, a prestação de cuidados continuados integrados pode ser assegurada por unidades de internamento e ambulatório, equipas hospitalares e domiciliárias. Focando-nos nas unidades de internamento, estas são constituídas por unidades de convalescença (doentes dependentes por perda temporária da autonomia), de média duração e reabilitação (doentes com doença de base aguda ou crónica em processo de reabilitação), de longa duração e manutenção (doentes dependentes com doença crónica e sem condições para serem atendidos no domicílio) e de cuidados paliativos (doentes com doença terminal e sem condições para serem atendidos no domicílio).

O conceito de capacidade funcional representa uma forma de medir se um indivíduo é capaz, de forma independente, de desempenhar as atividades necessárias para o seu autocuidado e, caso não seja, verificar se a necessidade de ajuda é parcial ou total (Duarte *et al.*, 2007).

Perfilhando destas ideias, o investigador iniciou um processo de reflexão de onde emergiu a questão orientadora deste trabalho: Existem diferenças na autonomia dos utentes da Unidade de Convalescença da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Unidade de Macedo de Cavaleiros, ao longo do internamento?

Deste modo, surgem como objetivos deste estudo: a avaliação das características sociodemográficas da população em estudo; avaliação do nível de dependência para as Atividades de Vida Diária à entrada, a meio do internamento e na alta da unidade; avaliação do estado cognitivo à entrada, a meio do internamento e na alta da unidade e a verificação da correlação dos três momentos de avaliação.

Com a finalidade de dar resposta à pergunta de partida e aos objetivos delineados, este estudo descritivo consistiu na recolha de informação dos doentes que deram entrada no Unidade de Convalescença da ULSNE, Unidade de Macedo de Cavaleiros. A recolha da informação decorreu ao longo do ano de 2010.

Quanto à população deste estudo foi constituída pelos 207 doentes da Unidade de Convalescença, todavia destes doentes foram excluídos 34 doentes por não terem sido efetuadas todas as avaliações. De entre o total de doentes que deram entrada na referida unidade, resultou uma amostra de 173 doentes para integrar o estudo.

Nos três momentos de avaliação foram utilizados os seguintes instrumentos: instrumento de avaliação integrada – aplicativo de Monitorização da RCCI; instrumento de avaliação do grau de dependência, através do qual foi possível recolher todos os dados relacionados com doente, nomeadamente dados sócio-demográficos, estado cognitivo e atividades de vida diárias.

Quanto à sua estrutura, o trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira, é dado enfoque aos cuidados continuados, sua filosofia e tipologia, nomeadamente no que diz respeito à Unidade de Convalescença. É ainda abordada a autonomia nos doentes e sua avaliação funcional. Em relação à segunda parte, esta engloba o estudo empírico, no qual é enfatizado a metodologia científica, as diversas etapas de investigação e a apresentação e discussão dos resultados obtidos. Por fim, são apresentadas as conclusões e referências bibliográficas utilizada ao longo deste trabalho.

I – ESTADO DA ARTE

1 CUIDADOS CONTINUADOS

De acordo com o Relatório da Organização Mundial de Saúde citado por Quintela (2002) identificam-se três níveis de cuidados continuados:

- *«Num primeiro nível a continuidade significa uma relação contínua entre o prestador e o utilizador dos serviços;*
- *Num segundo nível, constitui uma relação de continuidade entre o utilizador e uma determinada equipa de cuidados primários;*
- *Num terceiro nível, os cuidados suportam-se numa diversificada rede de serviços, através de uma referenciação que funciona bem e de um sistema de feedback, assente naturalmente numa boa comunicação entre serviços».*

A rede é composta por unidades e equipas de cuidados continuados e ações paliativas, sendo originárias nos serviços comunitários de proximidade, incluindo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais. A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por unidades de internamento, de ambulatório, de equipas hospitalares e por último de equipas domiciliárias. As unidades de internamento são compostas pelas unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

Perante as unidades de cuidados enunciadas anteriormente, iremos centrar-nos na unidade de convalescença, designada como unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou numa outra instituição, quando articulada com um hospital de agudos, com o intuito de prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para a prestação de cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.

Tendo como base o mesmo decreto-lei, a unidade de convalescença tem como finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da

pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos.

De salientar, que a unidade de convalescença assegura nomeadamente: cuidados médicos permanentes, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados, prescrição e administração de fármacos, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial, higiene, conforto e alimentação e convívio e lazer (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

Grosso modo, as unidades de convalescença encontram-se orientadas para a prestação de serviços a pacientes dependentes por perda transitória de autonomia, ou seja, a sujeitos que apresentem uma doença de base e que se encontram em fase de recuperação e que tem uma perda de autonomia potencialmente recuperável e não precisem de internamento hospitalar mas que ainda requerem cuidados e tratamento clínico intenso (CCSAS, 2006).

A população alvo destas unidades abrange doentes que sofreram uma perda recente de autonomia ou agravamento da sua dependência devido a um processo agudo ou a uma reagudização de um processo crónico.

Cabe assim, à equipa de cuidados integrados assegurar os cuidados de enfermagem e médicos no domicílio de natureza preventiva, curativa, reabilitação e ações paliativas. As visitas dos clínicos devem ser programadas e reguladas, tendo por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa. Devem, da mesma forma, prestar cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial e ocupacional englobando os familiares ou outros prestadores de cuidados, devem promover apoio na satisfação das necessidades básicas, no desempenho das atividades da vida diária e nas atividades instrumentais da vida diária. Devem ainda, coordenar e gerir os casos com outros recursos de saúde e sociais.

Numa conceção abrangente, os cuidados continuados assumem-se como um sistema orientado para a satisfação do utente, composto por serviços e mecanismos perfeitamente integrados e articulados que cuidam dos utentes ao longo do tempo.

1.1 FILOSOFIA DA REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS

A rede de cuidados continuados visa fundamentalmente prestar cuidados continuados integrados a doentes que, se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade, tendo como objetivos:

- a) *A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;*
- b) *A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;*
- c) *O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;*
- d) *A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;*
- e) *O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;*
- f) *A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;*
- g) *A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos (art.º4, do Decreto-lei n.º 101 de 6 de Junho de 2006).*

Segundo o artigo 6º do referido decreto-lei, a rede baseia-se, assim, no respeito pelos seguintes princípios:

- a) *Prestação individualizada e humanizada de cuidados;*
- b) *Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;*
- c) *Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;*

- d) *Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;*
- e) *Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;*
- f) *Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia;*
- g) *Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;*
- h) *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;*
- i) *Participação e coresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;*
- j) *Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.*

A rede, deve dar garantia do direito ao indivíduo em situação de dependência ao nível:

- a) *Da dignidade;*
- b) *Da preservação da identidade;*
- c) *Da privacidade;*
- d) *Da informação;*
- e) *Da não discriminação;*
- f) *Da integridade física e moral;*
- g) *Do exercício da cidadania;*
- h) *Do consentimento informado das intervenções efetuadas (artº7, do decreto-lei n.º101 de 6 de Junho de 2006).*

1.2 TIPOLOGIA DAS UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS

Nas últimas décadas, vários têm sido os termos utilizados para as unidades de convalescença, nomeadamente: *convalescent homes*, *nursing homes* e *rest homes*. Quanto às *convalescent homes*, Melo (2010, p:31) refere que estas foram desenhadas de forma a criar um ambiente idêntico ao do domicílio e destinam-se a pessoas que recuperam de uma doença de evolução prolongada.

O Decreto-lei n.º 101 de 6 de Junho de 2006, distingue os tipos de serviços existentes ao nível da rede de prestação de cuidados continuados integrados que pode ser assegurada por unidades de internamento e ambulatório, em equipas hospitalares e domiciliárias.

No que diz respeito às unidades de internamento, estas são constituídas por unidades de convalescença (doentes dependentes por perda temporária da autonomia), de média duração e reabilitação (doentes com doença de base aguda ou crónica em processo de reabilitação), de longa duração e manutenção (doentes dependentes com doença crónica e sem condições para serem atendidos no domicílio) e de cuidados paliativos (doentes com doença terminal e sem condições para serem atendidos no domicílio) (Decreto-lei n.º 101 de 6 de Junho de 2006).

Quanto à unidade de ambulatório, esta é composta pela unidade de dia e de promoção de autonomia (Decreto-lei n.º 101 de 6 de Junho de 2006).

As equipas hospitalares são compostas pelas equipas de gestão de altas e intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (Decreto-lei n.º 101 de 6 de Junho de 2006).

Tendo por base o referido decreto-lei, e no respeitante às equipas domiciliárias, estas são compostas pelas equipas de cuidados continuados integrados e comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

1.2.1 Unidades de Convalescença

A unidade de convalescença, em Portugal, é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico (art.º13, do decreto-lei n.º101 de 6 de junho de 2006).

Assim, as unidades de convalescença asseguram nomeadamente: cuidados médicos permanentes, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados, prescrição e administração de fármacos, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial, higiene,

conforto e alimentação, convívio e lazer (art.º 14, do decreto-lei n.º101, de 6 de Junho de 2006).

A Unidade de Convalescença de Macedo de Cavaleiros é uma organização complexa, aberta, flexível e essencial para a saúde do cidadão, uma vez que garante a prestação de cuidados de saúde 24 horas por dia, centrando-se no tratamento e reabilitação, estando dotada de diversificados meios tecnológicos e humanos. A equipa apresenta um carácter multidisciplinar que pretende dar resposta às necessidades dos utentes de forma a atingirem o bem-estar e a satisfação ao nível da saúde, centrando-se no tratamento e reabilitação.

Atendendo ao facto, de o nosso estudo ter sido feito na unidade de convalescença de Macedo de Cavaleiros, procedemos a uma análise mais aprofundada da referida unidade, caracterizada em anexo. (Ver Anexo I)

2 AUTONOMIA

A velocidade com que o envelhecimento populacional ocorre tornou-se um tema da atualidade, principalmente quando a discussão atinge a questão da preparação dos sistemas de saúde para receber uma procura crescente e cada vez mais exigente a todos os níveis (Siqueira *et al.*, 2003).

Este envelhecimento populacional, aliado a uma crescente procura por parte da população idosa de cuidados médicos, fez com que se criasse a necessidade de reestruturar serviços e programas de saúde. Este novo perfil epidemiológico faz com que os custos disparem, implicando tratamentos de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complicada (Coelho, 2003).

A hospitalização é considerada de grande risco, especialmente para as pessoas mais idosas. Cerca de metade dos internamentos hospitalares de idosos tem como causas as patologias dos aparelhos respiratório, circulatório e esquelético (Corral e Abreira, 1995; Gorzoni, 1995). Como repercussão, a hospitalização é geralmente seguida por uma diminuição da capacidade funcional e por alterações da qualidade de vida, muitas das vezes irreversíveis (Creditor, 1993).

Os idosos são mais suscetíveis a complicações causadas pelo repouso prolongado no leito durante a hospitalização (Hirsch *et al.*, 1990). Alguns estudos têm avaliado os riscos a que estão sujeitos os pacientes hospitalizados, sendo poucos os estudos que avaliem a recuperação da autonomia de pacientes internados em unidades com cuidados dirigidos para a reabilitação (Inouye *et al.*, 1998).

As doenças crônicas não transmissíveis acometem frequentemente os idosos e não são passíveis de cura. Porém, o acompanhamento contínuo e rigoroso permite o controle da sua progressão e favorece a prevenção de complicações e agravamentos. Contudo, uma grande parte de idosos ainda sofre as consequências dessas doenças não controladas e ficam propensos ao desenvolvimento de limitações e incapacidades permanentes (Ramos, 2002).

A capacidade funcional tem surgido como um novo paradigma de atenção à saúde da população idosa e tem-se demonstrado como uma importante ferramenta para o envelhecimento saudável. (Veras *et al.*, 2002; Diogo, 2003).

As patologias agudas, que conduzem a hospitalizações, são um potente fator do declínio funcional e de disfunção (Ferrucci *et al.*, 1997; Gill *et al.*, 1999; Sands *et al.*, 2002; Gill *et al.*, 2004) Num estudo recente desenvolvido por Gill *et al.* (2009) nos Estados Unidos da América, concluiu-se que a funcionalidade das pessoas idosas, no momento da admissão em unidades específicas de reabilitação (com objetivos muito próximos daquilo que em Portugal se chamam de Unidades de Convalescença, semelhantes à Unidade do nosso estudo), depois de uma hospitalização por patologia aguda, é muito reduzida. Nesse mesmo estudo, estima-se que apenas um terço das pessoas consigam atingir a funcionalidade presente antes da hospitalização. A razão que leva a que algumas pessoas recuperem e outras não permanece ainda por clarificar. Em estudos anteriores sobre recuperação funcional foram incluídos preditores de disfuncionalidade, a saber: menos idade, menos sintomas depressivos, mais escolaridade, mais capacidade física, a prática regular de atividade física, estado cognitivo e suporte social (Hansen *et al.*, 1999; Al Snih *et al.*, 2003)

A promoção da autonomia por parte de uma equipa multidisciplinar potencia o processo de recuperação e minimiza a disfunção funcional. Atualmente é bem compreendida a função das unidades dedicadas à promoção da autonomia de pacientes após hospitalização por episódio agudo de alguma patologia. Sabe-se também que as unidades deste tipo, que não tenham um forte enfoque na reabilitação, não obtêm o sucesso desejado (Langorne *et al.*, 2002; Indredavik, 2009). Uma revisão recente encontrou evidência sobre o sucesso da reabilitação que unidades específicas têm na recuperação de pacientes com AVC, em comparação com as unidades hospitalares comuns (Stroke Unit Trialists' Collaboration, 2007). O que ainda não se conseguiu perceber foi se a localização geográfica, em relação à unidade hospitalar de referência, tem algum efeito potencialmente benéfico na recuperação dos pacientes (Kwakkel *et al.*, 1997; Woo *et al.*, 2008)

Contudo, a capacidade funcional sofre influências de fatores externos, ambientais, físicos ou mesmo culturais, interferindo na independência funcional dos indivíduos. Sendo assim, a independência funcional pode sofrer alterações durante o processo de internamento, por se tratar de um evento complexo e peculiar que ocorre num momento de fragilidade e desequilíbrio, quando o idoso é retirado do seu meio e do convívio familiar e social e transferido para um ambiente hostil. Todas estas intercorrências são mais agravadas quanto menos despertas estiverem as equipas

multidisciplinares para o enfoque que se deve dar à reabilitação funcional dos pacientes, desde o primeiro dia de internamento (Inouye *et al.*, 1993; Mateev *et al.*, 1998).

