

Perfil Epidemiológico dos Utentes Consumidores de Cuidados Continuados do Distrito de Vila Real

Ana Luísa Sampaio Cruz

Trabalho de Projeto de candidatura ao Grau de Mestre em Cuidados Continuados, ao abrigo do Despacho n.º 4207/2014 do Diário da República, 2.ª série – N.º 29 – 11 de Fevereiro de 2014.

Orientadoras: Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia
Mestre Paula Eduarda Lopes Martins

Bragança, junho de 2015

Perfil Epidemiológico dos Utentes Consumidores de Cuidados Continuados do Distrito de Vila Real

Ana Luísa Sampaio Cruz

Trabalho de Projeto de candidatura ao Grau de Mestre em Cuidados Continuados, ao abrigo do Despacho n.º 4207/2014 do Diário da República, 2.ª série – N.º 29 – 11 de Fevereiro de 2014.

Orientadoras: Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia
Mestre Paula Eduarda Lopes Martins

Bragança, junho de 2015

Perfil Epidemiológico dos Utentes Consumidores de Cuidados Continuados do Distrito de Vila Real

Ana Luísa Sampaio Cruz

Trabalho de Projeto de candidatura ao Grau de Mestre em Cuidados Continuados, ao abrigo do Despacho n.º 4207/2014 do Diário da República, 2.ª série – N.º 29 – 11 de Fevereiro de 2014.

Orientadoras: Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia
Mestre Paula Eduarda Lopes Martins

Bragança, junho de 2015

A seguinte parte do presente trabalho de projeto foi apresentado para ser publicado (Comunicação):

Cruz A.L.S. & Correia TIG. (2015). *Caraterísticas Clínicas dos Utentes Consumidores de Cuidados Continuados do Distrito de Vila Real*. In: 3º Congresso Internacional – Saúde: do desafio ao compromisso; jun 19-20; Chaves, Portugal.

A seguinte parte do presente trabalho de projeto foi apresentado para ser publicado (Artigo):

Cruz A.L.S. & Correia T.I.G. (2015). *Caraterísticas Clínicas dos Utentes Consumidores de Cuidados Continuados do Distrito de Vila Real*. In: E-Book do 3º Congresso Internacional – Saúde: do desafio ao compromisso; Chaves, Portugal.

RESUMO

Introdução: Em Portugal, tal como na Europa, as Unidades de Cuidados Continuados foram criadas pelo fato de Portugal apresentar uma enorme prevalência de população idosa, pela mudança de perfil das patologias e das famílias e essencialmente pela situação de dependência e fragilidade com alta necessidade de apoio social e familiar.

Objetivo: Identificar/analisar as características sociais, demográficas, familiares e clínicas dos utentes consumidores de cuidados continuados no distrito de Vila Real, com o intuito de adequação e contribuição de cuidados e promoção da satisfação das necessidades individuais.

Metodologia: É um estudo transversal e retrospectivo de metodologia quantitativa. A amostra deste estudo é constituída por 1 505 utentes. A colheita de dados foi realizada pela investigadora, entre julho e dezembro de 2014, nas Unidades de Murça, Peso da Régua, Sabrosa e Ribeira de Pena, através de uma *Checklist*, baseada no programa *Gestcare* para o Cuidados Continuados Integrados. Foram respeitados os princípios da Declaração de Helsínquia e obtida autorização das Instituições para realização do estudo.

Resultados: A amostra é constituída, maioritariamente, 51,9%, por pessoas do sexo do sexo feminino. Em relação às Habilitações Literárias, os utentes apresentam baixa escolaridade, 37% não têm habilitações. Relativamente ao Local de Residência, a maioria dos inquiridos é proveniente de concelhos do distrito de Vila Real, em particular, Vila Real (11%) e Chaves (12%). O Cuidador Principal existe em 82,5% dos utentes e o seu grau de parentesco, que mais prevalece, é o cônjuge. Pela aplicação do teste do qui-quadrado verificou-se que o Tempo de Internamento ($p < 0,001$), o Diagnóstico Inicial ($p < 0,001$), a Proveniência dos utentes para as UCC ($p < 0,001$), Origem Geográfica ($p < 0,001$) e Motivo de saída ($p < 0,001$) estão significativamente associados à Unidade de Cuidados Continuados.

Conclusões: Este estudo pretende deixar contributos para o avanço do conhecimento científico na área dos cuidados continuados através da identificação das características dos utentes consumidores dos cuidados continuados. Os resultados demonstraram que a maior parte dos utentes tem patologias do sistema circulatório, teve alta das Unidades por atingir os objetivos e o seu principal cuidador é o cônjuge. Estes resultados dão suporte a possíveis propostas para os cuidados continuados, nomeadamente na adequação e promoção dos cuidados para a satisfação das necessidades individuais.

Palavras-chave: Características epidemiológicas; Consumidores; Cuidados continuados; Patologias; Unidade de Cuidados Continuados.

ABSTRACT

Introduction: In Portugal, as in Europe, the Continuing Care Units have been created by the fact that Portugal has a huge prevalence of elderly population, the changing profile of diseases and their families and essentially the situation of dependence and fragility with high need for support social and family.

Objective: Identify/analyze the social characteristics, demographic, family and clinical consumers continuing care clients in the Vila Real district, with the suitability of purpose and contribution of care and promoting the satisfaction of individual needs.

Methodology: It is a cross-sectional and retrospective study of quantitative methodology. The sample consists of 1505 users. Data collection was performed by the researcher, between July and December 2014, in Murça Units Weight Ruler, Sabrosa and Ribeira de Pena, through a checklist, based on Gestcare program for the Continuous Care. The principles of the Declaration of Helsinki and obtaining the approval of institutions to conduct the study were respected.

Results: In the sample 51.9% are female. In the Qualifications, the user has a low educational level, because the bulk sample, 37% have no qualifications. In the Place of Residence most respondents from the municipalities of Vila Real district, in particular, Vila Real (11%) and Chaves (12%). The Primary Caregiver exists in 82.5% of patients and their degree of kinship that prevails is the most spouses. By applying the chi-square test was found that the internment time ($p < 0.001$), Initial Diagnosis ($p < 0.001$), the Provenance of users for UCC ($p < 0.001$), Provenance Zone ($p < 0.001$) and output Reason ($p < 0.001$) were significantly associated with the Continuing Care Unit.

Conclusions: Of users of the sample, most are Married / de facto union. Regarding Educational Qualifications, 37% have no qualifications. The Professional Status of the majority of users is reformed with 89.4%. The Home Diagnostics, more than 50% of the users hold pathologies associated with the circulatory system, under veins and lymphatic. Most had high Units for achieving the goals.

Keywords: Epidemiological characteristics; Consumers; Continuum of care; pathologies; Unit Continuing Care.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho de projeto em muito se fica a dever a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que o mesmo fosse possível.

Deixo desde já os meus sinceros agradecimentos às seguintes pessoas:

- Dr. Eduardo Fernandes da Unidade de Cuidados Continuados de Sabrosa. -
- Dr.^a Ana Fraga da Unidade de Cuidados Continuados do Peso da Régua.
- Dr.^a Ana Cristina Martins da Unidade de Cuidados Continuados de Murça.
- Enfermeira Rita Sousa da Unidade de Cuidados Continuados de Ribeira de Pena.

Agradeço à *Prof. Doutora Teresa Correia*, minha orientadora, pelo interesse e disponibilidade manifestada para orientar este trabalho, incentivo e colaboração na resolução de dúvidas.

Agradeço também à *Mestre Paula Martins*, minha orientadora, pela amizade, pelo apoio e disponibilidade de documentação para o enquadramento teórico.

Deixo ainda os meus agradecimentos à minha família e a todas as pessoas que de forma direta e indireta se cruzaram comigo durante este percurso.

Obrigada a todos!

SIGLAS

UCC- Unidade de Cuidados Continuados

CCI- Cuidados Continuados Integrados

AVD- Atividades de Vida Diária

OMS- Organização Mundial de Saúde

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UMCCI- Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados

ECR- Equipas Coordenadoras Regionais

ECL- Equipas Coordenadoras Locais

EGA- Equipas de Gestão de Altas

UC- Unidade de Convalescença

UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULDM- Unidade de Longa Duração e Manutenção

UCP- Unidade de Cuidados Paliativos

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AIT Acidente Isquémico Transitório

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
1. CONCEITO DE EPIDEMIOLOGIA	3
1.1. O perfil epidemiológico	3
1.1.1. Variável tempo	4
1.1.2. Variável lugar.....	4
1.1.3. Variável pessoa	5
1.2. Contextualização dos Cuidados Continuados	6
1.3. Definição de Cuidados Continuados a nível internacional	7
1.4. Estratégias e constrangimentos dos Cuidados de Longa Duração em alguns países da Europa.....	8
1.5. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	10
1.5.1. Tipos de respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	11
1.5.2. Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	13
1.5.3. Regras de referenciação dos utentes	14
1.5.4. Utentes consumidores de Cuidados Continuados	15
1.6. Contextualização do distrito de Vila Real.....	16
1.6.1. Unidades de Cuidados Continuados do distrito de Vila Real	18
1.7. Doenças/problemas relacionados com a saúde mais prevalentes nas Unidades de Cuidados Continuados.....	19
1.7.1. Acidente Vascular Cerebral	19
1.7.1.1. Tipos de Acidentes Vasculares Cerebrais	20
1.7.1.2. Fatores de risco	20
1.7.2. Fraturas de Fémur	22
1.7.3. Úlceras de pressão.....	22

1.7.3.1. Fatores de risco.....	23
PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO	25
1. OBJETIVOS	27
1.1. Objetivo geral.....	27
1.2. Objetivos específicos.....	27
2. METODOLOGIA.....	29
2.1. Tipo de estudo	29
2.2. População / amostra	29
2.2.1. Caraterização sociodemográfica	29
2.3. Variáveis.....	31
2.3.1. Variável dependente.....	31
2.3.2. Variáveis independentes	31
2.3.2.1. Variáveis sociais, demográficas e familiares.....	31
2.3.2.2. Variáveis clínicas.....	32
2.4. Instrumento de recolha de dados	33
2.5. Recolha de dados.....	34
2.6. Procedimentos Estatísticos	35
2.7. Considerações éticas	36
3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	37
3.1. Análise descritiva	37
3.1.1. Caraterização social e demográfica	37
3.1.2. Caraterização familiar	39
3.1.3. Caraterização clínica.....	41
3.2. Análise inferencial.....	44
4. DISCUSSÃO	55
4.1. Discussão da metodologia.....	55
4.2. Discussão dos resultados	56

4.2.1.	Caraterização social e demográfica	56
4.2.2.	Caraterização familiar	57
4.2.3.	Caraterização clínica	58
4.2.4.	Análise da associação entre as UCC do distrito de Vila Real e as variáveis Sexo, Idade, Origem Geográfica, Diagnóstico Inicial, Tempo de Internamento, Proveniência dos utentes para as UCC e Motivo de saída	60
4.2.5.	Análise da associação entre o Diagnóstico Inicial, Sexo, Idade, Origem Geográfica e Motivo de saída	61
CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES		63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		65
ANEXOS		71
ANEXO I – Pedido de autorização enviada a todas as Unidades de Cuidados Continuados do distrito de Vila Real		73
ANEXO II- Instrumento de Recolha de Dados: Checklist para as Unidades de Cuidados Continuados.....		75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribuição da amostra global e por Sexo quanto à existência de Cuidador Principal	40
Figura 2. Grau de parentesco do Cuidador Principal	40
Figura 3. Diagnóstico Inicial dos utentes das UCC	41
Figura 4. Distribuição da amostra de acordo com o Tempo de Internamento	42
Figura 5. Proveniência do utente para as UCC	42
Figura 6. Distribuição da amostra de acordo com a Tipologia de Internamento	43
Figura 7. Distribuição da amostra de acordo com o Motivo de saída das UCC	43

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caraterização da amostra de acordo com as variáveis Sexo e Idade	30
Tabela 2. Caraterização da amostra de acordo com o tipo de UCC	30
Tabela 3. Caraterização da amostra nas variáveis sociais e demográficas de acordo com o Sexo.....	38
Tabela 4. Relação entre o Motivo de saída e o Destino depois da Alta.....	44
Tabela 5. Frequências absolutas e relativas calculadas para cada UCC no que concerne ao Tempo de Internamento	45
Tabela 6. Distribuição da idade dos inquiridos por UCC e comparação da Idade entre UCC (teste de Kruskal-wallis).....	46
Tabela 7. Diagnóstico Inicial em cada UCC.....	47
Tabela 8. Proveniência do utente em cada UCC.....	48
Tabela 9. Origem Geográfica por UCC	49
Tabela 10. Motivo de saída por UCC	50
Tabela 11. Associação entre o Diagnóstico Inicial, Sexo e Origem Geográfica	52
Tabela 12. Distribuição da idade dos inquiridos por Patologia Inicial e comparação entre patologias (teste Kruskal-wallis).....	53
Tabela 13. Associação entre o Diagnóstico Inicial e o Motivo de saída	54

INTRODUÇÃO

Em Portugal, tal como na Europa, as Unidades de Cuidados Continuados foram criadas pelo fato de Portugal apresentar uma enorme prevalência de população idosa, pela mudança de perfil das patologias e das famílias e essencialmente pela situação de dependência e fragilidade com alta necessidade de apoio social e familiar (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011).