No estudo desenvolvido por Kawasaki (2005) em 28 idosos (média de 68 anos) percebeu-se que no domínio motor, durante a hospitalização, houve um declínio dos scores de todas as tarefas de autocuidado, do controlo de urina, de transferências e de locomoção.

No mesmo sentido, Siqueira *et al.*, (2004) determinaram que os indivíduos que estudaram (94 pacientes com média de idades de 78,34±8,08anos) apresentaram graves limitações, com múltiplos fatores determinantes e associados à incapacidade funcional. Deste modo, concluiu que a capacidade funcional é um importante marcador de saúde em idosos, útil para identificar resultados clínico-funcionais decorrentes do internamento hospitalar.

Mañanas *et al.* (2005), num estudo que envolveu 206 pacientes com 80 ou mais anos, concluiu que decorria uma diminuição significativa na capacidade funcional de pacientes idosos, com uma perda avaliada em 17,3%, quando comparado o momento da alta com o estado no momento de admissão. Wakefield e Holman (2007) numa investigação com 45 pacientes, com idade igual ou superior a 65 anos, concluíram que a mortalidade foi significativamente superior nos indivíduos com pior capacidade funcional.

Na mesma linha dos últimos autores, em 2007 Lang *et al.* num grande estudo que envolveu 514 idosos hospitalizados, perceberam que houve perda significativa da capacidade funcional após o internamento, sinalizando que era de extrema importância a implementação de medidas preventivas do declínio funcional.

Por seu lado, Astiz *et al.* (2008) num estudo com 130 idosos verificaram que 60,2% dos pacientes tiveram um declínio funcional durante a hospitalização. Também Wong e Miller (2008) encontraram que 49% dos pacientes apresentaram declínio funcional durante o período avaliado (147 idosos com idade igual ou superior a 75 anos). Volpato *et al.* (2008) obtiveram resultados dramáticos, uma vez que concluíram que 83,7% dos pacientes (N=92, idade superior ou igual a 65 anos) apresentaram declínio funcional durante o internamento.

Autonomia, (in) dependência e incapacidade são conceitos distintos, mas que muitas vezes se confundem e são usados indiscriminadamente.

Albarede *et al.* (1987) definem a autonomia como se referindo à capacidade e/ou direito que uma pessoa tem de ela própria escolher os atos e os riscos que pode correr.

Outros autores como Baltes e Sivelberg (1995) consideram a autonomia como a capacidade do sujeito em manter o seu poder de decisão, ao passo que dependência significa um estado em que a pessoa é incapaz de existir de maneira satisfatória sem ajuda de outrem. Assim, a autonomia refere-se à capacidade de decisão, comando, faculdade de se governar a si própria e de reger por leis próprias. Fernandes (2000, p.49) refere que a autonomia é entendida «...*como a capacidade individual para realização da vontade própria, torna-se uma aproximação aceitável da saúde. Constituindo a autonomia uma componente fundamental para o bem-estar, então uma abordagem íntegra exige uma intervenção a nível dos fatores que promovem a saúde e mantém essa mesma autonomia*».

De uma forma geral a dependência traduz-se na necessidade de apoio para a realização de atividades da vida diária, para se ajustar e relacionar com o meio. Segundo o DL n.º101/2006, art.º 3º, de 6 de Junho, a dependência é «*a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar todas ou algumas atividades da vida diária*». Esta definição encerra a existência de três fatores para se poder falar de dependência: a existência de uma limitação física, psíquica ou intelectual que compromete determinadas capacidades; a incapacidade para realizar por si as atividades de vida diária e a necessidade de assistência ou cuidados por parte de terceiros.

Esta perspetiva é coerente com a nova classificação de incapacidades da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), denominada Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e que propõe o seguinte esquema conceptual para interpretar as consequências das alterações da saúde: défice na funcionalidade (substitui o termo «deficiência», tal como se utilizava na anterior classificação), refere-se à perda ou anomalia de um estrutura ou de uma função anatómica, fisiológica ou psicológica; restrição da atividade (substitui o termo incapacidade) refere-se à restrição ou perda de capacidade para exercer atividades consideradas normais para o ser humano, em consequência de um défice no

funcionamento; e restrição da participação (substitui o termo desvantagem): desfasamento entre as limitações surgidas, na sequência de um défice no funcionamento e/ou restrição da atividade, e os recursos a que o indivíduo tem acesso, ficando em desvantagem no que se refere a um papel social considerado normal.

Pese embora, o conceito de dependência se sobreponha muitas vezes ao de incapacidade, eles não são sinónimos.

A dependência pode entender-se como o resultado de um processo que se inicia com o emergir de um défice no funcionamento corporal em consequência de uma doença ou acidente. Este défice comporta uma limitação na atividade. Quando esta limitação não se pode compensar mediante a adaptação do meio, provoca uma restrição na participação que se concretiza na dependência da ajuda de outras pessoas para realizar as atividades de vida diária (Figueiredo, 2007).

A avaliação funcional é entendida como uma tentativa estruturada de medir, objetivamente, os níveis nos quais um indivíduo é capaz de desempenhar algumas atividades ou funções em áreas diferentes, recorrendo-se a diversas competências para o desempenho das tarefas da vida quotidiana, «...para a realização de interações sociais, em suas atividades de lazer e em outros comportamentos requeridos em seu dia-a-dia» (Duarte *et al.*, 2007, p.318). Representa uma forma de medir se um indivíduo é capaz ou não, de forma independente, desempenhar as atividades necessárias para o seu autocuidado e, caso não seja, confirmar se tal necessidade de ajuda é parcial ou total (Duarte *et al.*, 2007).

A funcionalidade tem sido avaliada como a capacidade de um indivíduo para se adaptar aos problemas e exigências do quotidiano e é avaliada com base na capacidade e autonomia de execução das atividades de vida diária (AVD) que, por conseguinte, se subdividem em:

- a) Atividades básicas da vida diária (incluem cuidados com a higiene pessoal, vestir, alimentar-se, mobilidade);
- b) Atividades instrumentais da vida diária, indicativas da capacidade para levar uma vida independente no seio da comunidade, como realizar as tarefas domésticas, fazer compras, utilizar meios de transporte, administrar os medicamentos, gerir os rendimentos (Figueiredo, 2007).

Assim, desde os trabalhos pioneiros de Katz *et al.* (1963) e de Lawton e Brody (1969), aquando da determinação se uma pessoa é ou não dependente considera-se se a

mesma necessita de ajuda para realizar dois grupos distintos de atividades, ou seja, as atividades básicas de vida diária (AVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

Outra dimensão que necessita de operacionalização centra-se em saber quão dependente é um indivíduo. Conhecer o grau de incapacidade funcional dos sujeitos dependentes é fundamental, pois ajuda a determinar os cuidados necessários. Em termos metodológicos, o grau de dependência tem sido avaliado por meio de escalas de capacidade funcional. Partindo dos trabalhos pioneiros de Katz *et al.* (1963) e Lawton e Brody (1969) desenvolveram-se diversas metodologias cujo objetivo é conseguir um índice que permita medir o diferente grau de dependência que existe entre os sujeitos com limitações funcionais. De acordo com Marín e Casasnovas (2001), as distintas escalas existentes não só procuram obter uma medida da dependência, como proporcionam um conjunto limitado de categorias, obtidas a partir do índice elaborado, que ajudam a classificar os sujeitos dependentes. O propósito da criação destas escalas é que a avaliação funcional seja útil no domínio clínico.

II – ESTUDO EMPÍRICO

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Em função da pesquisa bibliográfica efetuada, optámos por um estudo de natureza quantitativa, com carácter descritivo-correlacional, de natureza longitudinal.

O método de investigação quantitativo, na perspectiva de FREIXO (2010: p.144) constitui «...um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Assim, esta abordagem reflecte um processo complexo que conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível».

O mesmo autor acresce ainda que a principal finalidade do método de investigação quantitativo passa pelo desenvolvimento e validação dos conhecimentos.

É descritivo, porque na perspectiva de FREIXO (2010) este é utilizado quando o investigador dá início a um estudo numa nova área e com o intuito de identificar as principais variáveis existentes numa dada situação. O mesmo autor acrescenta ainda que este método «...assenta em estratégias de pesquisa para observar e descrever comportamentos, incluindo a identificação de fatores que possam estar relacionados com um fenómeno em particular» e que tem como finalidade «...fornecer uma caracterização precisa das variáveis envolvidas num fenómeno ou acontecimento» (Freixo, 2010, pp.106-107).

É um estudo correlacional, que na opinião de Freixo (2010), se refere ao estudo das relações de duas ou mais variáveis, sem que o investigador intervenha ativamente para influenciar estas variáveis.

Por último, este estudo é longitudinal uma vez que os dados foram obtidos em diversas ocasiões, junto dos mesmos sujeitos de uma investigação, que decorreu durante um certo período de tempo (Freixo, 2010).

3.2 OBJETIVOS

A definição do objetivo significa, primeiramente, a meta, o fim.

Para FORTIN (1999a), o objetivo é um enunciado declarativo que evidencia as variáveis utilizadas, a população e o assunto da investigação.

Complementarmente, Freixo (2010) acrescenta que o objetivo indica o que o investigador pretende fazer ao longo do processo de investigação. Deve ser elaborado «...*com grande economia de palavras, ou seja, [...] deve estabelecer uma relação causa/efeito que se pretende obter com o projeto de intervenção*» (Freixo, 2010: p.164)

Assim, neste estudo, definiram-se os seguintes objetivos, os quais se pretendem alcançar durante o desenvolvimento da investigação:

- Avaliar as características sociodemográficas da população em estudo;
- Avaliar o grau de dependência para as Atividades de Vida Diária à entrada, a meio do internamento e na alta da unidade.
- Avaliar o estado cognitivo à entrada, a meio do internamento e na alta da unidade.
- Verificar a correlação dos três momentos de avaliação.

3.3 SELECÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA

HILL e HILL (2005: p.41) referem que «*ao conjunto total dos casos sobre os quais se pretende retirar conclusões dá-se o nome de população ou universo*».

Para FORTIN (1999b: p. 202), a população pode ser definida como uma «...*coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios*».

Para este estudo, a população foi constituída por todos os utentes internados na Unidade de Convalescença do ULSNE – Unidade de Macedo de Cavaleiros, no período de 1 de Janeiro até 31 de Dezembro de 2010.

Freixo (2010: p.182) entende que a amostra é «...um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo».

Assim, para o nosso estudo, a população foi constituída por 207 utentes internados na Unidade de Convalescência do ULSNE – Unidade de Macedo de Cavaleiros.

Para a obtenção do número total de sujeitos da amostra, recorreremos à amostragem não probabilística, nomeadamente a amostra por conveniência ou acidental. Esta obtém-se sem recurso a qualquer plano preconcebido, isto é, os utentes são selecionados de acordo com a sua entrada na unidade. A amostra estudada foi determinada pela exigência de avaliação nos três momentos, tendo sido eliminados 34 pacientes. Posto isto, a amostra objeto de estudo foi constituída por 173 pacientes.

3.4 PROCEDIMENTOS E COLHEITA DE DADOS

Para a recolha de dados foram consultados os processos clínicos, com vista à seleção da amostra a estudar, tendo-se realizado recolha de dados de acordo com o protocolo previamente delineado, com introdução em base de dados criada para o efeito.

O protocolo de colheita de dados inclui: Idade, Sexo, Proveniência, Destino após Alta, Patologia de base, Uso da Casa de banho, Vestir-se, Sentar e Levantar, Banho, Deitar e Levantar, Controlo de Fezes, Controlo de Urina, Escadas, Locomoção, Estado Cognitivo e Alimentação.

Os dados recolhidos abrangem o ano de 2010, incluindo todos os doentes internados no período considerado.

3.4.1 Instrumentos de Colheita de Dados

A colheita de dados refere-se à recolha sistemática de informação junto dos elementos constituintes da amostra com a ajuda do instrumento de medida selecionado (Freixo, 2010). Para tal, foi utilizado o instrumento de avaliação integrada – aplicativo

informático de Monitorização da RCCI, sendo que os dados foram passados directamente para a base de dados.

3.4.2 Questões Éticas

A realização de qualquer pesquisa implica por parte do investigador o levantamento de questões morais e éticas. A ética coloca problemas ao investigador decorrente das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação (Fortin, Prud'Homme Brisson & Coutu-Wakulczyk, 1999).

Para Fortin, Prud'Homme Brisson & Coutu-Wakulczyk (1999), a ética é a ciência da moral que regula a nossa postura e o nosso comportamento. Ou seja, é um juízo filosófico, acerca do que é mais correto, baseado em princípios usados para justificar ações e resolver problemas.

A investigação que envolve seres humanos pode pôr em causa os direitos e liberdades das pessoas. Assim, para Fortin, Prud'Homme Brisson & Coutu-Wakulczyk (1999), quando se inicia a investigação, temos de respeitar: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo.

Antes de se proceder à recolha de dados, foram tidos em consideração os aspetos éticos referidos anteriormente. Foi dirigida ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Nordeste, hoje Unidade Local de Saúde do Nordeste, uma carta de pedido de autorização, para a realização do presente estudo, obtendo aprovação logo de seguida (ver ANEXO II).

3.5 METODOLOGIA ESTATÍSTICA

O procedimento referente ao tratamento dos dados estatísticos operou-se através do recurso ao programa informático *IBM SPSS Statistics 20*, apresentando-se a

estatística descritiva mediante o valor média±desvio padrão. Quanto à exposição gráfica das variáveis, esta efetuou-se através do programa Excel 2007 e do referido programa informático.

No estudo da comparação entre grupos, recorreu-se à aplicação do Teste T de *Student* para amostras independentes, já para a comparação entre cada um dos momentos de avaliação empregou-se o Teste T de *Student* para amostras emparelhadas, bem como a prova de *Pearson* para o estudo das correlações entre variáveis. Em anexo (Anexo III) encontram-se os quadros que serviram de apoio estatístico à realização deste trabalho.