Os CCI gerem os casos dos utentes, onde são identificados os problemas mais complexos, tendo como objetivo primordial ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia, melhorando a sua qualidade de vida (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2007; Instituto da Segurança Social, 2013).

Os utentes que permanecem nas UCC são geralmente pessoas que apresentam dependência funcional temporária ou prolongada, indivíduos que têm incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social, pessoas com doença severa, em fase avançada ou terminal ou idosos com critérios de fragilidade (Instituto da Segurança Social, 2013).

Este trabalho estrutura-se fundamentalmente em duas partes. Numa primeira parte está focada no enquadramento teórico enquanto suporte científico do estudo onde são abordados temas como a epidemiologia, o perfil epidemiológico, a contextualização e definição dos cuidados continuados, estratégias e constrangimentos em alguns países da Europa dos cuidados continuados de longa duração, assuntos relacionados com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, bem como uma contextualização do distrito de Vila Real. Também foram exploradas as doenças/problemas relacionados com a saúde mais prevalentes nas Unidades de Cuidados Continuados. A segunda parte é constituída pela investigação empírica onde são apresentados os resultados e a discussão dos mesmos. Esta última parte finaliza-se com as conclusões retiradas do estudo efetuado, deixando algumas limitações do mesmo e algumas sugestões para possível análise, discussão e quiçá operacionalização.

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. CONCEITO DE EPIDEMIOLOGIA

A palavra epidemiologia resulta do Grego *epi*, significando “sobre”, *demos* significando “povo” e *logos* significado “o estudo de” (Jekel, Katz & Elmore, 2006).

Segundo Carvalho (2006) a epidemiologia é definida como o estudo dos determinantes do processo saúde-doença em grupos populacionais, sendo que a comparação é o seu principal fundamento.

Recentemente a epidemiologia é definida por Gordis (2011), como um estudo da distribuição da doença e outras situações de saúde, nas populações e dos fatores que influenciam ou determinam essa distribuição. Este conceito tem objetivos como a identificação da causa de uma doença ou outras situações de saúde e os seus fatores de risco, seguidamente determina a dimensão da situação na comunidade, depois estuda a história natural e prognóstico da doença, posteriormente avalia as medidas preventivas, terapêuticas e as formas de prestação de cuidados de saúde, por último fornece alicerces para o desenvolvimento de políticas em relação aos problemas ambientais, a questões genéticas e a outras questões relacionadas com a prevenção da doença e a promoção da saúde.

1.1. O perfil epidemiológico

O perfil epidemiológico integra-se na epidemiologia descritiva em que recolhe, organiza e analisa os dados de acordo com o tempo, o lugar e as pessoas. A informação recolhida destas três variáveis é de extrema importância, visto que transmite sinais para as causas da doença e outras situações de saúde (Jekel, Katz & Elmore, 2006).

A escolha de uma variável, para ser usada no processo de descrição epidemiológica de um agravo à saúde, depende da utilidade de que se revista para esta descrição, bem como da fonte de dados disponível (Hernández-Aguado, Miguel & Rodriguez, 2011).

Em suma, existem muitas maneiras de classificar as características das pessoas, uma delas agrupa-se segundo a sua presença ao nascimento (etnia e sexo) ou no facto de poderem ser adquiridas posteriormente (por exemplo: estado civil, imunidade e hábitos). Outra possibilidade de poder organizar as características é agrupá-las em

demográficas, sociais e comportamentais (Hernández-Aguado, Miguel & Rodriguez, 2011).

1.1.1. Variável tempo

O tempo pode ser dividido em minutos, horas, dias, semanas, meses, anos, décadas e até séculos, obedecendo à finalidade pretendida do epidemiologista. Aqui estão envolvidas componentes ligadas ao tempo, que são as tendências seculares, as variações sazonais, as variações cíclicas e também as epidemias de ponto (Jekel, Katz & Elmore, 2006).

O estudo das tendências seculares é feito com o intuito de detectar e interpretar a evolução da incidência do evento. Estas tendências analisam as mudanças na frequência e na incidência da doença por um longo período de tempo (décadas). As variações sazonais são aquelas em que a incidência de uma doença acontece por ciclos que coincidem com as estações do ano e na qual ocorrem oscilações frequentes durante o ano. Nas variações cíclicas as oscilações na incidência da doença ocorrem num período superior a um ano. As epidemias de ponto também denominadas de variações irregulares ocorrem num curto prazo do excesso de ocorrência de doença, que podem ser medidas em dias, semanas ou meses. Neste tipo de variação importa diagnosticar precocemente, para que a sua evolução possa ser alterada (Jekel, Katz & Elmore, 2006).

Em geral, os estudos que se focam no tempo, na área da saúde pública são feitos com informações vindas de sistemas de informação, de mortalidade e de morbidade. A organização apropriada dos dados proporciona um diagnóstico empírico da ocorrência de um evento na população, para que se perceba a evolução dos riscos a que as pessoas estiveram ou estão sujeitas (Hernández-Aguado, Miguel & Rodriguez, 2011).

1.1.2. Variável lugar

A variável lugar refere-se a uma área geográfica mencionada, como longitude, latitude, nação, estado, região, urbano, rural, entre outros. Assim, a fusão entre a doença e o local implica que os fatores primordiais estejam presentes nos habitantes e no ambiente, ou apenas em um deles (Jekel, Katz & Elmore, 2006).

Existem quatro tipos principais de comparação espacial, que são: entre países; entre unidades administrativas dentro de um mesmo país; entre áreas urbanas e rurais e em nível local. A comparação entre unidades administrativas dentro do mesmo país tem a vantagem de maior semelhança de dados, quando contestadas com as de natureza internacional, apresentando um elevado nível de validade. Na comparação Urbano-Rurais, são utilizados diversos critérios para definir o que é urbano e rural, como número de habitantes e as características socioeconômicas de uma dada localidade. As áreas suburbanas, pelas características apresentadas são interpretadas como urbanas, embora a própria dinâmica regional promova mudanças nas características locais dando origem à reclassificação de algumas áreas rurais para urbanas. As comparações a nível local, nas quais a unidade geográfica é de tamanho pequeno, são as que permitem observar melhor o progresso de uma situação, no espaço e no tempo (Hernández-Aguado, Miguel & Rodriguez, 2011).

Em síntese, a distribuição geográfica é uma estratégia utilizada pelos profissionais de saúde, com a finalidade de definir prioridades de intervenção e até para avaliar as intervenções (Hernández-Aguado, Miguel & Rodriguez, 2011).

1.1.3. Variável pessoa

Quanto à variável pessoa existem diversas maneiras de classificar as suas características. Os epidemiologistas analisam a distribuição da situação, segundo a idade, sexo, local de residência, Origem Geográfica, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, profissão/ocupação, entre outros. Existem diferenças entre os sexos, em que a mortalidade é maior no sexo masculino em todas as idades, no entanto a mulher aparenta adoecer mais do que o homem e é ela que utiliza mais os serviços de saúde. A saúde das pessoas está associada ao estado civil, visto que as taxas de mortalidade para muitas causas de doença, são mais baixas em ambos os sexos em pessoas casadas, contudo em pessoas viúvas e divorciadas as taxas de mortalidade são mais altas (Jekel, Katz & Elmore, 2006).

A ocupação é um exemplo de fator que requer interpretação cuidadosa, uma vez que existem outras variáveis que interferem com a ocupação para afetar o risco de ocorrência de doença, ou outras situações de saúde. O tipo de ocupação que o indivíduo exerce, está associado à sua saúde, visto que o ambiente de trabalho pode proporcionar

riscos aos quais o trabalhador está exposto, no entanto nem todas as ocupações possuem os mesmos riscos. A relação entre classe social e o estado de saúde do indivíduo é evidente, isto porque as classes sociais mais baixas possuem uma taxa de mortalidade infantil elevada e uma esperança de vida baixa. As principais causas de morte podiam ser reduzidas se as pessoas em risco mudassem os seus estilos de vida, melhorando cinco dos seus hábitos que são a alimentação, a falta de exercício físico, o tabagismo, o abuso de álcool e a medicação anti-hipertensiva (Jekel, Katz & Elmore, 2006).

O perfil epidemiológico é essencial para fazer a caracterização do estado de saúde das populações, permitindo fazer o diagnóstico de saúde das mesmas e fornecendo informações para poder identificar os fatores de risco no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença.

Através destas informações percebemos que Portugal exhibe uma enorme prevalência de população idosa que apresenta uma situação de dependência e de fragilidade com alta necessidade de apoio social e familiar (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011).

1.2. Contextualização dos Cuidados Continuados

Com vista a dar resposta às necessidades acima referidas, foram criadas as Unidades de Cuidados Continuados (UCC) e os Cuidados Continuados Integrados (CCI). Os CCI gerem os casos dos utentes, onde são identificados os problemas mais complexos, tendo como objetivo primordial ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia, melhorando a sua qualidade de vida (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2007; Instituto da Segurança Social, 2013).

Desde há vários anos que os diferentes países, na Europa e fora dela aplicam estratégias para darem resposta às diversas necessidades de cuidados. No entanto os modelos de cuidados revelam-se bastante diferentes entre países, existindo assim, diferenças por exemplo entre Canadá, países nórdicos, França ou mesmo Portugal onde o tipo de cuidados difere consoante os eixos, o peso e os contributos de cada um (Lopes et. al., 2010).

No que respeita aos diferentes países da União europeia os cuidados continuados estruturam-se frequentemente através de serviços públicos e privados, sendo que os

tipos de financiamento diferente entre nacional, regional e local, nesta organização estão sempre presentes os serviços de saúde e os serviços sociais (Lopes et. al., 2010).

Muitos países Europeus, por exemplo a Alemanha, iniciaram o processo de reorganização e inovação, com consequências orçamentais acentuadas, e os países do sul encontram-se neste momento em franca expansão dos cuidados continuados. Os países Nórdicos iniciaram este sistema nos anos cinquenta, já os países do sul da Europa encontram-se numa fase ainda de principiante, devido ao fruto das dificuldades relativas de consolidação de financiamento e recursos humanos (Lopes et. al., 2010).

1.3. Definição de Cuidados Continuados a nível internacional

Na União Europeia, os Cuidados Continuados sendo um tipo de resposta dos sistemas de saúde e sociais, estão no âmbito do Comité de Proteção Social e são caracterizados de *Long-Term Care*– Cuidados de Longa Duração (Nogueira, 2009).

Long-Term Care é definido pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico como um conjunto de serviços para pessoas que estão dependentes de ajuda para Atividades de Vida Diária (AVD), devido a incapacidade física ou mental, que frequentemente está associada à prestação de serviços na área de saúde, como tratamento de feridas, gestão da dor, medicação, monitorização de saúde, prevenção, reabilitação, cuidados paliativos. Estes serviços são prestados em diversos locais, para os quais existe uma série de soluções e definições nos diferentes países (Nogueira, 2009).

A Comissão Europeia define *Long-Term Care* como uma série de serviços de saúde e sociais, destinados a pessoas dependentes para as AVD, devido a doenças crónicas, incapacidade física ou mental (Nogueira, 2009).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) *Long-Term Care* inclui atividades destinadas a pessoas que não têm capacidade para autocuidado a longo prazo, prestadas por cuidadores informais e formais, incluindo profissionais de saúde, sociais e outros, bem como voluntários. É de salientar, que nesta definição de *Long-Term Care* não inclui prevenção, tratamento de doença crónica ou reabilitação (Nogueira, 2009).

Outro tipo de terminologia que também não reúne consenso em termos de definição é *Intermediate Care*. Vários documentos referem que *Intermediate Care* são serviços que auxiliam a passagem dos doentes da doença à recuperação, ou previnem o

seu internamento numa instituição, quando se verifica uma situação de incapacidade crónica no domicílio, ou promovem o bem-estar e conforto possíveis a pessoas com doenças terminais. Possui uma série de serviços que facilitam a transição do hospital para o domicílio e da dependência para a independência funcional, sendo que estes serviços não necessitam dos recursos de um hospital de agudos e estão para além dos serviços prestados pelas equipas de cuidados primários (Nogueira, 2009).

No *Medical subject heading* as instituições que prestam *intermediate care* são instituições que dispensam cuidados de saúde a indivíduos que não requerem o tipo de cuidados concedidos nos hospitais mas que, pela sua condição física ou mental requerem cuidados e serviços para além dos hoteleiros (Nogueira, 2009).

Em relação às terminologias acima mencionadas que apresentam um acréscimo de contestações, conduziram ao reconhecimento de que não existe uma definição universal para *Long-Term Care*, portanto este termo tem sido retificado, para ser introduzido um novo conceito de *Continuing Care*. Neste conceito estão incluídos os cuidados institucionais, serviços na comunidade e apoio domiciliário, sendo que o tipo de serviços prestados destes elementos diversifica-se (Nogueira, 2009).

Assim sendo, depois desta definição internacional serão mencionadas algumas estratégias e constrangimentos dos Cuidados Continuados presentes em alguns países da Europa.