O nível de significância para este estudo foi estabelecido para um $p \leq 0,05$.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos encontram-se expressos em quadros e em gráficos para uma melhor compreensão dos dados, seguidos de uma explicação dos mesmos. Devido à escassez de estudos relativos a esta temática, as variáveis do estudo irão, neste capítulo, ser comparadas entre si.

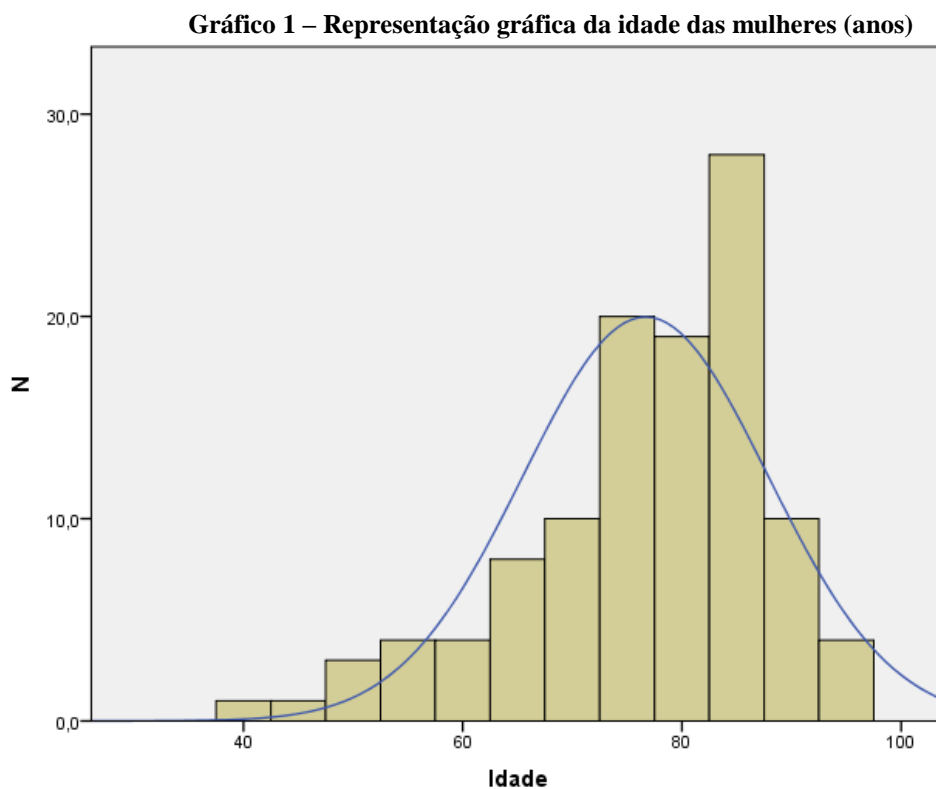
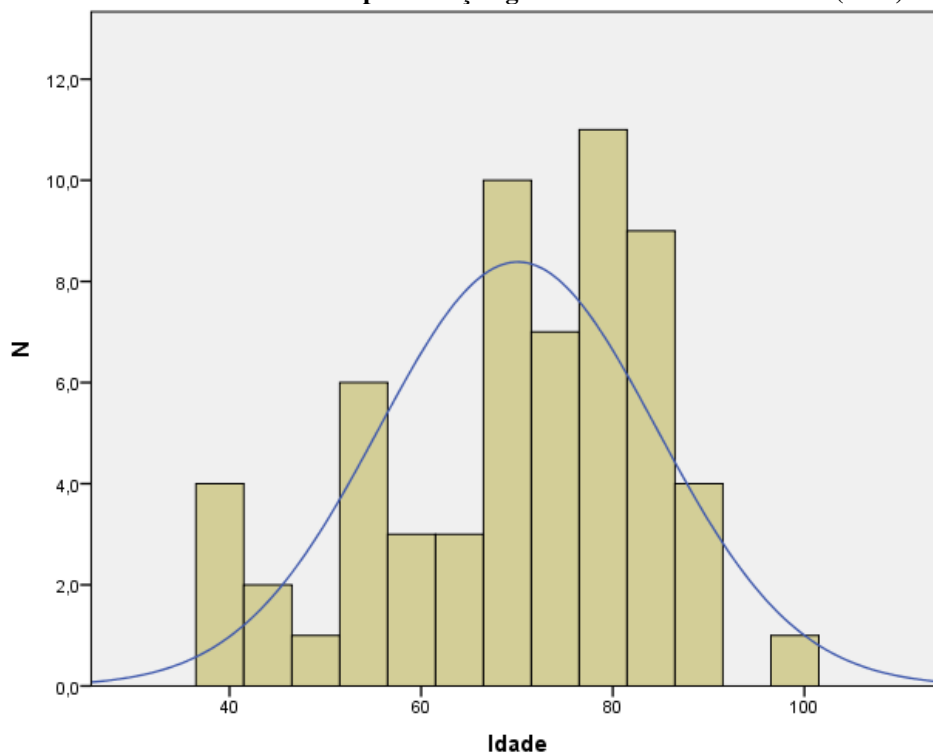


Gráfico 2 – Representação gráfica da idade dos homens (anos)



Quadro 1 – Distribuição da amostra por idade e por sexo

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Feminino	112	76,68	11,19	40	94
Masculino	61	70,08	14,51	39	97
Amostra total	173	74,35	12,81	39	97

Como podemos observar no quadro 1, este estudo foi desenvolvido tendo como base uma amostra de 173 utentes, sendo 112 do sexo feminino e 61 do sexo masculino. A média de idades da nossa amostra foi de $74,35 \pm 12,81$ ($70,68 \pm 11,19$ anos vs. $70,08 \pm 14,51$ anos de mulheres e homens, respetivamente), sendo que o utente mais jovem apresentava 39 anos e o mais velho 97. Apesar desta diferença, o resultado não apresenta significado estatístico.

Quadro 2 – Proveniência dos utentes

	Proveniência	
	N	%
Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros	57	32,9
Unidade Hospitalar de S. João (Porto)	1	0,6
Unidade Hospitalar de Bragança	76	43,9
Unidade Hospitalar de Mirandela	30	17,3
Unidade Hospitalar de Vila Real	1	0,6
Domicílio	7	4
Hospital da Povia de Varzim/Vila do Conde	1	0,6
Total	173	100

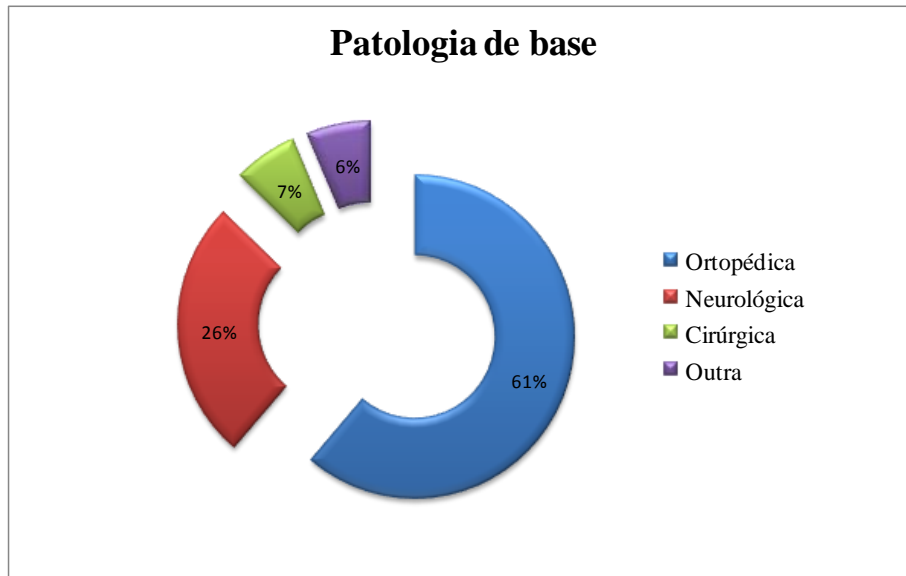
Conforme nos mostra o quadro 2, a Unidade Hospitalar de Bragança é a unidade hospitalar que referencia mais utentes com 43,9%, seguindo-se a Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros com 32,9%, aparecendo em terceiro lugar a Unidade Hospitalar de Mirandela com 17,3% de utentes referenciados. As restantes proveniências conjugam um total de 5,8% dos utentes referenciados para a Unidade de Convalescência.

Quadro 3 – Destino dos utentes após alta

	Destino após alta	
	N	%
Domicílio	131	75,7
Hospital Agudos	9	5,2
Lar	9	5,2
Outra Resposta	24	13,9
Total	173	100

No quadro 3 podemos conferir que o principal destino dos utentes internados na Unidade de Convalescência após a alta clínica desta unidade é o Domicílio com 75,7% dos casos. Os Lares e as restantes tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados comportam 19,1% dos utentes. De referir ainda que 5,2% dos utentes tem como destino o Hospital de Agudos, o que tem por base um agravamento da sua situação clínica ou alguma intercorrência inesperada durante o internamento.

Gráfico 3 – Patologia de base dos utentes



No gráfico 3 podemos concluir que a patologia Ortopédica é a mais incidente com 61% dos casos, seguindo-se a Neurológica com 26% e a Cirúrgica com 7%. Existem ainda outras patologias que representam 6% dos casos.

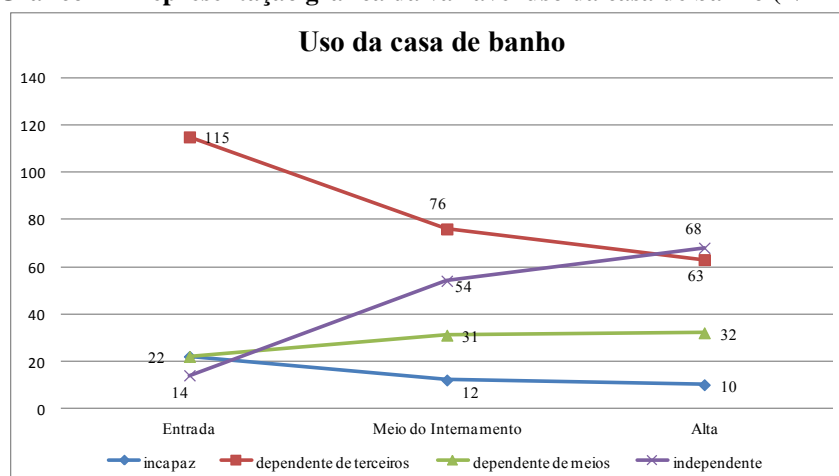
Quadro 4 – Distribuição da variável uso da casa de banho por grau de dependência e por sexo

			Incapaz	Dependente de terceiros	Dependente de meios	Independente	Total
Uso da casa de banho	Entrada	Feminino	13	79	15	5	112
		Masculino	9	36	7	9	61
		Total	22	115	22	14	173
	Meio do internamento	Feminino	3	57	23	29	112
		Masculino	9	19	8	25	61
		Total	12	76	31	54	173
	Alta	Feminino	3	49	26	34	112
		Masculino	7	14	6	34	61
		Total	10	63	32	68	173

No quadro 4 podemos verificar que dos 79 utentes do sexo feminino que dependiam de terceiros no uso da casa de banho no início do internamento só 49 é que mantinham essa dependência, os independentes também tiveram um ganho considerável passando de 5 para 34 relativamente ao mesmo género. No sexo masculino o maior ganho foi nos independentes que passaram de 9 ao início do internamento para 34 no momento da alta. Comparando os 3 momentos de avaliação, podemos afirmar que há diferenças estatisticamente significativas quando comparamos a entrada com o meio do

internamento ($p=0$), o meio do internamento com a alta ($p=0,001$) e a entrada com a alta ($p=0$).

Gráfico 4 – Representação gráfica da variável uso da casa de banho (N=173)



Quanto à variável uso da casa de banho, o Gráfico 4 mostra-nos que dos 115 utentes que dependiam de terceiros para o seu uso no início do internamento 63 mantiveram esse grau de dependência. De salientar ainda um aumento dos utentes independentes no uso da casa de banho sendo que na entrada eram apenas 14 e no momento da alta 68 utentes já utilizavam a casa de banho sem qualquer tipo de ajuda.

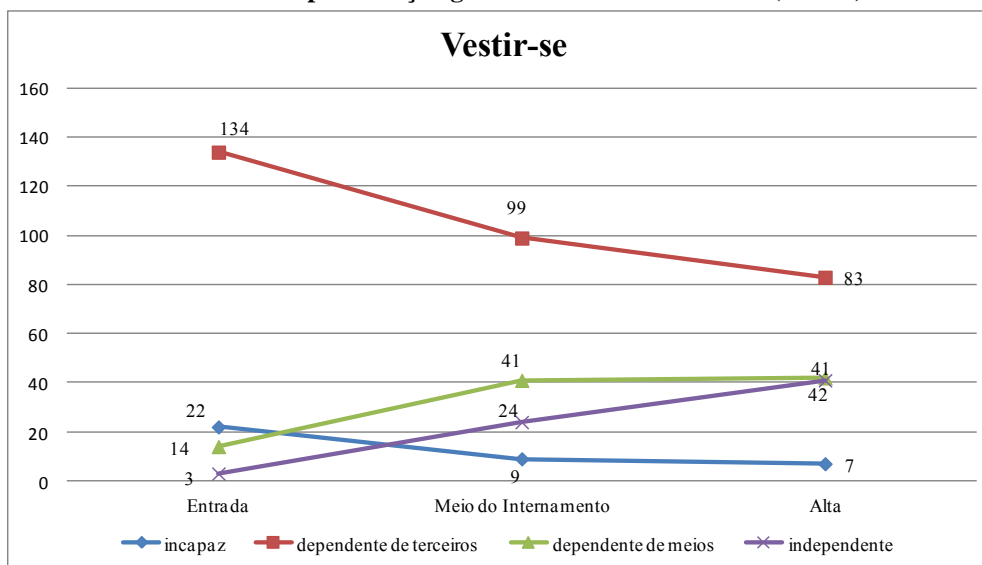
Quadro 5 – Distribuição da variável vestir-se por grau de dependência e por sexo

			Incapaz	Dependente de terceiros	Dependente de meios	Independente	Total
Vestir-se	Entrada	Feminino	13	92	6	1	112
		Masculino	9	42	8	2	61
		Total	22	134	14	3	173
	Meio do internamento	Feminino	4	70	25	13	112
		Masculino	5	29	16	11	61
		Total	9	99	41	24	173
	Alta	Feminino	4	61	24	23	112
		Masculino	3	22	18	18	61
		Total	7	83	42	41	173

O quadro 5 mostra-nos que dos 92 utentes do sexo feminino que dependiam de terceiros para se vestir no início do internamento apenas 61 mantêm a necessidade dessa ajuda no momento da alta. No sexo masculino o maior ganho foi no momento do início do internamento até ao meio do internamento no que se refere aos dependentes de terceiros passando de 42 para 29. Comparando os 3 momentos de avaliação, podemos

afirmar que há diferenças estatisticamente significativas quando comparamos a entrada com o meio do internamento ($p=0$), o meio do internamento com a alta ($p=0$) e a entrada com a alta ($p=0$).

Gráfico 5 – Representação gráfica da variável vestir-se (N=173)



No gráfico 5, verificamos que dos 134 utentes que dependiam de terceiros para se vestir só 83 no momento da alta mantinham essa dependência. Os utentes incapazes também diminuíram de 22 para 7. O aumento dos independentes também foi relevante já que à entrada eram apenas 3 utentes que não necessitavam de qualquer ajuda no vestir e no momento da alta já 42 utentes se vestiam pelos seus próprios meios.

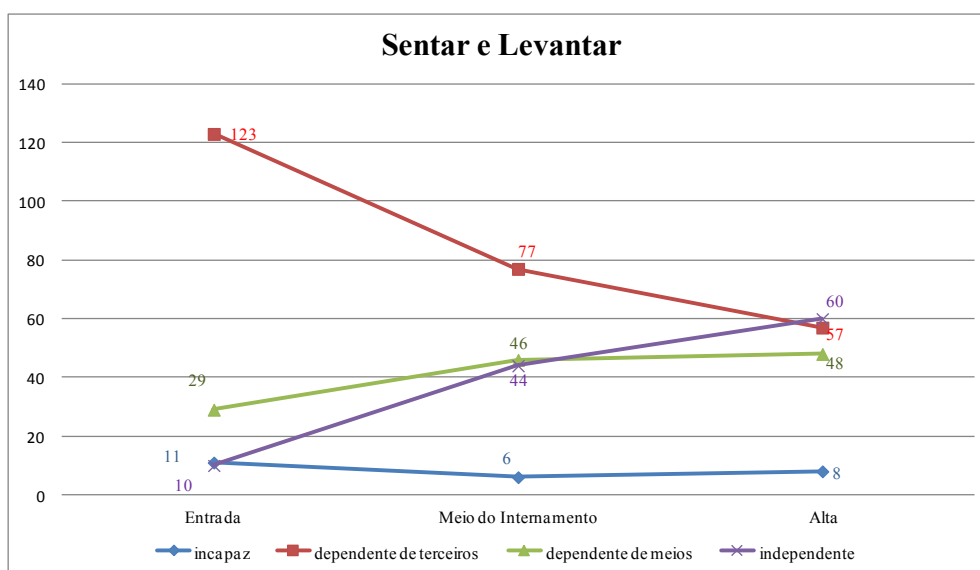
Quadro 6 – Distribuição da variável sentar e levantar por grau de dependência e por sexo

			Incapaz	Dependente de terceiros	Dependente de meios	Independente	Total
Sentar e Levantar	Entrada	Feminino	5	85	19	3	112
		Masculino	6	38	10	7	61
		Total	11	123	29	10	173
	Meio do internamento	Feminino	1	55	31	25	112
		Masculino	5	22	15	19	61
		Total	6	77	46	44	173
	Alta	Feminino	3	44	33	32	112
		Masculino	5	13	15	28	61
		Total	8	57	48	60	173

No que respeita à variável Sentar e Levantar, no quadro 6 podemos observar que dos 85 dependentes de terceiros do sexo feminino à entrada só 44 é que necessitavam de

ajuda o final do internamento. Para o sexo masculino, a grande alteração foi nos dependentes de terceiros mas da entrada até ao meio do internamento, passando de 38 para 22. Comparando os 3 momentos de avaliação, podemos afirmar que há diferenças estatisticamente significativas quando comparamos a entrada com o meio do internamento ($p=0$), o meio do internamento com a alta ($p=0$) e a entrada com a alta ($p=0$).

Gráfico 6 – Representação gráfica da variável sentar e levantar (N=173)



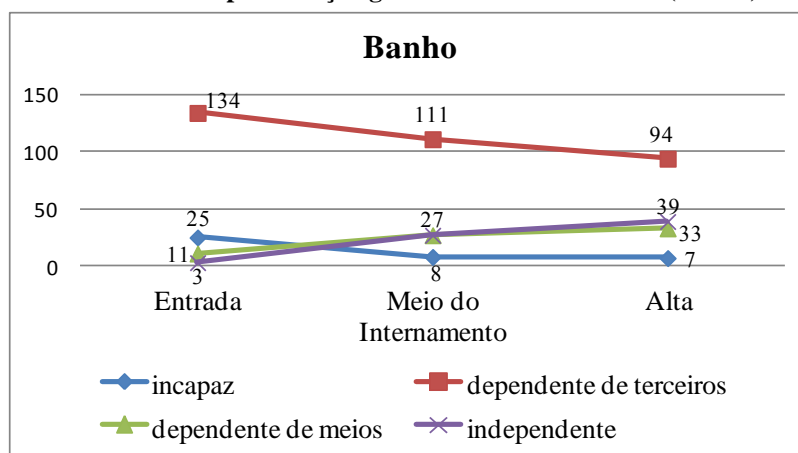
No que respeita à variável sentar e levantar, no Gráfico 6 podemos observar que 123 utentes à entrada eram dependentes de terceiros para realizar estas atividades sendo que na alta já só 57 necessitavam desta ajuda. Quanto aos independentes aumentaram significativamente de 10 para 60 utentes que conseguiram sentar-se e levantar-se sem ajuda.

Quadro 7 – Distribuição da variável banho por grau de dependência e por sexo

			Incapaz	Dependente de terceiros	Dependente de meios	Independente	Total
Banho	Entrada	Feminino	15	92	4	1	112
		Masculino	10	42	7	2	61
		Total	25	134	11	3	173
	Meio do internamento	Feminino	3	81	15	13	112
		Masculino	5	30	12	14	61
		Total	8	111	27	27	173
	Alta	Feminino	3	71	19	19	112
		Masculino	4	23	14	20	61
		Total	7	94	33	39	173

No quadro 7 podemos observar que dos 15 utentes do sexo feminino incapazes de se higienizar no início do internamento só 3 é que mantinham essa limitação no momento da alta. Relativamente ao sexo masculino, os independentes que eram 2 ao início do internamento passaram para 20 no final do mesmo. Comparando os 3 momentos de avaliação, podemos afirmar que há diferenças estatisticamente significativas quando comparamos a entrada com o meio do internamento ($p=0$), o meio do internamento com a alta ($p=0$) e a entrada com a alta ($p=0$).

Gráfico 7 – Representação gráfica da variável banho (N=173)



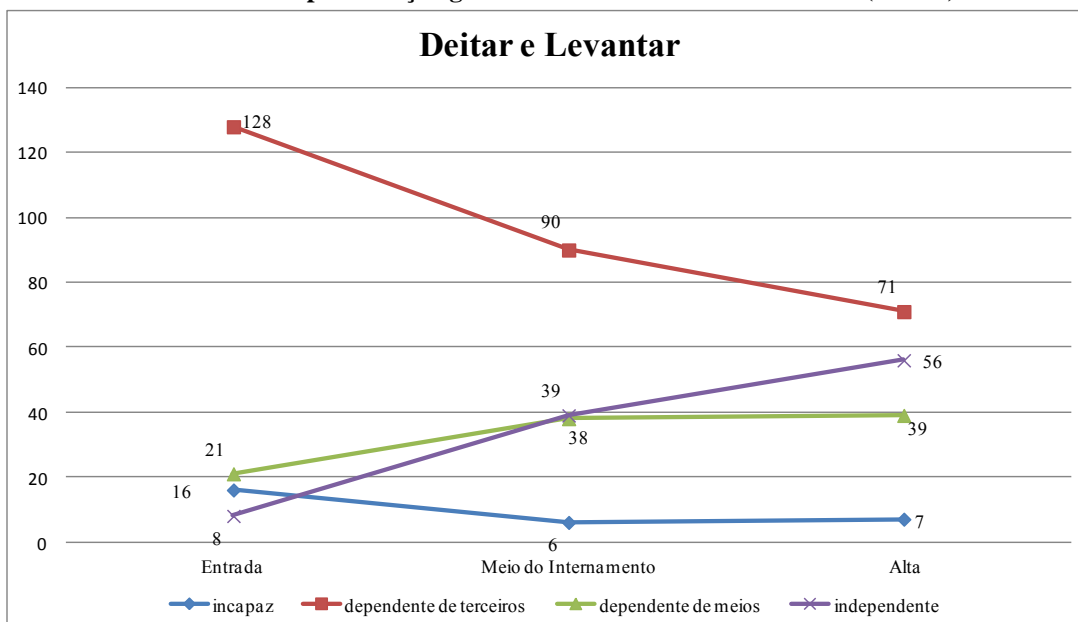
No gráfico 7 podemos observar que na variável banho 25 utentes eram incapazes de se higienizar no início do internamento e apenas 7 utentes mantiveram essa incapacidade aquando da alta. Os que necessitavam de ajuda de terceiros também diminuíram de 134 para 94. Dos 3 utentes que eram independentes no banho à entrada verificamos que 39 conseguiam realizar esta atividade sem qualquer ajuda no fim do internamento.

Quadro 8 – Distribuição da variável deitar e levantar por grau de dependência e por sexo

			Incapaz	Dependente de terceiros	Dependente de meios	Independente	Total
Deitar e Levantar	Entrada	Feminino	9	87	14	2	112
		Masculino	7	41	7	6	61
		Total	16	128	21	8	173
	Meio do internamento	Feminino	1	65	26	20	112
		Masculino	5	25	12	19	61
		Total	6	90	38	39	173
	Alta	Feminino	2	54	28	28	112
		Masculino	5	17	11	28	61
		Total	7	71	39	56	173

No quadro 8 podemos observar que relativamente ao sexo feminino o maior ganho foi nos dependentes de terceiros da entrada para o meio do internamento, na variável deitar e levantar, passando de 87 para 65 respetivamente. Em relação ao sexo masculino a maior evolução foi dos dependentes de terceiros que passaram de 41 para 17. Comparando os 3 momentos de avaliação, podemos afirmar que há diferenças estatisticamente significativas quando comparamos a entrada com o meio do internamento ($p=0$), o meio do internamento com a alta ($p=0$) e a entrada com a alta ($p=0$).

Gráfico 8 – Representação gráfica da variável deitar e levantar (N=173)



No gráfico 8, podemos observar que 128 utentes à entrada na unidade necessitavam de ajuda de terceiros para se deitar e levantar passando para 71 no

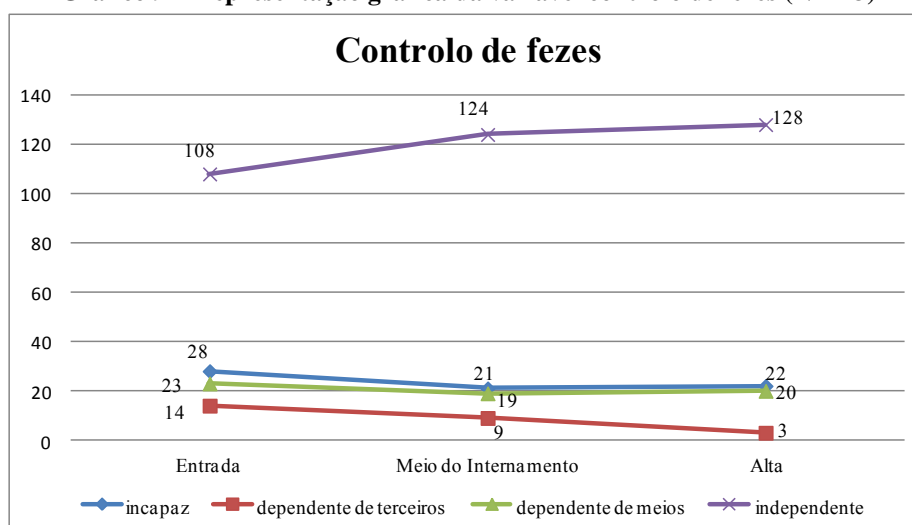
momento da alta. Nesta atividade, os independentes voltam a ter um grande relevo aumentando de 8 para 56 utentes que se deitavam e levantavam do leito já sem qualquer ajuda.

Quadro 9 – Distribuição da variável controlo de fezes por grau de dependência e por sexo

			Incapaz	Dependente de terceiros	Dependente de meios	Independente	Total
Controlo de Fezes	Entrada	Feminino	18	9	15	70	112
		Masculino	10	5	8	38	61
		Total	28	14	23	108	173
	Meio do internamento	Feminino	8	7	17	80	112
		Masculino	13	2	2	44	61
		Total	21	9	19	124	173
	Alta	Feminino	11	3	16	82	112
		Masculino	11	0	4	46	61
		Total	22	3	20	128	173

O quadro 9 mostra que das 18 utentes que apresentavam a incapacidade no controlo de fezes, apenas 11 no final do internamento é que a mantinham. Os utentes do sexo masculino, que eram 38 independentes na entrada, aumentaram para 46 no momento da alta. Comparando os 3 momentos de avaliação, podemos afirmar que há diferenças estatisticamente significativas quando comparamos a entrada e o meio do internamento ($p=0,002$) e da entrada para o momento da alta ($p=0,001$). Mediante isto, podemos especular que as alterações significativas que se observam nesta variável se podem ficar a dever à primeira metade do internamento.