1.4. Estratégias e constrangimentos dos Cuidados de Longa Duração em alguns países da Europa

A Áustria vai introduzir um grupo de trabalho, com o objetivo de promover a melhoria de acesso, qualidade e sustentabilidade dos utentes. Julgam ter desafios relacionados com o envelhecimento demográfico, com sustentabilidade financeira para o acesso de cuidados continuados, bem como a necessidade de maior suporte a cuidadores. Por último, admitem que existem disparidades regionais e que o acesso aos cuidados não satisfaz a procura (Nogueira, 2009).

A França menciona que em relação ao acesso, a questão principal é o acerto de lugares em respostas de *Long Term Care* em função das tendências demográficas, visto que têm necessidade de 5 000 novos lugares por ano. Afirmam também que existem desigualdades no fornecimento de serviços a nível local. É de destacar, que cerca de

80% das pessoas em *Long Term Care*, pagam do seu bolso mais do que o seu rendimento pessoal, sendo que a compensação é maior para pessoas incapacitadas dos 0 aos 59 anos do que para os idosos incapacitados. Uma das estratégias que vão implementar são as reformas organizacionais que permitem uma melhor integração de cuidados e menos peso financeiro (Nogueira, 2009).

Na Suécia existem desafios que têm de ser geridos, como a demografia, os valores e expectativas, e as relações entre os esforços a nível público e os da família. As áreas de intervenção são a melhoria no acesso, a reabilitação, a prevenção, os cuidados para a demência e a área social (Nogueira, 2009).

A Dinamarca refere que a sustentabilidade e a qualidade dependem da adoção de estilos de vida ativo e de pessoal qualificado no sector de cuidados. Os seus objetivos assentam no acesso a cuidados que não origine pobreza e dependência financeira e nos cuidados adequados sustentáveis através da utilização dos recursos que inclui coordenação de entidades públicas e privadas (Nogueira, 2009).

Na Finlândia existem cidadãos com incapacidade que atualmente estão fora do acesso de serviços ou recebem poucas horas de apoio, mediante às suas necessidades. Uma das estratégias remete para que os serviços para idosos vão ser reformulados com o objetivo de desenvolver cuidados domiciliários e serviços que apoiem esses cuidados (Nogueira, 2009).

A evolução de *Long Term Care* na Europa apresenta diferentes responsabilidades e organizações de cuidados de saúde e sociais que resulta numa variação de serviços e organização, bem como o seu papel nos diversos Estados Membros (Nogueira, 2009).

Assim sendo, em seguida são mencionados todos os cuidados/serviços prestados em Portugal contidos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) para que se possam observar algumas diferenças entre os países da Europa referidos.

1.5. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Em Portugal, a RNCCI foi criada em 2006 com a publicação do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho que resulta duma parceria entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde e vários prestadores de cuidados de Saúde e de Apoio Social (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2007; Instituto da Segurança Social, 2013).

A RNCCI tem como missão prestar cuidados, a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que precisem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, sendo esses cuidados prestados através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2007, 2011).

A missão acima referida concretiza-se a partir dos seguintes objetivos:

- A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida.
- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação.
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados.
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação.
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011).

1.5.1. Tipos de respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A RNCCI assegura a prestação de cuidados de saúde e de apoio social através de unidades de internamento, de ambulatório e de equipas domiciliárias.

Assim sendo, seguidamente são apresentadas as tipologias de cuidados continuados.

- Unidades de internamento, dividindo-se em:
 - Cuidados Continuados de Convalescência: têm como finalidade a estabilização clínica e funcional, devendo para esta tipologia ser referenciadas pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade até 30 dias consecutivos.
 - Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação: que visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja estimativa de dias de internamento se situe entre 30 dias e 90 dias.
 - Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção: tendo como finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o *status* do estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Visam responder a doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não possam, ou não devam, ser cuidados no domicílio.
 - Cuidados Paliativos: destinam-se a doentes com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à

doença de base ou em fase terminal e que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo.

- Unidades de ambulatório, composta por:
 - Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia: destinam-se a promover a autonomia de pessoas em situação de dependência, cujas condições clínicas e sócio familiares lhes permitem a permanência no domicílio. Os cuidados de reabilitação e/ou manutenção são facultados em regime de dia.

- Equipas Hospitalares de cuidados continuados de saúde e de apoio social, formadas por:
 - Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos: têm como finalidade prestar assessoria técnica diferenciada nesta área, transversalmente nos diferentes serviços do hospital. Constituem-se como recurso hospitalar uma vez que integram elementos dos diferentes grupos profissionais, com formação em cuidados paliativos.

 - Equipas de Gestão de Altas: são equipas hospitalares multidisciplinares, cuja atividade consiste na preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os utentes que requerem suporte de continuidade dos seus problemas de saúde e sociais, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório.

- Equipas Domiciliárias de cuidados continuados de saúde e de apoio social, repartidas em:
 - Equipas de Cuidados Continuados Integrados: direcionam a sua intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento.

- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos: asseguram o apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos, não só em contexto domiciliário, mas também às unidades de internamento de Reabilitação e de Manutenção (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011; Instituto da Segurança Social, 2013).

1.5.2. Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A RNCCI é gerida de forma descentralizada e contratualizada de serviços. A Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), enquanto estrutura organizadora e reguladora, garante a sustentabilidade da RNCCI e gere o acesso e benefício de CCI que respondem às necessidades de cada utente e promovem a sua autonomia e qualidade de vida. Esta prestação de cuidados é realizada a nível regional pelas Equipas de Coordenação Regional (ECR) e a nível local pelas Equipas de Coordenação Local (ECL) (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011).

Os principais intervenientes na coordenação da RNCCI são então a UMCCI, as ECR e as ECL.

À UMCCI, compete a divulgação do projeto global de coordenação da RNCCI e contribuir para a implementação de serviços comunitários de proximidade, através da indispensável articulação entre centros de saúde, hospitais, serviços e instituições de natureza privada e social, em articulação com as Redes Nacionais de Saúde e de Segurança Social.

As ECR são constituídas por representantes da Saúde e dos Centros Distritais da Segurança Social e têm responsabilidades que abrangem a formação dos profissionais, a divulgação de informação à população sobre a RNCCI, a garantia da qualidade dos cuidados prestados, o acompanhamento e controlo da execução financeira, entre outras.

As ECL são compostas por, pelo menos, dois elementos dos cuidados de saúde primários (médico e enfermeiro) e um elemento do setor social, nomeadamente do Centro Distrital da Segurança Social e possuem responsabilidades como a atualização do sistema de informação da Rede, assumem os fluxos de referência dos utentes na

Rede, asseguram a preparação de altas, entre outras (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011).

1.5.3. Regras de referenciação dos utentes

A referenciação para a RNCCI pode ser feita através de duas proveniências:

- Hospital do Sistema Nacional de Saúde
- Comunidade (domicílio, hospital privado ou outro local de residência)

A referenciação de doentes a partir do hospital deve ser realizada através da Equipa de Gestão de Alta (EGA), mediante proposta de ingresso à ECL da área de domicílio do doente (critério de proximidade), até 48 horas antes da data prevista para a alta. A EGA do Hospital, onde o doente esteja internado em situação de episódio agudo de doença, é quem analisa a situação do doente e se obtiver as condições necessárias é enviada uma proposta de admissão à ECL da área de residência (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009, 2011; Instituto da Segurança Social, 2013).

A sinalização de doentes provenientes da comunidade pode ser efetuada por um médico, enfermeiro ou assistente social do Centro de Saúde da área onde reside o doente, bem como por qualquer cidadão que identifique a necessidade de cuidados de saúde / apoio social. Uma equipa do Centro de Saúde vai então avaliar a situação do doente e se este apresentar condições necessárias para ser encaminhado para a Rede, envia uma proposta de admissão à ECL da mesma área (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009, 2011; Instituto da Segurança Social, 2013).

É de salientar que o processo de admissão numa Unidade / Equipa da Rede deverá ser realizada a partir da preferência e do critério de proximidade da área de domicílio do utente, sendo necessário obter o prévio consentimento para tal, expresso por escrito, por parte do utente ou do seu representante (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

1.5.4. Utentes consumidores de Cuidados Continuados

Os utentes que permanecem nas UCC são geralmente pessoas que apresentam dependência funcional temporária ou prolongada, indivíduos que têm incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social, pessoas com doença severa, em fase avançada ou terminal ou idosos com critérios de fragilidade (Instituto da Segurança Social, 2013).

O acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde em termos espaciais não depende apenas da existência de estabelecimentos próximos das populações, porque a proximidade não garante que os cuidados estejam disponíveis a toda a população (Entidade reguladora da saúde, 2011).

Os utentes consumidores de Cuidados Continuados internados em Unidades de Convalescença (UC) são maioritariamente doentes dependentes que necessitam da componente de reabilitação intensiva. São, na sua grande maioria, doentes vindos de serviços de Medicina Interna, de Oncologia, de Cirurgia, de Ortopedia/Traumatologia, de Neurologia (Santos, Covita & Pacheco, 2011).

São internados em Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) os utentes vindos de outras respostas da Rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou, ainda, do domicílio, que careçam de cuidados integrados em regime de internamento, mas não de cuidados tecnologicamente diferenciados. Podem, ainda, existir Unidades de média duração e reabilitação, com características próprias, destinadas a grupos específicos de utentes (Santos, Covita & Pacheco, 2011).

São consumidores das Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) utentes que, pela sua situação de dependência, por razões de doença ou de patologias associadas à idade necessitam de CCI. Os utentes podem ser oriundos de outras respostas da Rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou, ainda, do domicílio (Santos, Covita & Pacheco, 2011).

Nas Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) são consumidores de CCI os utentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrente de doença grave e/ou avançada, incurável e progressiva (Santos, Covita & Pacheco, 2011).

Posteriormente, vão ser citadas todas as UCC que estão ou estiveram em funcionamento no distrito de Vila Real, com o intuito de apresentar os serviços prestados nessas mesmas Unidades.

1.6. Contextualização do distrito de Vila Real

Vila Real é a principal urbe da região de Trás-os-Montes e Alto Douro, está situada geograficamente a cerca de 450 metros de altitude, sobre a margem direita do rio Corgo, um dos afluentes do Douro. Localiza-se num planalto rodeado de altas montanhas, onde avultam as serras do Marão e do Alvão. A sua posição central entre o litoral português e a fronteira com duas regiões autónomas espanholas (Galiza, Castela e Leão), associada à construção da A4 e A24, têm contribuído para intensificar o seu papel no sistema urbano regional e favorecido um processo de desenvolvimento económico assente na indústria e nos serviços (Diniz, Poeta, Silva, Pinto & Abreu, 2003; Sousa, 2011).

A cidade de Vila Real é constituída por catorze municípios, que são: Alijó, Boticas, Chaves, Mondim de Basto, Mesão Frio, Montalegre, Murça, Peso da Régua, Ribeira de Pena, Sabrosa, Santa Marta de Penaguião, Valpaços, Vila Pouca de Aguiar e Vila Real.

Antes de caracterizar demograficamente o distrito de Vila Real é necessário falar sobre o processo de transição demográfica que surge pela primeira vez por volta de 1940. Este processo refere-se aos efeitos que as mudanças dos níveis de fecundidade, mortalidade e natalidade provocam sobre o crescimento populacional e sobre a estrutura etária (Vermelho & Monteiro, 2006).

Uma alteração importante que ocorre em consequência deste processo é o envelhecimento demográfico, sobre o qual se vai falar posteriormente relativamente ao distrito em questão. A partir da teoria da transição demográfica surge o conceito de transição epidemiológica onde estão incluídas as mudanças dos padrões de saúde e doença, mortalidade, fecundidade e estrutura etária, além dos determinantes sociais, económicos, ecológicos, de estilos de vida e das suas consequências para os grupos populacionais (Vermelho & Monteiro, 2006).

Através dos censos de 2001 e 2011 é possível caracterizar demograficamente os municípios do distrito de Vila Real, que no ano de 2001 possuía um total de 223 729 mil residentes no distrito, sendo que 114 943 (51,38%) eram do sexo feminino. No entanto, em 2011 ocorreu um decréscimo da população, ou seja, em 2011 viviam 206 661 pessoas, em que 98 850 (47,83%) eram do sexo masculino e 107 811 (52,17%) eram do sexo feminino (Por data, 2010).

No censo de 2011 os três concelhos que apresentam uma taxa bruta de mortalidade mais elevada são Montalegre com 17,3‰, seguidamente Santa Marta de Penaguião com 15,4‰ e Mesão Frio com 14,7‰. Os três concelhos com a taxa bruta de mortalidade mais baixa são Vila Real com 8,9‰, Peso da Régua com 9,9‰ e Chaves com 11,9‰ (Por data, 2010).

Quanto à taxa bruta de natalidade, Vila Real apresenta o valor mais elevado de 8,7‰, seguindo-se Ribeira de Pena com 8,4‰ e Murça com 8,2‰. Já os concelhos com a taxa bruta de natalidade mais reduzida são Boticas com 3,5‰, Valpaços com 4,1‰ e Montalegre com 4,6‰ (Instituto Nacional De Estatística, 2010).