Gráfico 9 – Representação gráfica da variável controlo de fezes (N=173)



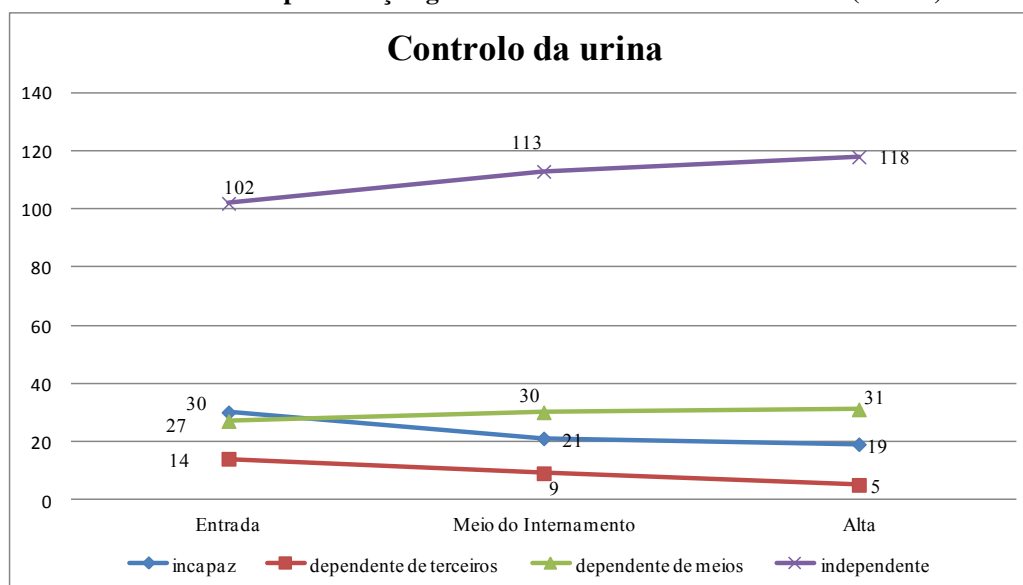
No gráfico 9 podemos observar que os independentes na variável controlo das fezes eram 108 à entrada e passaram para 128 no momento da alta, recuperando esta capacidade. Nos restantes níveis de dependência as alterações foram reduzidas, ainda que os utentes que necessitavam de ajuda de terceiros passaram de 14 para apenas 3.

Quadro 10 – Distribuição da variável controlo de urina por grau de dependência e por sexo

			Incapaz	Dependente de terceiros	Dependente de meios	Independente	Total
Controlo de Urina	Entrada	Feminino	19	8	19	66	112
		Masculino	11	6	8	36	61
		Total	30	14	27	102	173
	Meio do internamento	Feminino	9	6	23	74	112
		Masculino	12	3	7	39	61
		Total	21	9	30	113	173
	Alta	Feminino	11	3	22	76	112
		Masculino	8	2	9	42	61
		Total	19	5	31	118	173

No que diz respeito à variável controlo de urina, o quadro 10 mostra que no sexo feminino as utentes independentes que eram 66 na entrada passaram para 76 no final do internamento. O sexo masculino também sofreu alterações ainda que ligeiras nos utentes independentes passando de 36 para 42 do início do internamento para o final. Comparando os 3 momentos de avaliação podemos afirmar que há diferenças estatisticamente significativas quando comparamos o momento da entrada com o meio do internamento ($p=0,002$) e da entrada para a alta com ($p=0$). De igual forma como no controlo de fezes o maior ganho dos utentes é na primeira metade do internamento.

Gráfico 10 – Representação gráfica da variável controlo da urina (N=173)



O gráfico 10 correspondente à variável controlo de urina. Os utentes independentes sofreram um aumento de 102 para 118. Os utentes incapazes de controlar a urina diminuíram de 30 para 19. Nos restantes níveis de dependência as alterações foram mínimas mantendo assim as limitações.

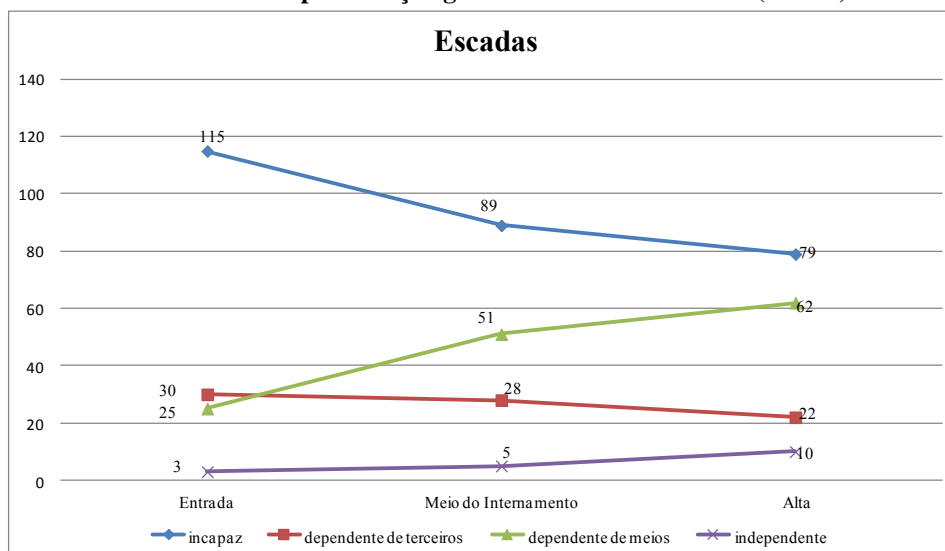
Quadro 11 – Distribuição da variável escadas por grau de dependência e por sexo

			Incapaz	Dependente de terceiros	Dependente de meios	Independente	Total
Escadas	Entrada	Feminino	75	22	14	1	112
		Masculino	40	8	11	2	61
		Total	115	30	25	3	173
	Meio do internamento	Feminino	61	21	29	1	112
		Masculino	28	7	22	4	61
		Total	89	28	51	5	173
	Alta	Feminino	56	18	36	2	112
		Masculino	23	4	26	8	61
		Total	79	22	62	10	173

No quadro 11, das 75 utentes à entrada do sexo feminino incapazes de subir e descer escadas, só 56 é que mantinham essa incapacidade no momento da alta. Relativamente ao sexo masculino, a grande alteração deu-se nos dependentes de meios que passaram de 11 no início do internamento para 26 no momento da alta. Comparando os 3 momentos de avaliação, podemos afirmar que há diferenças estatisticamente significativas quando comparamos a entrada com o meio do

internamento ($p=0$), o meio do internamento com a alta ($p=0$) e a entrada com a alta ($p=0$).

Gráfico 11 – Representação gráfica da variável escadas (N=173)



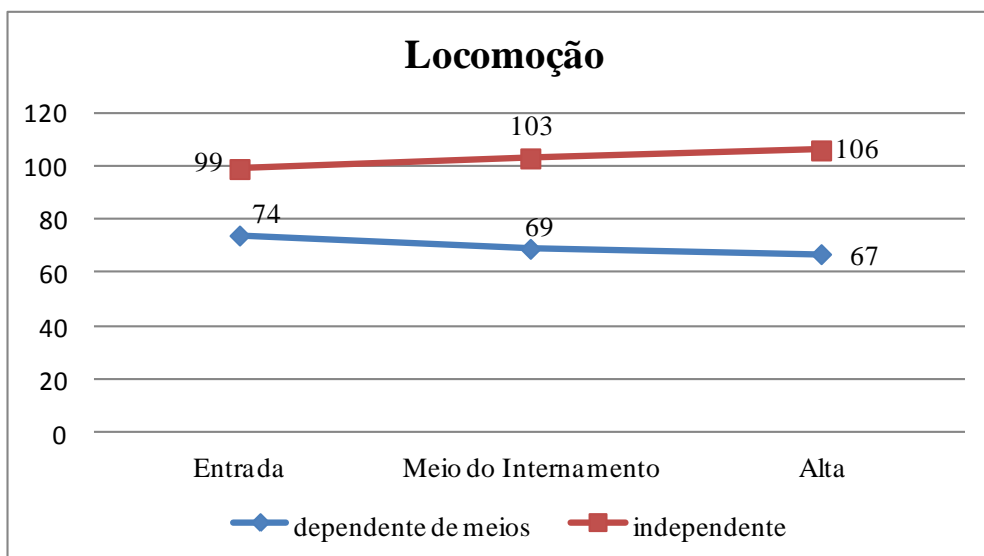
No Gráfico 11, os utentes incapazes de subir e descer escadas diminuíram de 115 para 79 sendo esta diferença um bom pronúncio de promoção de autonomia. Dos utentes que já eram dependentes de meios neste item houve um acréscimo como nos confirma o gráfico, de 25 para 62 utentes, que no subir e descer escadas utilizavam meios auxiliares de marcha.

Quadro 12 – Distribuição da variável locomoção por grau de dependência e por sexo

			Incapaz	Dependente de terceiros	Dependente de meios	Independente	Total
Locomoção	Entrada	Feminino	75	22	14	1	112
		Masculino	40	8	11	2	61
		Total	115	30	25	3	173
	Meio do internamento	Feminino	61	21	29	1	112
		Masculino	28	7	22	4	61
		Total	89	28	51	5	173
	Alta	Feminino	56	18	36	2	112
		Masculino	23	4	26	8	61
		Total	79	22	62	10	173

Relativamente ao quadro 12 e à variável locomoção, podemos afirmar que o maior ganho se deu nos doentes incapazes e do sexo feminino passando de 75 na entrada para apenas 56 no final do internamento. Não se verificaram alterações com significado estatístico.

Gráfico 12 – Representação gráfica da variável locomoção (N=173)



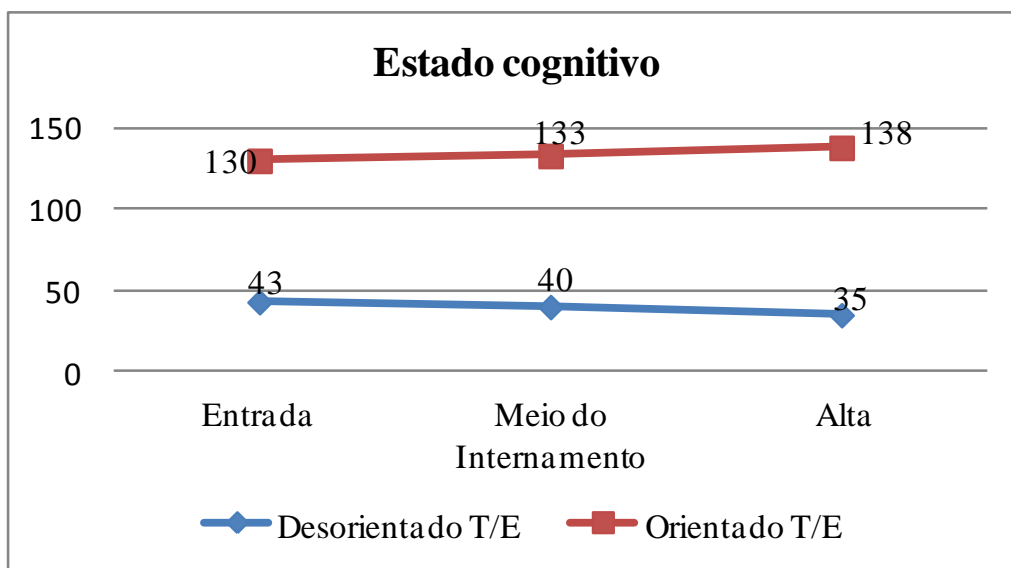
No gráfico 12 podemos observar que na variável locomoção houve ganhos por parte dos utentes, já que os independentes passaram de 99 para 106 e os dependentes de meios diminuíram de 74 para 67 deixando de necessitar de meios auxiliares de marcha e readquirindo independência total no deambular.

Quadro 13 – Distribuição da variável estado cognitivo por sexo

			Desorientado T/E	Orientado T/E	Total
Estado cognitivo	Entrada	Feminino	26	86	112
		Masculino	17	44	61
		Total	43	130	173
	Meio do internamento	Feminino	26	86	112
		Masculino	14	47	61
		Total	40	133	173
	Alta	Feminino	25	87	112
		Masculino	10	51	61
		Total	35	138	173

No que respeita ao quadro 13 os utentes não sofreram grandes alterações no que respeita ao estado de orientação espacial e temporal, relativamente aos dois sexos. Por isso, não se verificaram alterações estatisticamente significativas.

Gráfico 13 – Representação gráfica da variável estado cognitivo (N=173)



No que diz respeito ao estado cognitivo, o gráfico 13 revela que houve 8 utentes que conseguiram restabelecer as suas capacidades cognitivas, readquirindo o sentido de orientação no tempo e no espaço físico.

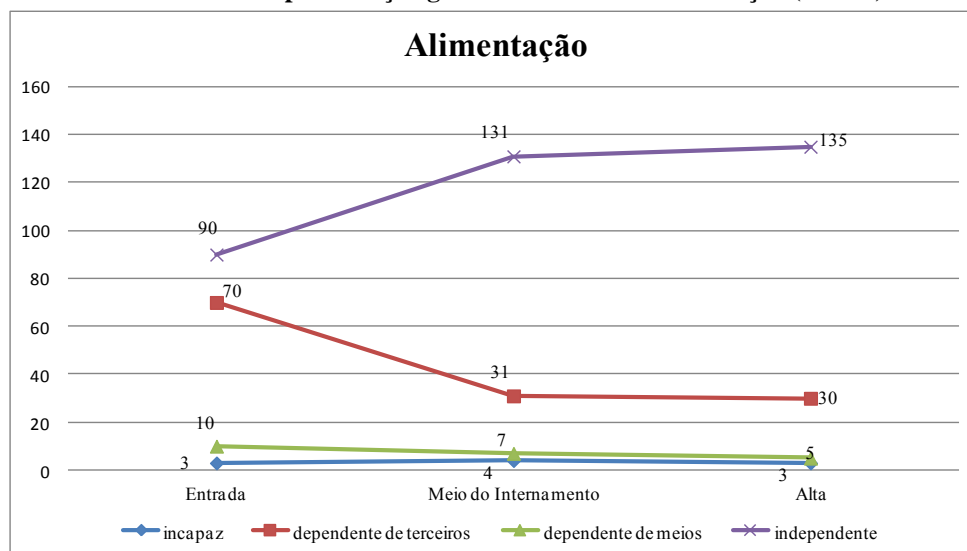
Quadro 14 – Distribuição da variável alimentação por grau de dependência e por sexo

			Incapaz	Dependente de terceiros	Dependente de meios	Independente	Total
Alimentação	Entrada	Feminino	1	48	7	56	112
		Masculino	2	22	3	34	61
		Total	3	70	10	90	173
	Meio do internamento	Feminino	1	22	5	84	112
		Masculino	3	9	2	47	61
		Total	4	31	7	131	173
	Alta	Feminino	1	21	3	87	112
		Masculino	2	9	2	48	61
		Total	3	30	5	135	173

O quadro 14, relativo à variável alimentação, mostra que no sexo feminino os utentes independentes aumentaram significativamente da entrada para o meio do internamento passando de 56 para 84 utentes que já conseguiam alimentar se sozinhos, o que se acaba por verificar também no sexo masculino aumentando de 34 utentes independentes para 47 na primeira metade do internamento. Comparando os 3 momentos de avaliação, podemos afirmar que há diferenças estatisticamente significativas quando comparamos a entrada com o meio do internamento ($p=0$) e a

entrada com o final do internamento (p=0). Nesta variável à semelhança do controlo de urina e fezes os ganhos por parte dos utentes dos dois sexos verifica se na primeira metade do internamento.

Gráfico 14 – Representação gráfica da variável alimentação (N=173)



Como podemos observar no gráfico 14, na variável alimentação também houve progressos. De 90 utentes independentes à entrada passamos para 135 utentes que conseguiram alimentar se pelos seus próprios meios. Os dependentes de terceiros também diminuíram bastante já que de 70 utentes que necessitavam de ajuda de terceiros para se alimentar, no momento da alta só 30 é que careciam desta.

Quadro 15 – Correlação de Pearson das variáveis à entrada

		Idade	Banho	Vestir-se	Uso da casa de banho	Deitar e Levantar	Sentar e Levantar	Controlo de Urina	Controlo de Fezes	Alimentação	Escadas	Locomoção
Banho	Correlação de Pearson	-0,137										
	Valor de p	0,072										
	N	173										
Vestir-se	Correlação de Pearson	-0,146	,919**									
	Valor de p	0,055	0									
	N	173	173									
Uso da casa de banho	Correlação de Pearson	-0,142	,657**	,670**								
	Valor de p	0,062	0	0								
	N	173	173	173								
Deitar e Levantar	Correlação de Pearson	-0,132	,728**	,730**	,799**							
	Valor de p	0,082	0	0	0							
	N	173	173	173	173							
Sentar e Levantar	Correlação de Pearson	-0,121	,629**	,673**	,820**	,832**						
	Valor de p	0,112	0	0	0	0						
	N	173	173	173	173	173						
Controlo de Urina	Correlação de Pearson	-,176*	,422**	,440**	,514**	,473**	,418**					
	Valor de p	0,021	0	0	0	0	0					
	N	173	173	173	173	173	173					
Controlo de Fezes	Correlação de Pearson	-,194*	,374**	,389**	,483**	,420**	,390**	,905**				
	Valor de p	0,01	0	0	0	0	0	0				
	N	173	173	173	173	173	173	173				
Alimentação	Correlação de Pearson	-,233**	,384**	,399**	,444**	,397**	,379**	,496**	,514**			
	Valor de p	0,002	0	0	0	0	0	0	0			
	N	173	173	173	173	173	173	173	173			
Escadas	Correlação de Pearson	-0,136	,469**	,452**	,530**	,502**	,498**	,347**	,312**	,318**		
	Valor de p	0,074	0	0	0	0	0	0	0	0		
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173		
Locomoção	Correlação de Pearson	-0,065	-0,013	-0,025	0	0,038	0,05	-0,01	-0,013	-0,106	,159*	
	Valor de p	0,395	0,867	0,74	0,996	0,619	0,515	0,897	0,867	0,166	0,036	
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	
Estado cognitivo	Correlação de Pearson	-,289**	,204**	,267**	,269**	,221**	,238**	,427**	,415**	,262**	,236**	0,092
	Valor de p	0	0,007	0	0	0,004	0,002	0	0	0	0,002	0,23
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173

** A correlação é significativa para $p < 0,01$

* A correlação é significativa para $p < 0,05$

Quadro 16 – Correlação de Pearson das variáveis a meio do internamento

		Idade	Banho	Vestir-se	Uso da casa de banho	Deitar e Levantar	Sentar e Levantar	Controlo de Urina	Controlo de Fezes	Alimentação	Escadas	Locomoção
Banho	Correlação de Pearson	-,247**										
	Valor de p	0,001										
	N	173										
Vestir-se	Correlação de Pearson	-,250**	,870**									
	Valor de p	0,001	0									
	N	173	173									
Uso da casa de banho	Correlação de Pearson	-,152*	,714**	,731**								
	Valor de p	0,046	0	0								
	N	173	173	173								
Deitar e Levantar	Correlação de Pearson	-,190*	,733**	,740**	,805**							
	Valor de p	0,012	0	0	0							
	N	173	173	173	173							
Sentar e Levantar	Correlação de Pearson	-,220**	,695**	,728**	,841**	,870**						
	Valor de p	0,004	0	0	0	0						
	N	173	173	173	173	173						
Controlo de Urina	Correlação de Pearson	-0,105	,410**	,462**	,559**	,437**	,448**					
	Valor de p	0,168	0	0	0	0	0					
	N	173	173	173	173	173	173					
Controlo de Fezes	Correlação de Pearson	-0,089	,416**	,458**	,572**	,428**	,457**	,940**				
	Valor de p	0,245	0	0	0	0	0	0				
	N	173	173	173	173	173	173	173				
Alimentação	Correlação de Pearson	-0,111	,442**	,493**	,557**	,459**	,518**	,578**	,633**			
	Valor de p	0,147	0	0	0	0	0	0	0			
	N	173	173	173	173	173	173	173	173			
Escadas	Correlação de Pearson	-,151*	,476**	,468**	,496**	,582**	,540**	,343**	,334**	,331**		
	Valor de p	0,048	0	0	0	0	0	0	0	0		
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173		
Locomoção	Correlação de Pearson	-0,046	0,008	-0,046	-0,021	0,053	0,072	-0,094	-0,11	-0,118	,158*	
	Valor de p	0,549	0,912	0,552	0,786	0,485	0,349	0,22	0,151	0,122	0,038	
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	
Estado cognitivo	Correlação de Pearson	-,294**	,304**	,319**	,341**	,276**	,259**	,470**	,461**	,274**	,239**	-0,113
	Valor de p	0	0	0	0	0	0,001	0	0	0	0,002	0,138
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173

** A correlação é significativa para $p < 0,01$

* A correlação é significativa para $p < 0,05$

Quadro 17 – Correlação de *Pearson* das variáveis no momento da alta

		Idade	Banho	Vestir-se	Uso da casa de banho	Deitar e Levantar	Sentar e Levantar	Controlo de Urina	Controlo de Fezes	Alimentação	Escadas	Locomoção
Banho	Correlação de <i>Pearson</i>	-,332**										
	Valor de p	0										
	N	173										
Vestir-se	Correlação de <i>Pearson</i>	-,385**	,895**									
	Valor de p	0	0									
	N	173	173									
Uso da casa de banho	Correlação de <i>Pearson</i>	-,233**	,751**	,784**								
	Valor de p	0,002	0	0								
	N	173	173	173								
Deitar e Levantar	Correlação de <i>Pearson</i>	-,264**	,745**	,780**	,849**							
	Valor de p	0	0	0	0							
	N	173	173	173	173							
Sentar e Levantar	Correlação de <i>Pearson</i>	-,236**	,703**	,744**	,838**	,918**						
	Valor de p	0,002	0	0	0	0						
	N	173	173	173	173	173						
Controlo de Urina	Correlação de <i>Pearson</i>	-,172*	,449**	,477**	,604**	,522**	,514**					
	Valor de p	0,023	0	0	0	0	0					
	N	173	173	173	173	173	173					
Controlo de Fezes	Correlação de <i>Pearson</i>	-0,066	,407**	,438**	,576**	,495**	,514**	,904**				
	Valor de p	0,39	0	0	0	0	0	0				
	N	173	173	173	173	173	173	173				
Alimentação	Correlação de <i>Pearson</i>	-,152*	,446**	,497**	,571**	,540**	,573**	,665**	,702**			
	Valor de p	0,045	0	0	0	0	0	0	0			
	N	173	173	173	173	173	173	173	173			
Escadas	Correlação de <i>Pearson</i>	-,273**	,574**	,629**	,566**	,652**	,649**	,367**	,346**	,395**		
	Valor de p	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173		
Locomoção	Correlação de <i>Pearson</i>	-0,072	0,077	0,05	0,022	0,13	0,09	0,036	0,007	0,024	,253**	
	Valor de p	0,346	0,312	0,516	0,777	0,087	0,238	0,641	0,924	0,758	0,001	
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	
Estado cognitivo	Correlação de <i>Pearson</i>	-,312**	,361**	,404**	,363**	,311**	,301**	,531**	,441**	,294**	,248**	-0,072
	Valor de p	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,001	0,345
	N	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173

** A correlação é significativa para $p < 0,01$

* A correlação é significativa para $p < 0,05$

No primeiro momento de avaliação (quadro 15), verificamos correlação negativa entre a variável Idade com as variáveis Controlo de Urina ($r=-0,176$, $p=0,021$), Controlo de Fezes ($r=-0,194$, $p=0,01$), Alimentação ($r=-0,233$, $p=0,002$) e Estado Cognitivo ($r=-0,289$, $p=0$), o que significa que as variáveis se correlacionam em sentidos opostos (quando os valores de uma aumentam, os valores da outra diminuem). Contudo, as restantes variáveis correlacionam-se positivamente entre elas (quando os valores de uma aumentam, os valores da outra também aumentam), com a exceção da variável Locomoção que só se correlaciona positivamente com a variável Escadas ($r=0,159$, $p=0,036$).

Num segundo momento de avaliação, que coincide com o meio do internamento (quadro 16), verifica-se que a variável Idade correlaciona-se negativamente com as variáveis Banho ($r=-0,247$, $p=0,001$), Vestir-se ($r=-0,250$, $p=0,001$), Uso da Casa de Banho ($r=0,152$, $p=0,046$), Deitar e Levantar ($r=-0,190$, $p=0,012$), Sentar e Levantar ($r=-0,220$, $p=0,004$), Escadas ($r=-0,151$, $p=0,048$) e Estado Cognitivo ($r=-0,249$, $p=0$). À semelhança do primeiro momento de avaliação, as restantes variáveis correlacionam-se positivamente entre elas, com exceção da variável Locomoção que só se correlaciona positivamente com a variável Escadas ($r=0,158$, $p=0,038$).

No final do internamento, aquando da alta clínica da unidade (quadro 17), a variável Idade correlaciona-se negativamente com todas as variáveis, com a exceção das variáveis Controlo de Fezes e Locomoção com as quais não apresenta qualquer tipo de correlação. As restantes variáveis continuam a correlacionar-se positivamente entre si mantendo-se a exceção a variável Locomoção que novamente só se correlaciona positivamente com a variável Escadas.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Todas as investigações que consultámos referentes à avaliação funcional de idosos internados em ambiente hospitalar referem uma diminuição significativa da capacidade funcional destes indivíduos, o que se traduz num importante fator de comorbilidade.

A maioria dos fatores relacionados com a diminuição da capacidade funcional dos idosos hospitalizados podem ser previstos e são passíveis de intervenções, uma vez que o internamento é muitas vezes mais responsável pelo declínio funcional que a própria patologia, em pacientes idosos (Covinsky *et al.*, 2003). A implantação de unidades especificamente vocacionadas para a reabilitação da independência funcional pós-episódio agudo, destinadas ao cuidado do idoso, podem favorecer a redução da incidência do declínio funcional, com um impacto favorável na qualidade de vida desta população específica (Zelada *et al.*, 2009).

Após a comparação dos dados destes estudos com os obtidos na presente investigação, podemos perceber que os pacientes da Unidade de Convalescença de Macedo de Cavaleiros, no período em estudo, beneficiaram da mudança de paradigma instalado. Este paradigma, direcionado muito particularmente para a reabilitação funcional dos pacientes durante os 30 dias posteriores à transferência da unidade hospitalar de agudos, revela-se como benéfico.

Sendo assim, a patologia de base mais frequente é a ortopédica (61%), seguida da neurológica (26%) e da cirúrgica (7%), sendo que outras patologias surgem com 6% de incidência (Gráfico 3), numa amostra de 173 pacientes com uma média de idades de $74,35 \pm 12,81$ (quadro 1). Podemos ainda observar alterações estatisticamente significativas nas variáveis uso da casa de banho, controlo de urina, controlo de fezes, vestir-se, sentar e levantar, deitar e levantar, banho, escadas e alimentação. Apenas não pudemos observar essas alterações nas variáveis locomoção e estado cognitivo, apesar de graficamente se puder observar uma tendência clara de melhoria (quadros 4 a 14).

Por fim, pudemos observar que a avaliação das variáveis funcionais se correlacionam entre si, nos três momentos de avaliação (quadros 15, 16 e 17). Mas o

dado mais importante deste teste correlacional é perceber que a idade adquire uma importância crescente, desde o momento da admissão até à alta, no que toca ao número e à força das correlações que estabelece. Este facto leva-nos a especular sobre a influência que a idade tem na evolução e na recuperação destes pacientes. Se por um lado sabemos pelos vários estudos identificados neste capítulo que a idade é um factor determinante para a perda de capacidade funcional, este dado leva-nos a poder discutir que a idade é também um fator limitante na recuperação funcional, sendo que foram os mais novos aqueles que obtiveram mais benefícios da estadia na Unidade de Convalescença. Este dado completamente novo, quando comparado este estudo com as diferentes abordagens metodológicas dos estudos em questão, leva-nos a refletir sobre a necessidade de mais estudos que possam clarificar e comprovar este nosso achado. Este novo paradigma será fundamental, de forma a poderem ser estabelecidos planos de recuperação funcional especialmente adequados e adaptados à funcionalidade apresentada no momento da admissão, mas também à idade dos sujeitos e consequentemente ao potencial de recuperação que os mesmos apresentem.

Por fim, importa referir que as Unidades de Convalescença tomaram a linha da frente no que toca à dinâmica centrada na reabilitação funcional dos indivíduos. Contudo, a literatura carece de investigações que permitam fazer comparações reais e fidedignas entre a Unidade deste estudo e outras. No entanto, podemos perceber que, ao contrário do que acontece no presente estudo, a evolução da autonomia funcional dos idosos internados por motivo de doença aguda diminui o que confere importância acrescida às Unidades deste tipo.

CONCLUSÕES

As Unidades de Convalescença têm ganho um papel cada vez mais importante na promoção da autonomia dos utentes, sempre que é identificada essa necessidade.