A taxa de fecundidade geral do ano de 2013 mostra que os 3 concelhos que apresentam esta taxa mais baixa são Vila Pouca de Aguiar com 18,4‰, Mesão Frio com 19,7‰ e Mondim de Basto com 20,9‰. Os concelhos com a taxa mais elevada são Chaves com 29,6‰, Vila real com 28,9‰ e Valpaços com 27,8‰ (Por data, 2010).

Assim, mediante aos valores apresentados das taxas de mortalidade, natalidade e da fecundidade é fundamental mencionar que o distrito de Vila Real registou um crescimento do índice de envelhecimento, no qual todos os municípios contribuíram para esta situação. O censo de 2011 confirma este fato, em que o concelho de Montalegre apresentou o maior índice de envelhecimento com 347,1%, de seguida o concelho de Boticas com 314,5%, depois Valpaços com 313,3%, Murça com 251,3%, seguidamente Alijó com 249,3 %, depois Vila Pouca de Aguiar com 225,5%, Sabrosa com 214,2%, o concelho de Ribeira de Pena com 213,7%, de seguida Santa Marta de Penaguião 207,5%, depois Chaves com 200,7%, Mesão Frio com 160,5%, o município de Peso da Régua com 144,4%, ainda Mondim de Basto com 143,0% e por último Vila Real que obteve um índice de envelhecimento de 121,1% (Instituto Nacional De Estatística, 2010).

Ao nível social Vila Real em 2001 possuía uma taxa de analfabetismo de 14,32%, contudo em 2011 registou-se uma descida para 5,53%, sendo esta a taxa mais baixa de todo o distrito. É necessário revelar que os restantes municípios do distrito em 2011 detinham uma taxa de analfabetismo elevada em que Ribeira de Pena e Boticas apresentavam uma taxa de aproximadamente 16% (Instituto Nacional De Estatística, 2010).

Vila Real nos censos de 2011 apresenta um perfil económico predominantemente terciário com 79,1%, seguindo-se o setor secundário com 16,8% e por último o setor primário com uma população empregada de 4,1% (Por data, 2010).

Conforme os resultados mencionados e de acordo com Lopes & Lemos (2012), deparamo-nos com um envelhecimento demográfico elevado, não só neste distrito do Norte, mas um pouco por todo o país, que conduz a mudanças e desafios para a sociedade em aspetos sociais, políticos, económicos e culturais. O envelhecimento da população tem sido marcado pelo aumento na procura de cuidados sociais e de saúde associados ao prolongamento da vida, mas também à diminuição de capacidade de resposta das formas tradicionais de apoio ligadas às solidariedades intergeracionais primárias.

Assim, por estas e por outras razões surge a necessidade da criação de UCC para combater este tipo de problemas que afeta as populações.

1.6.1. Unidades de Cuidados Continuados do distrito de Vila Real

O distrito de Vila Real atualmente é composto por sete UCC que se localizam em Alijó, Murça, Sabrosa, Ribeira de Pena, Boticas, Peso da Régua e Vila Real. Estas assumem finalidades e respostas distintas, mediante a situação e necessidade do utente.

O município de Sabrosa, segundo a Administração Regional de Saúde do Norte possui uma UMDR com 20 camas de capacidade e Vila Real também possui uma Unidade com a mesma tipologia mas com lotação de 27 camas. Ambas as Unidades pretendem responder a necessidades transitórias, visando maximizar os ganhos em saúde evitando permanências desnecessárias em hospitais de agudos; promover a reabilitação e a Independência dos utentes; contribuir para a gestão das altas dos hospitais de agudos e reduzir a utilização desnecessária de UC e ULDM (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

As ULDM localizam-se em Boticas com 24 camas de capacidade, Peso da Régua com a lotação de 26 camas, e Ribeira de Pena a lotação de apenas 17 camas (Administração Regional de Saúde do Norte). As três Unidades pretendem responder a necessidades sociais e de saúde, visando maximizar a manutenção de aptidões para atividades de vida diária, promovendo a autonomia e a satisfação de necessidades sociais dos utentes, facilitando assim a gestão de altas dos hospitais de agudos (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

Alijó e Murça são os dois municípios que possuem UMDR e ULDM agregadas, sendo que a Unidade de Alijó detém apenas 9 camas em média duração e reabilitação e

em longa duração e manutenção possui 22 camas de capacidade. Murça possui lotação superior em média duração e reabilitação com 25 camas e em longa duração e manutenção detém 20 camas. Os objetivos destas Unidades agregadas são semelhantes aos acima mencionados (Administração Regional de Saúde do Norte).

É de referir que Vila Pouca de Aguiar possuiu uma UC e uma UCP, que fechou portas a 29 de Abril de 2013 depois da Administração Regional de Saúde do Norte deixar de indicar e financiar os utentes para esta Unidade (TV regiões, 2013). No entanto, o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro financiou e colocou em funcionamento desde 2 de Setembro de 2013 o serviço de CP com a lotação de 10 camas, para colmatar uma lacuna ao nível de lugares para CP (Impala, 2013).

Menciona-se também que, no município de Chaves existia uma UMDR e ULDM, contudo no dia 30 de Junho de 2014 encerrou. Esta possuía um total de 32 camas, 16 de média duração e reabilitação e 16 de longa duração e manutenção. Ao longo destes anos, a Unidade recebeu mais de 400 utentes, tendo sempre lotação esgotada (Lusa – Agência de Notícias de Portugal, 2014).

1.7. Doenças/problemas relacionados com a saúde mais prevalentes nas Unidades de Cuidados Continuados

Com base na literatura científica consultada verificou-se que as doenças/problemas relacionados com a saúde mais prevalentes nas UCC são o Acidente Vascular Cerebral (AVC), as fraturas de fémur e as úlceras de pressão (Dias & Ribeiro, 2014; Proença et al., 2008; Weaver & Marek, 2003).

1.7.1. Acidente Vascular Cerebral

O AVC pode ser definido como um défice neurológico, de início súbito, que se prolonga por 24 horas, cujos diversos sintomas são resultantes de lesões cerebrais provocadas por alterações da irrigação sanguínea (Sands & Maxwell, 2003; Martins, 2002).

Para a OMS, o AVC constitui uma disfunção neurológica aguda, de origem vascular, seguida da ocorrência súbita ou rápida de sinais e sintomas relacionados com o comprometimento de áreas focais no cérebro (Dias & Ribeiro, 2014).

Segundo Martins (2002) anteriormente o AVC era visto como uma doença da terceira idade que surgia repentinamente e que não encontrava relação com os estados de saúde das idades jovens. Uma vez que pouco se sabia sobre a sua prevenção, esta era encarada como forma fatal de doença. A reabilitação era das poucas áreas que despertava o interesse, e o principal objetivo era manter a funcionalidade músculo-esquelética ou de proporcionar uma morte serena.

Em Portugal, o AVC representa a principal causa de morte, bem como a incapacidade associada às sequelas cognitivas e motoras. Constitui assim, um importante problema de saúde pública com graves repercussões a nível pessoal, familiar, social e económico. As suas consequências extravasam o próprio indivíduo afetado, traduzindo o forte impacto desta patologia (Dias & Ribeiro, 2014; Cardoso, Raínho, Quitério, Cruz, Magano & Castro, 2011; Ferraz, Norton & Silveira, 2013).

1.7.1.1. Tipos de Acidentes Vasculares Cerebrais

De acordo com Martins (2002) existem três tipos de AVC - os hemorrágicos, os trombóticos e os embólicos – no entanto, alguns autores preferem agrupá-los em duas classes – hemorrágicos e isquémicos.

O AVC hemorrágico pode ser definido como um derrame de sangue no tecido cerebral, como consequência de uma rotura vascular localizada, para a qual há diversos fatores predisponentes (hipertensão, tumores, traumatismos cranioencefálicos, aneurismas congénitos, entre outros) (Martins, 2002).

Os acidentes vasculares cerebrais de natureza isquémica são os mais frequentes e podem surgir relacionados com diversos fatores (sífilis, arteriosclerose, doenças de colagénio, policitemias, cardiopatia, entre outros.) É de salientar que os doentes mais atingidos são os que sofrem de arteriosclerose e cardiopatia, com ou sem hipertensão arterial (Martins, 2002).

1.7.1.2. Fatores de risco

Os fatores de risco, associados ao AVC, são de natureza mutável e imutável.

Os que não podem ser tratados são os seguintes:

- **Idade:** a frequência do AVC aumenta com a idade.

- **Sexo:** até aos cinquenta anos de idade, a incidência da doença é maior no homem, provavelmente, devido à falta de vigilância de hipertensão e doença cardíaca, tendendo depois desta idade a ser igual em ambos os sexos.
- **Hereditariedade / raça:** a prevalência de AVC nos pais dos doentes que sofreram de AVC é quatro vezes superior à esperada. Pessoas de pele negra são mais propensas a hipertensão arterial e neles ela costuma ter um curso mais severo (Sands & Maxwell, 2003; Martins, 2002).

Os fatores de risco que podem ser prevenidos ou tratados são os seguintes:

- **Hipertensão arterial:** associado ao aumento da idade é o fator considerado como o de maior relevância. Assim a probabilidade de AVC é tanto maior quanto mais elevados forem os valores da tensão arterial.
- **Doenças cardíacas:** este é um dos fatores que mais contribui para o AVC, quer por aterosclerose ou por ser uma fonte comum de êmbolos.
- **Diabetes *mellitus*:** existe uma maior incidência de AVC nas pessoas que apresentam esta doença, relativamente à população em geral, pois está associada ao aumento da taxa de alterações micro e macrovasculares, as quais contribuem para aterosclerose.
- **Hiperglicemia:** a sua presença, devido ao excesso de produção de ácido láctico que provoca alterações celulares irreversíveis, aumenta a gravidade da isquemia cerebral.
- **Acidentes Isquémicos Transitórios (AIT):** as pessoas que foram alvo deste tipo de acidente vascular apresentam um risco maior de desenvolver um AVC, nos dois anos seguintes, sendo o risco agravado no primeiro mês após o AIT.
- **Tabaco, vida sedentária e álcool:** a consideração deste fator de risco, é muito discutível, no entanto parece haver relação entre a sua existência e a ocorrência de AVC.
- **Estação do ano:** os meses de Inverno são os que registam maior incidência de AVC.
- **Obesidade:** esta é muitas vezes acompanhada de diabetes, de níveis tensionais mais elevados e de menor tolerância à glucose, todos eles fatores de risco, contudo a obesidade por si só não implica um maior risco (Sands & Maxwell, 2003; Martins, 2002).

1.7.2. Fraturas de Fémur

De acordo com Proença et al. (2008) as fraturas de fémur estão divididas em quatro tipos de fraturas – fratura da cabeça femoral, fratura do colo do fémur, fratura da região trocanteriana e fratura da diáfise femoral.

As **fraturas da cabeça femoral** estão associadas a luxação da anca, com ou sem fratura da parede posterior do acetábulo. Conforme o tamanho do fragmento da cabeça, podem-se considerar dois tipos de fraturas: fraturas da cabeça com fragmento pequeno; fraturas da cabeça com fragmento grande (Proença et al., 2008).

As **fraturas do colo femoral** são as que se localizam na região compreendida entre uma linha rasante à base da cabeça e a linha basicervical. É de salientar que estas fraturas surgem em idosos, geralmente mulheres, que sofrem uma queda, por vezes ligeira (Proença et al., 2008).

As **fraturas da região trocanteriana** localizam-se na região compreendida entre a linha basicervical até dois centímetros e meio abaixo do pequeno trocânter. Ocorrem com maior frequência em mulheres em virtude da maior incidência de osteoporose relativamente aos homens. Estas fraturas são muito menos graves que as fraturas do colo do fémur, pois consolidam facilmente e não têm propensão a complicações graves (Proença et al., 2008).

As **fraturas da diáfise do fémur** dividem-se em fraturas de baixa energia e fraturas de alta energia. As de baixa energia são mais raras, ocorrendo sobretudo em crianças e idosos. As fraturas de alta energia são as mais frequentes. Incidem sobretudo em jovens, vítimas de acidentes de violentos (Proença et al., 2008).

1.7.3. Úlceras de pressão

Durante muitos anos, as úlceras de pressão foram incorretamente designadas por *úlceras de decúbito*. O termo *decúbito* implica estar deitado, e o *decúbito* foi, portanto, corretamente mudado para *pressão* após haver a certeza de que uma pessoa pode desenvolver uma úlcera de pressão em qualquer posição, em qualquer parte do corpo e a partir de qualquer fonte de pressão (interna ou externa) (Weaver & Marek, 2003).

As úlceras de pressão são definidas pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* como lesões causadas por pressão não aliviada contra os tecidos moles, geralmente sobre proeminências ósseas (Weaver & Marek, 2003).

Segundo *European Pressure Ulcer Advisory Panel*, as úlceras de pressão são definidas como uma alteração degenerativa da pele e tecidos subjacentes, causada por uma combinação de pressão, forças de deslizamento e fricção e o seu aparecimento não constitui uma novidade no campo da saúde (Ferreira, Miguéns, Gouveia & Furtado, 2007).