Reportando nos à questão de partida “Existem diferenças na autonomia dos utentes da Unidade de Convalescença da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Unidade de Macedo de Cavaleiros, ao longo do internamento?” e pela análise dos resultados que apresentamos anteriormente, podemos concluir que, no ano de 2010, a Unidade de Convalescença de Macedo de Cavaleiros teve uma predominância de internamentos de pacientes do sexo feminino, sendo que a média de idades foi de $74,35 \pm 12,81$ anos. A patologia de base mais presente foi a ortopédica, foi a Unidade Hospitalar de Bragança que referenciou mais utentes e o domicílio foi o destino após alta mais comum.

No primeiro momento de avaliação, e com recurso à correlação de *Pearson*, verificamos correlação negativa entre a variável Idade com as variáveis Controlo de Urina, Controlo de Fezes, Alimentação e Estado Cognitivo. Todavia, as restantes variáveis correlacionam-se positivamente entre elas, com a exceção da variável Locomoção que só se correlaciona positivamente com a variável Escadas.

Num segundo momento de avaliação, que coincide com o meio do internamento, verifica-se que a variável Idade se correlaciona negativamente com as variáveis Banho, Vestir-se, Uso da Casa de Banho, Deitar e Levantar, Sentar e Levantar, Escadas e Estado Cognitivo. À semelhança do primeiro momento de avaliação, as restantes variáveis correlacionam-se positivamente entre elas, com exceção da variável Locomoção que só se correlaciona positivamente com a variável Escadas.

No final do internamento, aquando da alta clínica da unidade, a variável Idade correlaciona-se negativamente com todas as variáveis, com a exceção das variáveis Controlo de Fezes e Locomoção com as quais não apresenta qualquer tipo de correlação. As restantes variáveis continuam a correlacionar se positivamente entre si mantendo se a exceção a variável Locomoção que novamente só se correlaciona positivamente com a variável Escadas.

Podemos concluir, assim, que os utentes melhoraram a sua autonomia durante a estadia na Unidade de Convalescença de Macedo de Cavaleiros, muito devido ao resultado da filosofia inerente à prática de cuidados diária que se verifica.

Neste estudo, deparamo-nos com algumas dificuldades, nomeadamente no que se refere à falta de publicações referentes aos cuidados continuados, que nos permitissem uma análise e discussão de resultados mais exaustiva.

Consideramos que muito tem de ser feito e estudado nesta área, nomeadamente com estudos que demonstrem os ganhos em saúde que emergem desta tipologia de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al Snih S, Markides KS, Ostir GV, Ray L, Goodwin JS. (2003) Predictors of recovery in activities of daily living among disable older Mexican Americans. *Aging Clin Exp Res.*;15:315-320.
- Albarede, M. e. (1984). Autonomie et dependence des personnes agées. *Gerontologie*, 62, pp. 3-10.
- Astiz MTV. Et al. (2008) Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios Del ingreso en el servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*;43(3): 133-138.
- Baltes, M., & Silverberg, S. (1995). A dinâmica da dependência - autonomia no curso de vida. In A. L. Neri, *Psicologia do Envelhecimento: temas selecionados na perspectiva do curso de vida* (pp. 73-110). São Paulo: Papyrus.
- Coelho Filho JM. (2000) Modelo de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. *Rev Saúde Pública.*;34:666-71
- Corral FP, Abaira V.(1995) Autoperception and satisfaction with health: two medical care markets in elderly hospitalized patients. Quality of life as an outcome estimate of clinical practice. *J Clin Epidemiol.*;48:1031-40.
- Creditor MC.(1993) Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Inter Med.*;118:219-23.
- Covinsky KE et al.(2003) Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illness: Increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc.*;51(4): 451-458.
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho. *Diário da República n.º 109 – I Série-A*. Ministério da Saúde. Lisboa
- Diogo MJD'E.(2003) Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Ver. Panam. Salud pública.*; 13:395-9.
- Duarte, Y., Andrade, C., & Lebrão, M. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola Enfermagem*, 41(2), pp. 317-325.
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso: Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Ferrucci L, Guralnik JM, Pahor M, Corti MC, Havlik RJ.(1997) Hospital diagnoses, Medicare charges, and nursing home admissions in the year when older persons severely disabled. *JAMA.*;277:728-734.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidadores familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M. (1999). Métodos e Amostragem. In M. Fortin, *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (pp. 201-214). Loures: Lusociência.
- Fortin, M., Côté, J., & Vissandjée, B. (1999). As Etapas do Processo de Investigação. In M. Fortin, *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (pp. 35-43). Loures: Lusociência.
- Fortin, M., Prud'Homme-Brisson, D., & Coutu-Wakulczyk, G. (1999). Noções de Ética em Investigação. In M. Fortin, *Processo de Investigação: Da concepção à realização* (pp. 113-130). Loures: Lusociência.
- Gill TM, Williams CS, Tinetti ME.(1999) The combined effects of baseline vulnerability and acute hospital events on the development of functional dependence among community-living older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*;54:M377-M383.
- Gill TM, Allore Hg, Holford TR, Guo Z.(2004) Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. *JAMA.*;292:2115-2124
- Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG.(2009) Functional trajectories in older persons admitted to a nursing home with disability after an acute hospitalization. *J Am Geriatr Soc.*;57:195-201.
- Gorzoni ML.(1995) Análise dos parâmetros clínicos de idosos internados em enfermaria de clínica médica. *Rev Assoc Med Bras.*;41:227-32.
- Hansen K, Mahoney J, Palta M.(1999) Risk factors for lack of recovery of ADL independence after hospital discharge. *J Am Geriatr Soc.*;47:360-365.
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Muller L, Winograg CH.(1990) The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc.*;38:1296.303.
- Indredavik B.(2009) Stroke unit care is beneficial both for the patient and for the health service and should be widely implemented. *Stroke.*;40:1-2.

- Inouye SK, Peduzzi PN, Robison JT, Hughes JS, Horwitz RI, Concato J.(1998) Importance of functional measures in predicting mortality among older hospitalized patients. *JAMA*.;279:1187-93.
- Inouye SK, Wagner DR, Acampora D, Horwitz RI, Cooney LM Jr, Hurst LD, Tinetti ME.(1993) A predictive index for functional decline in hospitalized elderly medical patients. *J Gen Intern Med*.;8:645-52.
- Katz, S., Ford, A., & Moskowitz, R. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 21(165), pp. 914-919.
- Kawasaki, Kozue; Diogo. Maria José D'Elboux.(2005) The impact of hospitalization on functional independence of elderly in clinical units. *Acta Fisiatr*.;12(2):55-60
- Kwakkel G, Wagenaar RC, Koelman TW, Lankhorst GJ.(1997) Effects of intensity of rehabilitation after stroke: a research synthesis. *Stroke*.;28:1550-1560.
- Lang PO. Et al.(2007) *Loss of independence in Katz's ADL ability in connection with an acute hospitalization: early clinical markers in French older people*. *Eur J Epidemiol*.;22(9): 621-630.
- Langhorne P, Pollock A; Stoke (2002)*Unit Trialists' Collaboration. What are the components of effective stroke unit care*. *Age Ageing*.;31:365-371.
- Lawton, M., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of day living. *The Gerontologist*, 9(3), pp. 179-186.
- Mañas MD et al (2005) *Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna*. *Na. Med. Interna (Madrid)*.;22(3):34-36.
- Marín, D., & Casasnovas, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Fundacion la Caixa.
- Mateev A, Gaspoz JM, Borst F, Waldvogel F, Weber D.(1998) Use of a short-form screening procedure to detect unrecognized functional disability in the hospitalized elderly. *J Clin Epidemiol*.;51:309-314.
- Melo, M. (2010). *Auto Cuidado em Doentes com Hemiplegia: Cuidados continuados de convalescença*. Obtido em 1 de Agosto de 2012, de Repositório Aberto: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/26628>
- OMS. (2003). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: OMS.

- Quintela, M. (2002). Cuidados Continuados: Uma nova relação social com a saúde das pessoas. *Pré-Textos*, n.º 9, pp.4-5.
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (5ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Ramos LRMP. (2002) *Epidemiologia do Envelhecimento*. In Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rochas SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. São Paulo: Guanabara Koogan.; p.72-78.
- Sands LP, Yaffe K, Lui LY, Stewart A, Eng C, Covinsky K.(2002) The effects of acute illness on ADL decline over 1 year in frail older adults with and without cognitive impairment. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*;57:M449-M454.
- Siqueira, Ana Barros; Cereda, Renata; Cordeiro, Perracini, Monica Rodrigues e Ramos, Luiz Roberto.(2004) *Functional impact hospitalization among elderly patients*. *Revista Saúde Pública.*;38(5):687-94.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration (2007). *Organised inpatient (stroke unit) care for stroke*. *Cochrane Database of Syst Rev*(4): CD000197.
- Vaz Freixo, M. (2010). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Veras R, Lourenço R, Martins CSF, Sanchez MA, Cheves PH (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.;P.11-79.
- Volpato S. et al.(2008) *Performance-Based Functional Assessment in Older Hospitalized Patients: Feasibility and Clinical Correlates*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*:63(12):1393-1398.
- Wakefield BJ, Holman JE.(2007) *Functional trajectories associated with hospitalization in older adults*. *West J Nurs Res.*;29(2):161-177.
- Wong RY, Miller WC.(2008) *Adverse outcomes following hospitalization in acutely ill older patients*. *BMC Geriatr.*;8:10.
- Woo J, Chan SY, Sum MWC, Wang E.(2008) *Inpatient stroke rehabilitation efficiency: influence of organization of service delivery and staff numbers*. *BMC Health Serv Res.*;8:86.
- Zelada MA, Salinas R, Baztán JJ.(2009) *Reduction of functional deterioration during hospitalization in an acute geriatric unit*. *Arch Gerontol Geriatr.*;48(1):35-39.

**ANEXO I – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CONVALESCENÇA
DE MACEDO DE CAVALEIROS**

A Unidade de Convalescença abrange a área geográfica de Portugal Continental, embora neste momento os utentes pertençam exclusivamente ao distrito de Bragança. A Unidade de Convalescença situa-se no rés-do-chão da Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros e é constituída por:

- a) Sala de refeições e sala de estar com TV;
- b) W.C. do pessoal;
- c) Gabinete de Secretariado;
- d) Sala de Lavagem;
- e) Gabinete Médico;
- f) Sala de espera;
- g) Sala de reuniões;
- h) Receção;
- i) Armazenamento de roupa suja;
- j) Ginásio;
- k) Vestiários;
- l) Espaços de lazer ao ar livre;
- m) Compartimento de sujos e despejos;
- n) Compartimento de separação de lixos;
- o) Sala de tratamento;
- p) 11 Quartos (dos quais 9 são duplos e 2 Individuais);
- q) 8 W.C's dos utentes;
- r) Gabinete de Enfermagem (com stock de Farmácia).

A equipa multidisciplinar da Unidade de Convalescença é constituída por:

- a) 1 Enfermeira Responsável;
- b) 2 Médicas (uma delas Diretora Clínica);
- c) 1 Administrativo;
- d) 1 Porteiro
- e) 8 Enfermeiros
- f) 6 Assistentes Operacionais

Existem ainda outros técnicos de saúde que não colaborando exclusivamente na Unidade de Convalescença também dão o seu contributo nos cuidados. Assim fazem ainda parte desta unidade:

- a) 1 Fisiatra
- b) 1 Fisioterapeuta
- c) 1 Nutricionista
- d) 1 Psicóloga
- e) 1 Terapeuta da Fala
- f) 1 Assistente Social

No turno da manhã estão presentes na Unidade de Convalescença 2 Enfermeiros, 2 Assistentes Operacionais, 1 Médico, e 1 Administrativo. Relativamente ao turno da tarde e da noite é constituído por 1 Enfermeiro e 1 Assistente Operacional. A Enfermeira Responsável presta serviços no turno da manhã e o Porteiro está presente na Unidade diariamente das 8h às 20h.

O fornecimento de terapêutica é feito diariamente pelos serviços farmacêuticos, sendo utilizado o método de unidose, de acordo com o sistema de troca de carros, sendo efetuada no final do turno da manhã (às 15h). Os medicamentos que não existam no serviço, são pedidos diariamente, em impresso próprio, no turno da manhã ou aquando da sua prescrição, sendo requisitada a quantidade necessária até ao dia seguinte. Os produtos farmacêuticos de uso corrente (solutos) são fornecidos semanalmente, mediante pedido efetuado informaticamente pela Enfermeira Responsável. Existem medicamentos que necessitam de justificação médica, como é o caso de antibióticos e estupefacientes, devendo a mesma ser preenchida pelo médico responsável pela prescrição.

A reposição de material clínico é da responsabilidade do serviço de aprovisionamento, que uma vez por semana (à segunda-feira), repõe os *stocks* em falta pelo método de reposição por níveis. Caso haja falta de algum material ou se tenha gasto mais do que o previsto, assim como no caso de material de escritório, faz-se o pedido por sistema informático. O pedido é da responsabilidade da Enfermeira Responsável ou substituto. A reposição de material em cada área de prestação de cuidados é efetuada diariamente pelo Enfermeiro que está responsável por prestar cuidados.

A alimentação dos utentes de acordo com as ementas disponíveis, cada utente tem a oportunidade de escolher com antecedência de 24h, as refeições do almoço e do jantar. No caso de o doente ter hábitos ou necessidades específicas, o nutricionista tem o dever de orientar a dieta. As dietas são solicitadas à Copa (por via informática ou telefone), pelo Enfermeiro de Serviço, no dia da admissão do doente. Caso se verifiquem alterações, o Enfermeiro deverá informar imediatamente a Copa.

A Unidade de Convalescença constitui um serviço de atendimento permanente (24 horas por dia), onde são prestados cuidados de saúde aos utentes internados. Relativamente ao horário de trabalho este abrange a totalidade de oito horas por turno: manhã (8h-15h); tarde (15h-22h) e noite (22h-8h).

Nesta Unidade o método de trabalho implementado é o método individual, que consiste na distribuição de um certo número de utentes, que varia segundo a sua dependência, a cada Enfermeiro, sendo este responsável pela prestação de cuidados globais aos utentes que lhe foram distribuídos. Cabe à Enfermeira Responsável a supervisão e avaliação dos cuidados, a qual possui poder decisivo em todas as etapas do processo.

A articulação com outros serviços é essencial para um atendimento e prestação de cuidados com qualidade aos utentes. Esta Unidade articula com os vários serviços existentes na Unidade Local de Saúde do Nordeste. Quando é necessário recorrer a exames complementares de diagnóstico nos serviços da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros, a articulação é feita por simples telefonema para o serviço, para marcação dos referidos exames.

Na admissão dos utentes o acolhimento deve ser feito pelo Enfermeiro, que irá orientar o doente na Unidade e acompanhá-lo ao quarto. Cabe também ao Enfermeiro, o esclarecimento de dúvidas que momentaneamente possam ocorrer ao doente e aconselhar o doente ao uso de fato de treino atenuando a ideia de que está hospitalizado e chinelos fechados para uma correta e segura deambulação.

As transferências dos utentes são preferencialmente efetuadas no turno da manhã para outras Unidades de Cuidados Continuados de média e longa duração. Podem ainda ser transferidos para outros serviços quando assim se justificar. Os procedimentos burocráticos inerentes à transferência de utentes são efetuados pelo Médico e Enfermeiro responsáveis pelo utente. Quando se procede à transferência de um doente, este deverá ser acompanhado por um relatório médico e respetiva carta de enfermagem

de acordo com os impressos especificamente existente no Serviço. Após a transferência do utente, é da responsabilidade do Enfermeiro supervisionar a limpeza e desinfeção do quarto e cama, bem como a sua preparação para a receção de novo doente.

A alta hospitalar é dada pelo Médico assistente em reunião com outros profissionais de saúde (Enfermeiro/a, Assistente Social, Fisioterapeuta, etc.), a qual se realiza todas as sextas-feiras. A mesma é programada com o cuidador / familiar / amigo mais próximo, preferencialmente nos 8 dias antecedentes. O Enfermeiro deverá esclarecer todas as dúvidas e orientar sobre os cuidados a ter no domicílio. Ao utente serão entregues todos os relatórios médicos e carta de enfermagem, bem como os seus objetos pessoais.

Cada doente tem direito à visita de duas pessoas de cada vez, as quais têm que entregar um documento identificativo ao porteiro e receber um cartão de acesso, o qual terá que ser devolvido no final da visita. O horário das visitas é diariamente das 12h às 20h. O familiar / amigo cuidador pode permanecer na Unidade das 8:30h às 20:00h.

O Circuito de Roupa e Lixos funciona da seguinte forma: a roupa limpa é fornecida diariamente pela lavandaria, no turno da manhã, a roupa suja é colocada em sacos amarelos. Quando estes se encontrem até 2/3 cheios, são transportados para a sala de sujos, sendo posteriormente encaminhados para a lavandaria, tendo o cuidado de os identificar devidamente. Os lixos são acondicionados em sacos plásticos pretos, brancos ou vermelhos, de acordo com a sua tipologia, sendo retirados sempre que necessário e no final de cada turno. O material cortante e perfurante deve ser colocado em contentores específicos, que quando estão cheios são transportados para a sala de sujos e encerrados em saco vermelho.

Em relação ao material a esterilizar, é enviado uma vez por dia ao serviço de esterilização. O pedido é efetuado, em folha própria, pelo Enfermeiro de serviço. A central de esterilização envia o material requisitado e este é depois arrumado no seu respetivo lugar.

Existe um carro de Urgência que se mantém sempre preparado e reposito de acordo com a listagem correspondente ao material/medicação que o mesmo deverá conter, existindo para o efeito um dossier no carro de urgência, com toda a sua composição e localização. O mesmo deverá ser reposito após cada utilização e posteriormente selado com cadeado numerado, devendo ser rubricado por quem o

verifica e assinalado o nº do cadeado. Existe numa das gavetas do carro, um manual que orienta a sua adequada manutenção.

Por fim existe ainda um carro de Pensos. Este carro contém o material destinado essencialmente ao tratamento de feridas entre outros cuidados inerentes ao seu uso. Tal como o carro de urgência, deverá estar sempre preparado e repostado após a sua utilização.

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

ANEXO III – TABELAS DE APOIO ESTATÍSTICO

Uso da casa de banho

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	WC1	2,16	173	,745	,057
	WC2	2,73	173	,982	,075
Pair 2	WC2	2,73	173	,982	,075
	WC3	2,91	173	,993	,076
Pair 3	WC1	2,16	173	,745	,057
	WC3	2,91	173	,993	,076

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	WC1 & WC2	173	,504	,000
Pair 2	WC2 & WC3	173	,757	,000
Pair 3	WC1 & WC3	173	,483	,000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	WC1 - WC2	-,572	,884	,067	-,705	-,440	-8,517	172	,000
Pair 2	WC2 - WC3	-,179	,688	,052	-,282	-,076	-3,425	172	,001
Pair 3	WC1 - WC3	-,751	,910	,069	-,888	-,615	-10,866	172	,000

Vestir-se

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Vestir1	1,99	173	,528	,040
	Vestir2	2,46	173	,796	,061
Pair 2	Vestir2	2,46	173	,796	,061
	Vestir3	2,68	173	,882	,067
Pair 3	Vestir1	1,99	173	,528	,040
	Vestir3	2,68	173	,882	,067

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Vestir1 & Vestir2	173	,483	,000
Pair 2	Vestir2 & Vestir3	173	,752	,000
Pair 3	Vestir1 & Vestir3	173	,479	,000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Vestir1 - Vestir2	-,474	,712	,054	-,581	-,367	-8,759	172	,000
Pair 2	Vestir2 - Vestir3	-,214	,596	,045	-,303	-,124	-4,720	172	,000
Pair 3	Vestir1 - Vestir3	-,688	,782	,059	-,805	-,571	-11,572	172	,000

Sentar e Levantar

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	SentarLevantar	2,22	173	,645	,049
	SentarLevantar2	2,74	173	,880	,067
Pair 2	SentarLevantar2	2,74	173	,880	,067
	SentarLevantar3	2,92	173	,928	,071
Pair 3	SentarLevantar	2,22	173	,645	,049
	SentarLevantar3	2,92	173	,928	,071

Paired Samples Correlations

			N	Correlation	Sig.
Pair 1	SentarLevantar	&	173	,429	,000
	SentarLevantar2				
Pair 2	SentarLevantar2	&	173	,731	,000
	SentarLevantar3				
Pair 3	SentarLevantar	&	173	,494	,000
	SentarLevantar3				

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference					
					Lower	Upper				
Pair 1	SentarLevantar SentarLevantar2	-	-,520	,839	,064	-,646	-,394	-8,152	172	,000
Pair 2	SentarLevantar2 SentarLevantar3	-	-,185	,665	,051	-,285	-,085	-3,658	172	,000
Pair 3	SentarLevantar SentarLevantar3	-	-,705	,828	,063	-,829	-,581	-11,200	172	,000

Banho

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Lavar1	1,95	173	,526	,040
	Lavar2	2,42	173	,808	,061
Pair 2	Lavar2	2,42	173	,808	,061
	Lavar3	2,60	173	,881	,067
Pair 3	Lavar1	1,95	173	,526	,040
	Lavar3	2,60	173	,881	,067

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Lavar1 & Lavar2	173	,429	,000
Pair 2	Lavar2 & Lavar3	173	,736	,000
Pair 3	Lavar1 & Lavar3	173	,437	,000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Lavar1 - Lavar2	-,468	,751	,057	-,581	-,355	-8,197	172	,000
Pair 2	Lavar2 - Lavar3	-,179	,617	,047	-,272	-,087	-3,821	172	,000
Pair 3	Lavar1 - Lavar3	-,647	,805	,061	-,768	-,527	-10,576	172	,000

Deitar e Levantar

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	DeitarLevantar1	2,12	173	,622	,047
	DeitarLevantar2	2,64	173	,870	,066
Pair 2	DeitarLevantar2	2,64	173	,870	,066
	DeitarLevantar3	2,83	173	,934	,071
Pair 3	DeitarLevantar1	2,12	173	,622	,047
	DeitarLevantar3	2,83	173	,934	,071

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	DeitarLevantar1 & DeitarLevantar2	173	,437	,000
	DeitarLevantar2 & DeitarLevantar3	173	,740	,000
Pair 3	DeitarLevantar1 & DeitarLevantar3	173	,476	,000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference					
					Lower	Upper				
Pair 1	DeitarLevantar1 DeitarLevantar2	-	-,514	,818	,062	-,637	-,392	-8,268	172	,000
Pair 2	DeitarLevantar2 DeitarLevantar3	-	-,197	,653	,050	-,295	-,099	-3,959	172	,000
Pair 3	DeitarLevantar1 DeitarLevantar3	-	-,711	,841	,064	-,837	-,585	-11,124	172	,000

Controlo de fezes

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	ControloFezes1	3,22	173	1,145	,087
	ControloFezes2	3,42	173	1,040	,079
Pair 2	ControloFezes2	3,42	173	1,040	,079
	ControloFezes3	3,47	173	1,026	,078
Pair 3	ControloFezes1	3,22	173	1,145	,087
	ControloFezes3	3,47	173	1,026	,078

Paired Samples Correlations

			N	Correlation	Sig.
Pair 1	ControloFezes1	&	173	,693	,000
	ControloFezes2				
Pair 2	ControloFezes2	&	173	,865	,000
	ControloFezes3				
Pair 3	ControloFezes1	&	173	,600	,000
	ControloFezes3				

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference					
					Lower	Upper				
Pair 1	ControloFezes1 ControloFezes2	-	-,202	,862	,066	-,332	-,073	-3,086	172	,002
Pair 2	ControloFezes2 ControloFezes3	-	-,046	,537	,041	-,127	,034	-1,132	172	,259
Pair 3	ControloFezes1 ControloFezes3	-	-,249	,977	,074	-,395	-,102	-3,345	172	,001

Controlo de urina

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	ControloUrina1	3,16	173	1,160	,088
	ControloUrina2	3,36	173	1,034	,079
Pair 2	ControloUrina2	3,36	173	1,034	,079
	ControloUrina3	3,43	173	,984	,075
Pair 3	ControloUrina1	3,16	173	1,160	,088
	ControloUrina3	3,43	173	,984	,075

Paired Samples Correlations

			N	Correlation	Sig.
Pair 1	ControloUrina1	&	173	,727	,000
	ControloUrina2				
Pair 2	ControloUrina2	&	173	,841	,000
	ControloUrina3				
Pair 3	ControloUrina1	&	173	,631	,000
	ControloUrina3				

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	ControloUrina1 ControloUrina2	-,197	,819	,062	-,319	-,074	-3,157	172	,002
Pair 2	ControloUrina2 ControloUrina3	-,075	,571	,043	-,161	,011	-1,732	172	,085
Pair 3	ControloUrina1 ControloUrina3	-,272	,935	,071	-,412	-,131	-3,823	172	,000

Escadas

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Escadas1	1,51	173	,804	,061
	Escadas2	1,84	173	,951	,072
Pair 2	Escadas2	1,84	173	,951	,072
	Escadas3	2,02	173	1,026	,078
Pair 3	Escadas1	1,51	173	,804	,061
	Escadas3	2,02	173	1,026	,078

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Escadas1 & Escadas2	173	,475	,000
Pair 2	Escadas2 & Escadas3	173	,784	,000
Pair 3	Escadas1 & Escadas3	173	,363	,000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Escadas1 - Escadas2	-,324	,908	,069	-,460	-,187	-4,688	172	,000
Pair 2	Escadas2 - Escadas3	-,179	,653	,050	-,277	-,081	-3,607	172	,000
Pair 3	Escadas1 - Escadas3	-,503	1,049	,080	-,660	-,345	-6,306	172	,000

Locomoção

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Locomoção1	1,43	173	,496	,038
	Locomoção2	1,42	173	,528	,040
Pair 2	Locomoção2	1,42	173	,528	,040
	Locomoção3	1,39	173	,489	,037
Pair 3	Locomoção1	1,43	173	,496	,038
	Locomoção3	1,39	173	,489	,037

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Locomoção1 & Locomoção2	173	,271	,000
Pair 2	Locomoção2 & Locomoção3	173	,633	,000
Pair 3	Locomoção1 & Locomoção3	173	,272	,000

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	Locomoçã01 - Locomoçã02	,012	,619	,047	-,081	,105	,246	172	,806
Pair 2	Locomoçã02 - Locomoçã03	,029	,437	,033	-,037	,094	,870	172	,386
Pair 3	Locomoçã01 - Locomoçã03	,040	,594	,045	-,049	,130	,896	172	,372

Estado cognitivo

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Cognitivo1	1,75	173	,433	,033
	Cognitivo2	1,77	173	,423	,032
Pair 2	Cognitivo2	1,77	173	,423	,032
	Cognitivo3	1,80	173	,403	,031
Pair 3	Cognitivo1	1,75	173	,433	,033
	Cognitivo3	1,80	173	,403	,031

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Cognitivo1 & Cognitivo2	173	,795	,000
Pair 2	Cognitivo2 & Cognitivo3	173	,850	,000
Pair 3	Cognitivo1 & Cognitivo3	173	,709	,000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Cognitivo1 - Cognitivo2	-,017	,274	,021	-,059	,024	-,831	172	,407
Pair 2	Cognitivo2 - Cognitivo3	-,029	,227	,017	-,063	,005	-1,675	172	,096
Pair 3	Cognitivo1 - Cognitivo3	-,046	,320	,024	-,094	,002	-1,900	172	,059

Alimentação

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Alimentar1	3,08	173	,997	,076
	Alimentar2	3,53	173	,866	,066
Pair 2	Alimentar2	3,53	173	,866	,066
	Alimentar3	3,57	173	,836	,064
Pair 3	Alimentar1	3,08	173	,997	,076
	Alimentar3	3,57	173	,836	,064

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Alimentar1 & Alimentar2	173	,441	,000
Pair 2	Alimentar2 & Alimentar3	173	,717	,000
Pair 3	Alimentar1 & Alimentar3	173	,502	,000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Alimentar1 - Alimentar2	-,451	,991	,075	-,600	-,302	-5,986	172	,000
Pair 2	Alimentar2 - Alimentar3	-,040	,641	,049	-,137	,056	-,830	172	,408
Pair 3	Alimentar1 - Alimentar3	-,491	,925	,070	-,630	-,352	-6,985	172	,000