1.7.3.1. Fatores de risco

Segundo Ferreira, Miguéns, Gouveia & Furtado (2007) existem fatores mutáveis e imutáveis que estão na origem de úlceras de pressão.

Os fatores mutáveis são: pressão, fricção, forças de deslizamento, superfícies de apoio, humidade, perfumes, agentes de limpeza e medicação.

Os fatores imutáveis são: idade, insuficiência vasomotora e pressão, arterial baixa, imobilidade, diabetes, desnutrição/ desidratação, condição física, vasoconstrição periférica e alterações endoteliais.

PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo geral

Este trabalho teve como objetivo geral identificar/analisar as características sociais, demográficas, familiares e clínicas dos utentes consumidores de cuidados continuados no distrito de Vila Real, com o intuito de adequação e contribuição de cuidados e promoção da satisfação das necessidades individuais.

1.2. Objetivos específicos

No sentido de operacionalizar o objetivo geral foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as características sociais, demográficas e familiares (Idade, Sexo, Local de Residência, Origem Geográfica, Estado Civil, Habilitações Literárias, Situação Profissional, Profissão/ocupação, Cuidador Principal, grau de parentesco do Cuidador Principal) dos utentes dos cuidados continuados do distrito de Vila Real;

- Descrever as características clínicas dos utentes, nomeadamente, Diagnóstico Inicial/Patologia de Ingresso, Tempo de Internamento, Proveniência do utente para as UCC, Tipologia de Internamento, Motivo de saída e Destino depois da Alta.

- Analisar a associação entre as UCC do distrito de Vila Real e as variáveis Sexo, Idade, Origem Geográfica, Diagnóstico Inicial, Tempo de Internamento, Proveniência dos utentes para as UCC e Motivo de saída.

- Analisar a associação entre o Diagnóstico Inicial e o Sexo, Idade, Origem Geográfica e Motivo de saída.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de estudo

É um estudo transversal, retrospectivo, de metodologia quantitativa no qual se efetuou uma descrição e análise das características epidemiológicas dos consumidores dos cuidados continuados do distrito de Vila Real.

2.2. População / amostra

A população alvo do estudo correspondeu aos utentes que estiveram internados em todas as UCC do distrito de Vila Real, desde a abertura das UCC em Portugal, ou seja, desde 2006 até ao final de dezembro de 2013.

Foram definidos como critérios de inclusão:

- Todos os utentes internados nos cuidados continuados no período desde a abertura das UCC, ou seja desde 2006 até dezembro de 2013.

Como critérios de exclusão foram definidos os seguintes:

- Os utentes que estiveram internados depois do período acima referido e ainda utentes internados com formulários incompletos por mais de 50%.

Após a colheita de dados e atendendo aos critérios de exclusão, obteve-se 6 utentes excluídos do estudo. Assim, tendo em conta aos critérios de inclusão obteve-se um total de 1 505 utentes como amostra deste estudo.

2.2.1. Caracterização sociodemográfica

Como consta na Tabela 1, a amostra deste estudo é constituída por 1 505 utentes das UCC do distrito de Vila Real, dos quais 724 (48,1%) são do sexo masculino. A idade média dos homens é de 71,4 anos e a das mulheres é de 76,6 anos, o que corresponde a mais 5 anos do que os homens.

Tabela 1. Caracterização da amostra de acordo com as variáveis Sexo e Idade

		Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Amostra		724	48,1	781	51,9	1505	100
Idade (Anos)	Mínimo	18		25		18	
	Máximo	98		98		98	
	Média	71,38		76,64		74,11	
	Desvio padrão	13,44		11,79		12,88	

As instituições selecionadas foram de âmbito público: as UMDR de Sabrosa e Vila Real, as ULDM de Peso da Régua, Ribeira de Pena e Boticas e as UMDR e ULDM de Alijó, Murça e Chaves.

Na Tabela 2, destacam-se as UCC que colaboraram na colheita de dados que foram a Unidade de Murça com 108 utentes na tipologia de longa duração e 629 utentes na de média duração, o que fez um total de 737 utentes; Peso da Régua com um total de 234 utentes na tipologia de longa duração; Ribeira de Pena com um total de 131 utentes também na tipologia de longa duração e Sabrosa com 403 utentes na tipologia de média duração.

Tabela 2. Caracterização da amostra de acordo com o tipo de UCC

	Tipologia de internamento do utente nas UCCI		Total
	Longa Duração e Manutenção	Média Duração e Reabilitação	
	N (%)	N (%)	
Murça	108 (15)	629 (85)	737
Peso da Régua	234 (100)	0	234
Ribeira de Pena	131 (100)	0	131
Sabrosa	0	403 (100)	403
Total	473	1032	1505

2.3. Variáveis

2.3.1. Variável dependente

A principal variável dependente neste estudo são as Unidades de Cuidados Continuados (Utentes) do distrito de Vila Real, no entanto, a patologia inicial associada aos utentes destas Unidades também assumiu o papel de variável dependente, sendo este objetivo meramente de caracterização da amostra em estudo.

2.3.2. Variáveis independentes

2.3.2.1. Variáveis sociais, demográficas e familiares

Variáveis sociais, demográficas e familiares (Idade, Sexo, Local de Residência, Origem Geográfica, Estado Civil, Habilitações Literárias, Situação Profissional, Profissão/ocupação, Cuidador Principal, grau de parentesco do Cuidador Principal).

Local de Residência: Alijó, Boticas, Chaves, Mondim de Basto, Mesão Frio Montalegre, Murça, Peso da Régua, Ribeira de Pena, Sabrosa, Santa Marta de Penaguião, Valpaços, Vila Pouca de Aguiar, Vila Real, Viana do Castelo, Braga, Porto Bragança, Aveiro, Viseu, Guarda, Leiria, Coimbra, Castelo Branco, Santarém, Portalegre, Lisboa, Évora, Setúbal, Beja Faro.

Origem Geográfica: Rural; urbano.

Estado Civil: Solteira/o; casada/o/união de facto; separada/o/divorciada/o; viúva/o, outra.

Habilitações Literárias: Sem habilitações; até 4 anos; de 5 a 9 anos; de 10 a 12 anos; superior a 12 anos.

Situação profissional: Ativo/a; Reformado/a; Desempregado/a.

Profissão/ocupação: Operadores de máquinas /fábricas; Vendedores ambulantes, agricultura e pescas não qualificados, empregada doméstica; Serviços e vendedores; Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas; Pintores,

costureiras; Técnicos e profissionais do nível intermédio; Administrativos; Quadros superiores; Especialistas/ profissões intelectuais e científicas.

Cuidador Principal: Sim; Não.

Grau de parentesco do Cuidador Principal: Cônjuge; Filho/a; Nora/genro; Sobrinho/a; Tio/a; Neta/o; Mãe/pai; Vizinhos/as; Amigos/as; Irmão(a)/cunhado(a); Lar; Família de acolhimento.

Relativamente à operacionalização das variáveis sociais, demográficas e familiares acima mencionadas, foram categorizadas de acordo com a classificação usada no programa *Gestcare* para o Cuidados Continuados Integrados atualmente utilizado nas UCC (Care4it Health Care solutions. Gestcare CCI, 2014).

2.3.2.2. Variáveis clínicas

As variáveis clínicas incluem o Diagnóstico Inicial/Patologia de Ingresso, Tempo de Internamento, Proveniência do utente para as UCC, Tipologia de Internamento, Motivo de saída e Destino depois da Alta.

Diagnóstico Inicial/Patologia de Ingresso: Esta variável era de resposta aberta, sobre a qual se obteve 40 diagnósticos iniciais distintos no final da colheita de dados.

Tempo de Internamento (em dias): Menos de 15; Até 30; Até 90; Até 180; > de 180.

Proveniência do utente para as Unidades: Domicílio; Hospital; Lar/Família de Acolhimento; Outras Unidades da RNCCI.

Tipologia de Internamento: Longa Duração e Manutenção; Média Duração e Reabilitação; Convalescença; Paliativos.

Motivo de saída: Óbito; Agudização; Transferência; Alta a pedido; Alta por atingir os objetivos

Destino depois da Alta: Domicílio; Domicilio com Suporte Formal; Domicilio com Suporte Informal; Famílias de Acolhimento; Lar/Resposta Social; UCCI; Hospital.

As variáveis clínicas acima mencionadas, foram também categorizadas de acordo com a classificação usada no programa *Gestcare* para o Cuidados Continuados Integrados atualmente utilizado nas UCC (Care4it Health Care solutions. Gestcare CCI, 2014).

2.4. Instrumento de recolha de dados

Recorreu-se a uma “*Checklist*” para as UCC baseada na informação existente nas bases de dados do sistema informático ou escrito da RNCCI. Este é constituído por questões de ordem sociodemográfica, social, familiar e clínica.

Com a *Checklist* pode-se avaliar as características epidemiológicas presentes nos consumidores da RNCCI, recolhendo os elementos sociodemográficos, nomeadamente, a Idade, Sexo, Local de Residência e a Origem Geográfica; elementos sociais como o Estado Civil, as Habilitações Literárias, a Situação Profissional e a Profissão/ocupação; elementos familiares, tais como, a existência ou não de Cuidador Principal, e o seu grau de parentesco; e ainda recolher elementos clínicos, como, o Diagnóstico Principal/ Patologia de Ingresso, a Proveniência do utente para as UCC, o Tipo de Internamento, o Motivo de Saída, o Destino depois da Alta, e ainda, o Ano de Admissão e de Saída.

É de salientar que a *Checklist* sofreu algumas alterações à medida que se foram recolhendo os dados, isto é, foi necessária a inserção de alguns itens em algumas alíneas, nomeadamente no campo dos dados sociodemográficos, na alínea 3, pois verificou-se que nas UCC do distrito de Vila Real também existiam utentes provenientes de outros distritos do país. Sendo assim, foi imprescindível a inserção de itens dos restantes distritos do país nessa alínea, nomeadamente: Viana do Castelo, Braga, Porto Bragança, Aveiro, Viseu, Guarda, Leiria, Coimbra, Castelo Branco, Santarém, Portalegre, Lisboa, Évora, Setúbal, Beja Faro. No campo das características familiares, mais propriamente na alínea 10 – Relação do Cuidador Principal, foi

necessário inserir três itens (Irmão(a)/cunhado(a); Lar; Família de acolhimento) e retirou-se o item “outros”. Na alínea 16 – Destino depois da Alta, também foi preciso inserir mais dois itens (“UCCI” e “Hospital”) (Anexo II).

Este instrumento de recolha de dados permitirá fazer uma caracterização o mais pormenorizada possível do tipo das características epidemiológicas existentes nos utentes consumidores da RNCCI, para que se possa adaptar os cuidados, promovendo uma satisfação das necessidades individuais de cada utente (Smith, 1968).

2.5. Recolha de dados

A recolha de dados decorreu após obter as respostas positivas (por via telefónica) concedidas pelas UCC que foram contactadas pessoalmente e por meio de autorização escrita (Anexo I), com o objetivo de que estas nos fornecessem os dados necessários para o desenvolvimento do presente estudo.

Esta recolha foi realizada pela investigadora deste estudo, no período de julho até dezembro de 2014, na UMDR e ULDM de Murça, na ULDM de Peso da Régua, UMDR de Sabrosa e na ULDM de Ribeira de Pena. É de referir que as Unidades de Alijó, Vila Real e Boticas não autorizaram a colheita de dados e a de Chaves também não autorizou porque como já foi mencionado anteriormente, encerrou em junho de 2014 e não tinham como fornecer os dados.

Procedeu-se à colheita de dados em Murça no dia 29 de julho de 2014, dia 19 de agosto de 2014, dia 30 de Agosto de 2014 e no dia 6 de setembro de 2014, todos estes dias desde as 9:00 horas da manhã até às 19:00 horas da tarde, fazendo pausa apenas para almoço. Esta colheita de dados foi realizada pela investigadora a partir dos processos individuais de cada utente, que se localizavam no arquivo da Instituição. O pouco apoio fornecido por parte dos(as) colaboradores(as) da Instituição foi o suficiente, pois no primeiro dia de recolha de dados foi indicado onde se poderia encontrar toda a informação necessária para completar a *Checklist*.

No Peso da Régua a colheita de dados foi realizada apenas no dia 9 de setembro de 2014, desde as 9:00 horas da manhã até as 17:30 horas da tarde, fazendo pausa apenas para o almoço. Esta recolha foi realizada pela investigadora juntamente com a Diretora Técnica da Unidade, isto é, a Diretora recorria ao programa *Gestcare* para o Cuidados Continuados Integrados utilizado por todas as UCC e prescrevia os dados que eram colocados diretamente pela investigadora no programa *SPSS Statistical Package for the Social Sciences* versão 21.

A recolha de dados em Sabrosa foi realizada no dia 24 de setembro de 2014 e dia 7 de outubro de 2014, ambos os dias desde as 9:00 horas da manhã até as 18:00 horas da tarde, com pausa para almoço. O apoio fornecido para a colheita de dados foi executado de igual forma pelo Diretor Técnico da Unidade, como foi na Unidade do Peso da Régua.

Em Ribeira de Pena a colheita de dados foi efetuada no dia 2 de dezembro de 2014, desde as 9:00 horas da manhã até as 17:00 horas da tarde, com pausa para o almoço. A recolha de dados foi feita também através do programa *Gestcare*, onde a investigadora recorria diretamente aos dados dos utentes com a presença de uma Colaboradora (Secretária) da Unidade para o apoio necessário.

O *Gestcare* para o CCI, é um programa que foi desenvolvido em 2007, cujo objetivo passa por responder às necessidades de registo e monitorização da RNCCI, funciona via *Web* em tempo real, permitindo assim, responder às necessidades de todos os níveis da rede, nomeadamente, EGA, Centros de Saúde, ECL, ECR, Prestadores – Unidades e Equipas e ao próprio utente (Care4it Health Care solutions. *Gestcare CCI*, 2014).

2.6. Procedimentos Estatísticos

A análise estatística dos dados relativa ao estudo desenvolvido foi realizada através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS for Windows*, versão 21.0.

A análise de dados foi constituída pela análise descritiva e inferencial.

Na análise descritiva recorreu-se às tabelas de frequência absolutas (n), frequências relativas (%), média, desvio padrão, gráficos de barras e gráficos circulares para caracterizar a distribuição da amostra em todas as variáveis sociodemográficas, familiares e clínicas.

Na estatística inferencial, e no caso da variável independente ser a Idade, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* para comparar as várias UCC e também no que concerne à patologia inicial. Este foi o teste eleito, porque a variável Idade não segue a distribuição normal (que foi testada recorrendo ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*). Todas as outras variáveis independentes são nominais pelo que o teste aplicado foi o qui-quadrado que mede a associação/relação entre duas variáveis.

Nestes, em particular, as frequências esperadas foram todas superiores a 1, e não se registraram mais de 20% inferiores a 5.

O nível de significância adotado foi de 5%, pelo que valores de prova inferiores a este valor conduzem a uma evidência estatística relevante.

2.7. Considerações éticas

No desenvolvimento deste estudo estiveram presentes os princípios da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (2013), princípios que acompanham todo e qualquer processo de pesquisa. Foi assegurada a confidencialidade dos dados fornecidos pelas instituições intervenientes no estudo e serão apenas usados para este fim. Foi obtida autorização para o estudo por parte das Instituições.

3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

3.1. Análise descritiva

3.1.1. Caracterização social e demográfica

Como consta na Tabela 3 e como já foi referido anteriormente, a amostra deste estudo é constituída por 1505 utentes das UCC do distrito de Vila Real, dos quais 724 (48,1%) são do sexo masculino. As idades dos utentes variam entre 18 e 98 anos no sexo masculino e entre 25 e 98 anos no feminino. A idade média dos homens é de 71,4 anos, sendo o desvio padrão de 13,44 anos. As mulheres desta amostra apresentam uma idade média de 76,6 anos, o que corresponde a mais 5 anos do que os homens, e o desvio padrão é 11,79 anos. Globalmente, a idade média 74,1 anos e o desvio padrão é 12,88 anos.

Quanto ao Local de Residência, a amostra está muito distribuída por vários concelhos, em particular da região de Trás-os-Montes e Alto Douro, destacando-se Vila Real (11%), Chaves (12%), Bragança (9,6%) e Porto (9,5%).

A Origem Geográfica é maioritariamente Rural (76%), e o Estado civil predominante é Casado/união de facto com cerca de 49% da amostra total. Por sexo, observa-se uma dominância dos homens nos estados civil Solteiro, Casado/união de facto e Separado/divorciado. Já dos viúvos cerca de 72% são mulheres. Isto deve-se essencialmente à maior longevidade das mulheres.

No que toca às Habilitações Literárias estas são baixas, pois na amostra global, 37% não tem habilitação e 60,5% têm até 4 anos de escolaridade. Em particular, importa salientar que dos que não têm habilitação a maioria (62%) são mulheres. Nas restantes categorias, os homens constituem a maioria, especialmente nos que têm 10 a 12 anos ou mais anos de escolaridade. Assim, pode-se afirmar que os homens possuem mais Habilitações Literárias do que as mulheres, estando este facto uma vez mais associado à Idade e também à Origem Geográfica que é maioritariamente Rural.

Quanto à Situação Profissional, apenas 5,4% do total de inquiridos é ativo, e nestes destacam-se os homens (66%). Há 89,4% de reformados o que corresponde a 1346 utentes, com predominâncias das mulheres (54,2%). Na amostra global, há 5,1% de desempregados com predominância no sexo masculino (70,1%).

Quanto à Profissão, cerca de 86% dos inquiridos são ou foram Vendedores ambulantes ou trabalhadores da agricultura e pescas não qualificadas ou empregadas domésticas, sendo a maioria mulheres; 9% dos utentes da amostra desempenham funções de Operadores de máquinas ou fábrica, maioritariamente homens; cerca de 3% são Vendedores ou trabalham em serviços, sendo a maioria homens. Os restantes 1,9% exercem profissões de Agricultores ou trabalhadores qualificados de agricultura e pescas, Pintores ou costureiras; Técnicos e profissionais de nível intermédio, administrativos e Quadros superiores.

Tabela 3. Caracterização da amostra nas variáveis sociais e demográficas de acordo com o Sexo

		Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Amostra		724	48,1	781	51,9	1505	100
Idade	Mínimo	18		25		18	
	Máximo	98		98		98	
	Média	71,38		76,64		74,11	
	Desvio padrão	13,44		11,79		12,88	
Local de Residência	Alijó	27	39,1	42	60,9	69	4,6
	Murça	47	45,6	56	54,4	103	6,8
	Sabrosa	27	41,5	38	58,5	65	4,3
	Vila Real	70	42,2	96	57,8	166	11,0
	Vila Pouca de Aguiar	42	54,5	35	45,5	77	5,1
	Peso da Régua	47	49,0	49	51,0	96	6,4
	Montalegre	26	47,3	29	52,7	55	3,7
	Boticas	33	51,6	31	48,4	64	4,3
	Mondim de Basto	19	61,3	12	38,7	31	2,1
	Santa Marta de Penaguião	13	41,9	18	58,1	31	2,1
	Valpaços	61	47,3	68	52,7	129	8,6
	Mesão Frio	7	53,8	6	46,2	13	0,9
	Ribeira de Pena	12	40,0	18	60,0	30	2,0
	Chaves	103	57,2	77	42,8	180	12,0
	Braga	15	35,7	27	64,3	42	2,8
	Porto	72	50,3	71	49,7	143	9,5
	Bragança	72	49,7	73	50,3	145	9,6
	Aveiro	0	0	1	100	1	0,07
	Viseu	28	48,3	30	51,7	58	3,9
	Coimbra	0	0	1	100	1	0,07
Lisboa	3	50,0	3	50,0	6	0,4	

Origem Geográfica	Rural	553	48,5	587	51,5	1140	75,7
	Urbano	171	46,8	194	53,2	365	24,3
Estado Civil	Solteiro	121	60,8	78	39,2	199	13,2
	Casado/união de facto	413	55,9	326	44,1	739	49,1
	Separado/Divorciado	49	73,1	18	26,9	67	4,5
	Viúvo	140	28,1	358	71,9	498	33,1
	Outro	1	50,0	1	50,0	2	0,13
Habilitações literárias	Sem habilitações	213	38,2	344	61,8	557	37,0
	Até 4 anos	489	53,7	421	46,3	910	60,5
	De 5 a 9 anos	14	51,9	13	48,1	27	1,8
	De 10 a 12 anos	6	66,7	3	33,3	9	0,60
	Superior a 12 anos	2	100	0	0	2	0,13
Situação profissional	Ativo	54	65,9	28	34,1	82	5,4
	Reformado	616	45,8	730	54,2	1346	89,4
	Desempregado	54	70,1	23	29,9	77	5,1
Profissão/ ocupação	Operadores de máquinas /fábrica	118	84,9	21	15,1	139	9,2
	Vendedores ambulantes; ...	567	43,9	726	56,1	1293	85,9
	Serviços e vendedores	26	59,1	18	40,9	44	2,9
	Agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura e pesca	2	66,7	1	33,3	3	0,20
	Pintores; costureiras	5	26,3	14	73,7	19	1,3
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	3	100	0	0	3	0,20
	Administrativos	1	50	1	50	2	0,13
	Quadros superiores	2	100	0	0	2	0,13

3.1.2. Caraterização familiar

Observando a Figura 1 verifica-se que existe Cuidador Principal em 82,5% dos utentes das UCC (n=1242) e por Sexo há uma ligeira predominância no feminino.

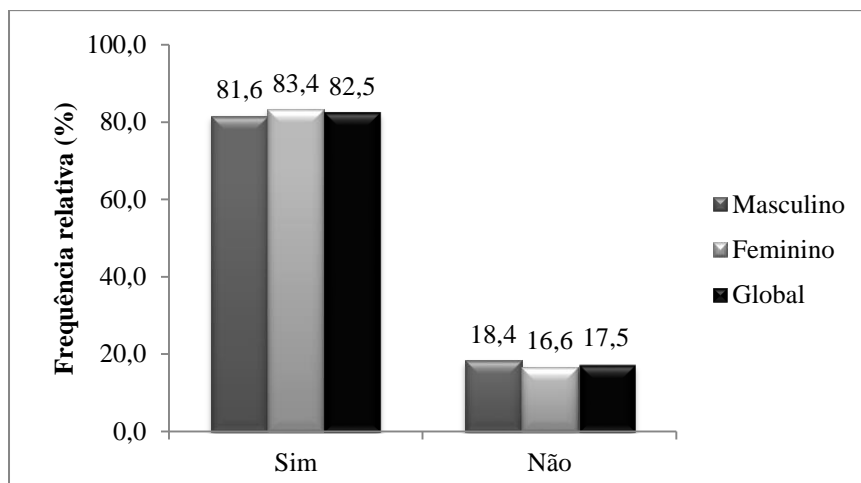


Figura 1 Distribuição da amostra global e por Sexo quanto à existência de Cuidador Principal

Pela análise da Figura 2 verifica-se que o grau de parentesco do Cuidador Principal que assume maior predominância é o Cônjuge ou os Filhos/genro/nora, com especial relevância do primeiro, pois é o indicado em mais de 50% dos utentes que têm Cuidador Principal.

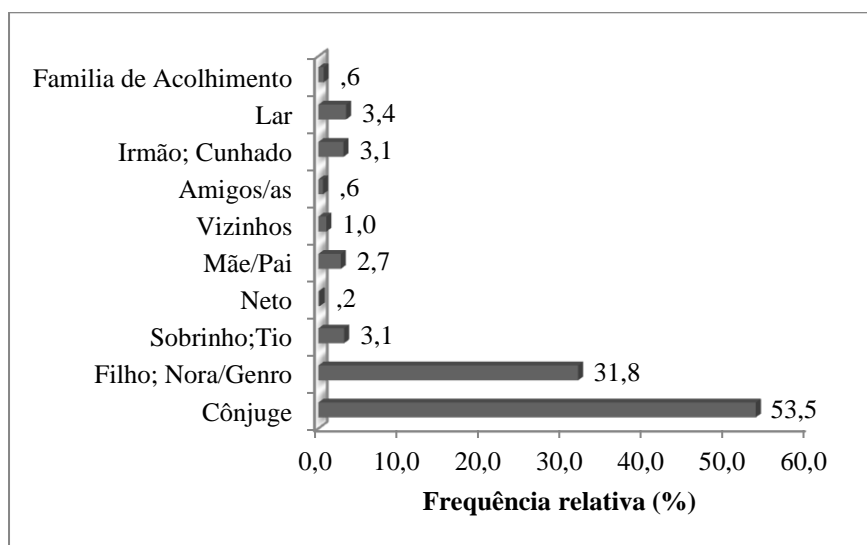


Figura 2. Grau de parentesco do Cuidador Principal

3.1.3. Caracterização clínica

Na Figura 3, destaca-se o Diagnóstico Inicial em que mais de 50% dos utentes detêm patologias associadas ao sistema circulatório, menos veias e linfático; cerca de um quarto apresenta lesões, envenenamento e causas externas e aproximadamente 11% tem problemas de pele e tecido subcutâneo.

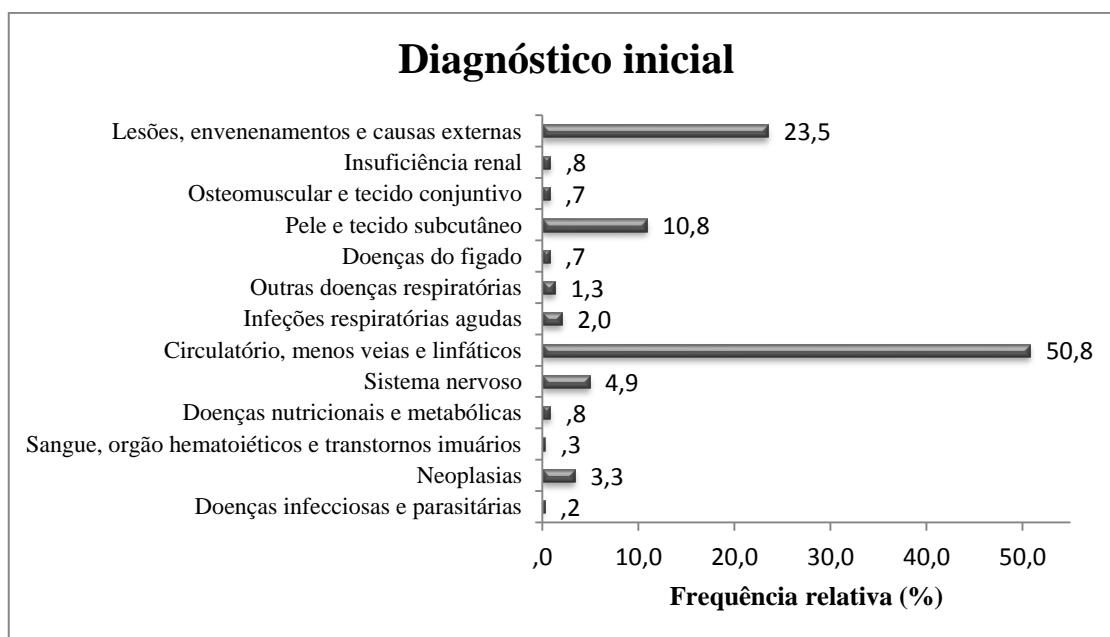


Figura 3. Diagnóstico Inicial dos utentes das UCC

No que concerne ao Tempo de Internamento, a Figura 4 mostra que 46,4% dos utentes esteve internado até 90 dias; cerca de um quarto permaneceu até 180 dias e aproximadamente 10% ficou mais de 180 dias. A permanência de um mês verificou-se em 13,4% das situações e apenas 6,4% permaneceram menos de 15 dias. Estes dados estão de acordo com a tipologia das UCCI, pois como se constatou na Tabela 2, a maioria dos utentes são das Unidade de Média duração.

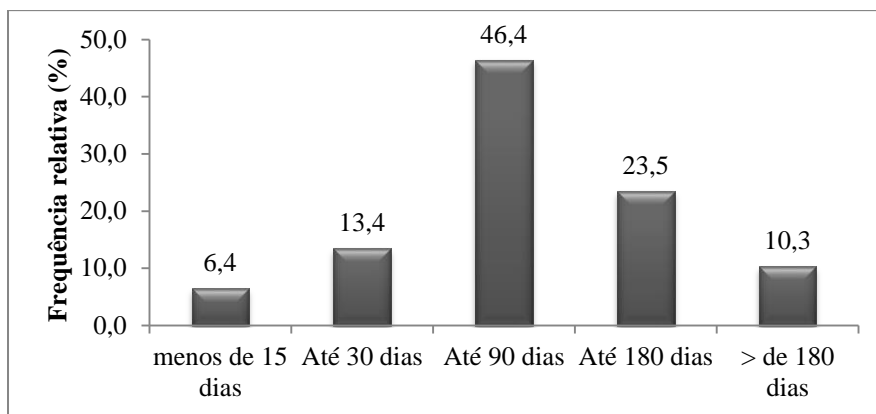


Figura 4. Distribuição da amostra de acordo com o Tempo de Internamento

Quanto à Proveniência do utente para as UCC a Figura 5 indica que dos utentes das UCC a maior parte, 87,6% referem-se a Hospitais; há 7,4% provenientes do seu Domicílio, de outras UCC 4,3% e apenas 0,7% de Lares/Famílias de Acolhimento.

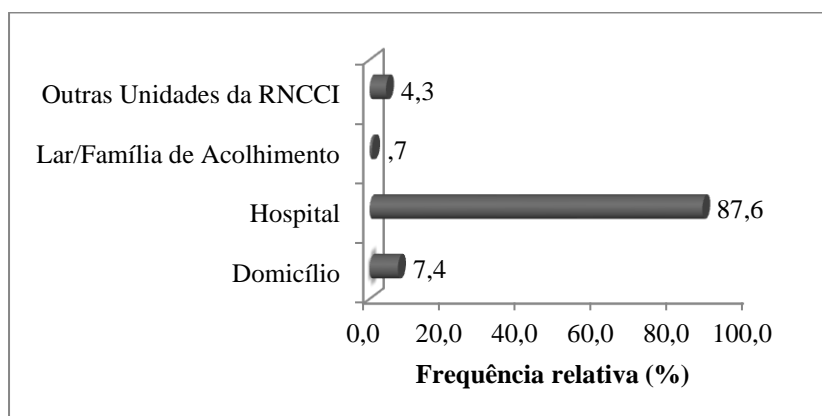


Figura 5. Proveniência do utente para as UCC

Na Figura 6 apresenta-se a distribuição da amostra de acordo com a tipologia do internamento, observando-se que 68,6% é de Média Duração e Reabilitação, e os restantes 31,4% de Longa Duração e Manutenção, e isto, corrobora a informação apresentada na Figura 4 relativa ao Tempo de Internamento.

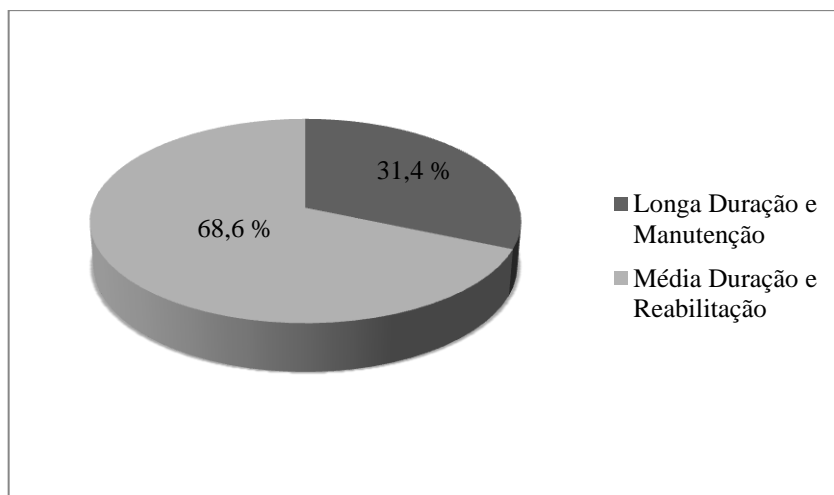


Figura 6. Distribuição da amostra de acordo com a Tipologia de Internamento

No que respeita ao Motivo de saída da UCC, a Figura 7 indica que a maioria dos utentes 53,2%; tem Alta por atingir os objetivos, há 17,7% que são transferidos para outras UCC, em 10,8% regista-se uma Agudização do estado de saúde do utente, 2,1% têm Alta a Pedido e registaram-se 16,3% de Óbitos.

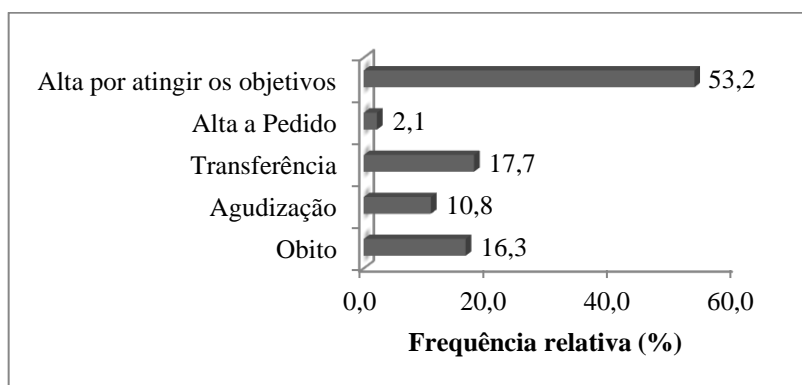


Figura 7. Distribuição da amostra de acordo com o Motivo de saída das UCC

O Destino depois da Alta está relacionado com o motivo da alta. Observando a Tabela 4 verifica-se que todos os inquiridos cujo Motivo de saída foi Agudização tiveram como destino o Hospital.

Dos 266 utentes transferidos 1 teve como destino o Domicílio com Suporte Formal, 1 teve como destino o Lar/Resposta Social, 258 foram para outra UCCI e 6 para o Hospital.

Dos 31 utentes com Alta a Pedido 27 foram para o Domicílio com Suporte Formal, 1 foi para o Lar/Resposta Social e 2 para o Domicílio.

Quanto aos 800 utentes que tiveram alta por terem atingido os objetivos, a maioria (474) foi para o Domicílio com Suporte Informal, 135 Domicílio com Suporte Formal, 128 tiveram como destino um Lar/Resposta Social, há ainda 57 que foram para Famílias de Acolhimento e os restantes 6 foram para o Domicílio.

Tabela 4. Relação entre o Motivo de saída e o Destino depois da Alta

Destino depois da Alta	Motivo de saída dos utentes das UCC				Total
	Agudização	Transferência	Alta a Pedido	Alta por atingir os objetivos	
Domicílio	0	0	2	6	8
Domicílio com Suporte Formal	0	1	1	135	137
Domicílio com Suporte Informal	0	0	27	474	501
Famílias de Acolhimento	0	0	0	57	57
Lar/Resposta Social	0	1	1	128	130
UCCI	0	258	0	0	258
Hospital	162	6	0	0	168
Total	162	266	31	800	1259

3.2. Análise inferencial

Na Tabela 5 apresenta-se para cada UCC, o número de utentes de acordo com o Tempo de Internamento. Em cada Unidade, o Tempo de Internamento predominante é até 90 dias, mesmo nas Unidades que são apenas de longa duração como Peso da Régua e Ribeira de Pena. Na UCC de Sabrosa que é de média duração há 36,7% de utentes com Tempo de Internamento superior a 90 dias, o que contraria a Tipologia de Internamento da Unidade. Verifica-se uma associação estatisticamente significativa entre a variável UCC e Tempo de Internamento, pois o valor de prova do teste qui-quadrado é inferior a 0,001.

Tabela 5. Frequências absolutas e relativas calculadas para cada UCC no que concerne ao Tempo de Internamento

UCC		Tempo de Internamento em dias					Total
		Menos de 15 dias	Até 30 dias	Até 90 dias	Até 180 dias	> 180 dias	
Murça	Frequência absoluta	42	115	385	142	53	737
	%	5,7%	15,6%	52,2%	19,3%	7,2%	100%
Peso da Régua	Frequência absoluta	25	42	69	35	63	234
	%	10,7%	17,9%	29,5%	15,0%	26,9%	100%
Ribeira de Pena	Frequência absoluta	9	23	38	28	33	131
	%	6,9%	17,6%	29,0%	21,4%	25,2%	100%
Sabrosa	Frequência absoluta	21	22	206	148	6	403
	%	5,2%	5,5%	51,1%	36,7%	1,5%	100%
Total	Frequência absoluta	97	202	698	353	155	1505
	%	6,4%	13,4%	46,4%	23,5%	10,3%	100%
Estatística do teste		$\chi^2_{(12)} = 236,86$					
Valor de prova		$vp < 0,001$					

A Tabela 6 apresenta o mínimo, máximo, média, desvio padrão e mediana da idade dos utentes de cada UCC. Para comparar a média de Idade entre as várias Unidades recorreremos ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, pois os dados não provêm de uma população com distribuição normal (os valores de prova obtidos nos testes de *Kolmogorov-Smirnov* foram todos inferiores a 5%).

Foi na UCCI de Ribeira de Pena que se obteve a média etária mais elevada 78,07 anos e na de Sabrosa a média mais baixa 71,66 anos. O teste de *Kruskal-Wallis* permite-

nos concluir que há diferenças estatisticamente significativas entre as idades dos utentes das várias Unidades em estudo pois o valor de prova obtido é inferior a 0,001.

Tabela 6. Distribuição da idade dos inquiridos por UCC e comparação da Idade entre UCC (teste de Kruskal-wallis)

UCC	Min.-Máx.	Média	Desvio padrão	Mediana	Teste de Kruskal-Wallis
Murça	18 – 98	73,83	12,95	77	
Peso da Régua	28 – 95	76,98	12,87	80	$\chi^2_{(3)} = 45,11$
Ribeira de Pena	50 – 94	78,07	8,47	79	Vp <0,001
Sabrosa	24 – 97	71,66	13,34	75	
Amostra total	18 – 98	74,11	12,88	77	

Na Tabela 7 é apresentado o Diagnóstico Inicial dos utentes em cada UCC assim como os resultados do teste qui-quadrado para testar se as duas variáveis estão associadas de forma estatisticamente significativa. Contudo, para este teste ser exequível, foram agrupados os utentes com os diagnósticos: Doenças infecciosas e parasitas; Sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários; Doenças nutricionais e metabólicas; Infecções respiratórias agudas; Outras doenças respiratórias; Doenças do fígado; Osteomuscular e tecido conjuntivo e Insuficiência renal. A análise destes resultados vai ser feita atendendo ao diagnóstico.

Assim, 46% dos utentes com Neoplasias estão na UCC do Peso da Régua e 30% em Murça. Os utentes com patologias associadas ao Sistema nervoso são enviados principalmente para UCC de Murça e Sabrosa (47,9% e 28,8%, respetivamente). A UCC de Murça assume também um papel preponderante no acolhimento de utentes com patologias relacionadas com o Sistema circulatório, menos veias e linfático com 49%, assim como a UCC de Sabrosa com 30,1% desses utentes. A UCC do Peso da Régua recebeu cerca de 50% dos utentes com patologias da Pele e tecidos subcutâneos. Os

utentes com Lesões, envenenamentos e causas externas foram maioritariamente enviados para UCC de Murça seguindo-se Sabrosa (31,7%). O teste do qui-quadrado com um valor de prova inferior a 0,001 confirma que as patologias e as UCC estão associadas de forma estatisticamente significativa.

Tabela 7. Diagnóstico Inicial em cada UCC

UCC		Diagnóstico Inicial						Total
		Neoplasias	Sistema nervoso	Circulatório, menos veias e linfático	Pele e tecido subcutâneo	Lesões, envenenamentos e causas externas	Outro	
Murça	Frequência absoluta	15	35	374	51	202	60	737
	% UCC	2,0%	4,7%	50,7%	6,9%	27,4%	8,1%	100,0%
	% Diagnóstico	30,0%	47,9%	49,0%	31,3%	57,2%	58,8%	49,0%
Peso da Régua	Frequência absoluta	23	11	97	81	13	9	234
	% UCC	9,8%	4,7%	41,5%	34,6%	5,6%	3,8%	100,0%
	% Diagnóstico	46,0%	15,1%	12,7%	49,7%	3,7%	8,8%	15,5%
Ribeira de Pena	Frequência absoluta	5	6	63	17	26	14	131
	% UCC	3,8%	4,6%	48,1%	13,0%	19,8%	10,7%	100,0%
	% Diagnóstico	10,0%	8,2%	8,2%	10,4%	7,4%	13,7%	8,7%
Sabrosa	Frequência absoluta	7	21	230	14	112	19	403
	% UCC	1,7%	5,2%	57,1%	3,5%	27,8%	4,7%	100,0%
	% Diagnóstico	14,0%	28,8%	30,1%	8,6%	31,7%	18,6%	26,8%
Total	Frequência absoluta	50	73	764	163	353	102	1505
	% UCC	3,3%	4,9%	50,8%	10,8%	23,5%	6,8%	100,0%
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Teste Qui-quadrado				$\chi^2_{(15)} = 248,77$				
				$vp < 0,001$				

A Tabela 8 apresenta a Proveniência do utente em cada UCC e os resultados obtidos no teste de associação do qui-quadrado. Observa-se que na UCC de Murça 93,4% dos utentes são provenientes de Hospitais, sendo que na UCC do Peso da Régua essa percentagem é apenas 71,8%. Nesta última, cerca de um quarto dos seus utentes provêm do Domicílio o que é um valor consideravelmente alto comparativamente aos das outras UCC. Na Unidade de Ribeira de Pena, destaca-se a Proveniência de outras Unidades da RNCCI ou lares e famílias de acolhimento com um peso de 21,4%. O valor de prova obtido no teste qui-quadrado é inferior a 0,001 o que comprova que a Unidade está associada de forma estatisticamente significativa com a proveniência dos utentes.

Tabela 8. Proveniência do utente em cada UCC

		Proveniência do utente para as Unidades de cuidados continuados			Total
		Domicílio	Hospital	Outras Unidades da RNCCI ou lares e famílias de acolhimento	
Murça	Frequência absoluta	24	688	25	737
	%	3,3%	93,4%	3,4%	100%
Peso da Régua	Frequência absoluta	59	168	7	234
	%	25,2%	71,8%	3,0%	100%
Ribeira de Pena	Frequência absoluta	0	103	28	131
	%	0,0%	78,6%	21,4%	100%
Sabrosa	Frequência absoluta	29	359	15	403
	%	7,2%	89,1%	3,7%	100%
Total	Frequência absoluta	112	1318	75	1505
	%	7,4%	87,6%	5,0%	100%
Teste Qui-quadrado		$\chi^2_{(6)} = 214,72$			
		$vp < 0,001$			

Nas UCC de Murça e Peso da Régua cerca de 80% dos utentes provêm do rural, mas, na UCC de Ribeira de Pena correspondem a apenas 65,6% e na de Sabrosa 68,5% pelo que, há uma associação estatisticamente significativa entre a UCC e a Origem Geográfica dos utentes, comprovada pelo valor de prova obtido, que é inferior a 0,001. Estes resultados são apresentados na Tabela 9.

Tabela 9. Origem Geográfica por UCC

		Origem Geográfica		Total
		Rural	Urbana	
Murça	Frequência absoluta	592	145	737
	%	80,3%	19,7%	100%
Peso da Régua	Frequência absoluta	186	48	234
	%	79,5%	20,5%	100%
Ribeira de Pena	Frequência absoluta	86	45	131
	%	65,6%	34,4%	100%
Sabrosa	Frequência absoluta	276	127	403
	%	68,5%	31,5%	100%
Total	Frequência absoluta	1140	365	1505
	%	75,7%	24,3%	100%
Teste Qui-quadrado			$\chi^2_{(3)} = 29,03$	
			$vp < 0,001$	

Na Tabela 10, é apresentado o Motivo de saída por UCC e também os resultados do teste qui-quadrado, que evidenciam que há uma associação estatisticamente significativas entre as variáveis pois o valor de prova obtido é inferior a 0,001. Em particular, nas UCC de Murça e Sabrosa que são de média duração, ainda que Murça também seja de longa duração a maioria (+ de 60%) dos seus utentes têm Alta por atingir os objetivos. Nas Unidades do Peso da Régua e Ribeira de Pena a percentagem de utentes com Alta por atingir os objetivos é claramente inferior, sendo 26,9% e 10,7%, respetivamente. E, nestas Unidades tem especial relevância os Óbitos, com 48,7% no Peso da Régua e 39,7% em Ribeira de Pena. Nesta última, destaca-se também que 34,4% dos seus utentes tiveram alta por Agudização do seu estado de saúde. Isto pode justificar-se atendendo à tipologia das Unidades que são de longa duração, devido à idade, pois a média etária é mais alta, e também devido à patologia predominante, em particular, as Neoplasias na UCC do Peso da Régua.

Tabela 10. Motivo de saída por UCC

		Motivo de saída dos utentes das UCC					Total
		Óbito	Agudização	Transferência	Alta a Pedido	Alta por atingir os objetivos	
Murça	Frequência absoluta	69	48	147	24	449	737
	%	9,4%	6,5%	19,9%	3,3%	60,9%	100%
Peso da Régua	Frequência absoluta	114	18	33	6	63	234
	%	48,7%	7,7%	14,1%	2,6%	26,9%	100%
Ribeira de Pena	Frequência absoluta	52	45	19	1	14	131
	%	39,7%	34,4%	14,5%	0,8%	10,7%	100%
Sabrosa	Frequência absoluta	11	51	68	1	272	403
	%	2,7%	12,7%	16,9%	0,2%	67,5%	100%
Total	Frequência absoluta	246	162	267	32	798	1505
	%	16,3	10,8	17,7%	2,1%	53,0%	100%

$\chi^2_{(12)} = 461,00$
 $vp < 0,001$

Testou-se também se as variáveis UCC e o Sexo dos seus utentes estão associadas, mas o valor de prova obtido foi superior a 5%, o que leva a concluir que a associação não é estatisticamente significativa. Por este motivo, omitimos a tabela por não ser informação relevante.

Na Tabela 11 é apresentada a distribuição dos utentes das UCC no que concerne ao Diagnóstico Inicial em função do Sexo e Origem Geográfica. As percentagens apresentadas foram calculadas em coluna, isto é, dentro de cada diagnóstico. Existe uma associação estatisticamente significativa entre o Diagnóstico Inicial e o Sexo, pois o valor de prova obtido é $<0,05$. Na amostra em estudo, a maioria das Neoplasias e Lesões, envenenamentos e causas externas ocorre no sexo feminino, as doenças relacionadas com o Sistema nervoso predominam no sexo masculino. As doenças do sistema Circulatório, menos veias e linfático, e doenças da Pele e tecido subcutâneo apresentam uma prevalência semelhante nos dois sexos. Registou-se também uma associação estatisticamente significativa entre as patologias iniciais e a Origem Geográfica (valor de prova $<5\%$). De notar que 76% da amostra reside em meio rural, pelo que seria de esperar percentagens nesta ordem de grandeza em cada patologia. No

entanto, as Neoplasias e doenças da Pele e tecidos subcutâneos apresentam prevalência claramente superior nos utentes do meio rural (90% e 81%, respetivamente). As doenças do Sistema nervoso apresentam predominância superior à esperada nos utentes provenientes de meio urbanos (28,8%).

Tabela 11. Associação entre o Diagnóstico Inicial, Sexo e Origem Geográfica

		Diagnóstico Inicial							Total	Teste qui-quadrado
		Neoplasias	Sistema nervoso	Circulatório, menos veias e linfáticos	Pele e tecido subcutâneo	Lesões, envenenamentos e causas externas	Outro			
Sexo	Masculino	Frequência absoluta	23	41	387	80	141	52	724	$\chi^2_{(5)} = 13,80$ $vp < 0,05$
		%	46,0%	56,2%	50,7%	49,1%	39,9%	51%	48,1%	
	Feminino	Frequência absoluta	27	32	377	83	212	50	781	
		%	54,0%	43,8%	49,3%	50,9%	60,1%	49%	51,9%	
Origem Geográfica	Rural	Frequência absoluta	45	52	580	132	258	73	1140	$\chi^2_{(5)} = 11,11$ $vp < 0,05$
		%	90,0%	71,2%	75,9%	81,0%	73,1%	71,6%	75,7%	
	Urbana	Frequência absoluta	5	21	184	31	95	29	365	
		%	10,0%	28,8%	24,1%	19,0%	26,9%	28,4%	24,3%	

A Tabela 12 apresenta o mínimo, máximo, média, desvio padrão e mediana para a idade dos utentes em cada Diagnóstico Inicial. Observa-se que os utentes com patologias associadas à Pele e tecidos subcutâneos apresentam a média etária mais elevada e os utentes com Neoplasias ou patologias associadas ao Sistema nervoso as médias etárias mais baixas. O teste de *Kruskal-Wallis* com um valor de prova inferior a 0,001 permite-nos concluir que há diferenças estatisticamente significativas entre as idades dos utentes e as várias patologias.

Tabela 12. Distribuição da idade dos inquiridos por Patologia Inicial e comparação entre patologias (teste Kruskal-wallis)

	Mín.-Máx.	Média	Desvio padrão	Mediana	Teste de Kruskal-Wallis
Neoplasias	25 – 92	68,80	15,63	75	$\chi^2_{(5)} = 65,91$ $vp < 0,001$
Sistema nervoso	26 – 91	68,89	15,58	73	
Circulatório, menos veias e linfáticos	24 – 98	73,86	11,83	76	
Pele e tecido subcutâneo	52 – 97	80,55	8,32	82	
Lesões, envenenamentos e causas externas	18 – 98	74,11	14,16	78	
Outro	35 – 93	71,93	14,34	75,50	

Quanto à relação entre o Diagnóstico Inicial e o Motivo de saída da UCC, há uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis pois o valor de prova obtido no teste qui-quadrado é inferior a 0,001. Destaca-se as Neoplasias, doenças da Pele e tecidos subcutâneos e outras patologias com 42%, 36% e 23,5% de Óbitos, respetivamente. As Neoplasias com 14% destacam-se novamente como Motivo de saída de Agudização. Os Diagnósticos Iniciais de Lesões, envenenamento e causas externas, Circulatório, menos veias e linfáticos e Sistema Nervoso com 20,7%, 17,7% e 16,4% obtiveram a percentagens mais elevadas no Motivo de saída de Transferência. Ainda estes Diagnósticos com 60,6%, 55,9%, e 58,9% obtiveram maior percentagem na Alta por atingir os objetivos. Em relação à Alta a pedido, as Neoplasias, o Sistema Nervoso e outras patologias tiveram as percentagens mais elevadas com 4,1%, 4% e 3,9%. Estes resultados são apresentados na Tabela 13.

Tabela 13. Associação entre o Diagnóstico Inicial e o Motivo de saída

		Diagnóstico Inicial						Total	Teste de Kruskal-Wallis	
		Neoplasias	Sistema nervoso	Circulatório, menos veias e linfáticos	Pele e tecido subcutâneo	Lesões, envenenamentos e causas externas	Outro			
Motivo de saída	Óbito	Frequência absoluta	21	6	106	59	30	24	246	$\chi^2_{(20)} = 116,77$ $\nu p < 0,001$
		%	42,0%	8,2%	13,9%	36,2%	8,5%	23,5%	1,3%	
	Agudização	Frequência absoluta	7	9	83	20	31	12	162	
		%	14,0%	12,3%	10,9%	12,3%	8,8%	11,8%	10,8%	
	Transferência	Frequência absoluta	7	12	135	23	73	16	266	
		%	14,0%	16,4%	17,7%	14,1%	20,7%	15,7%	17,7%	
	Alta a Pedido	Frequência absoluta	2	3	13	4	5	4	31	
		%	4,0%	4,1%	1,7%	2,5%	1,4%	3,9%	2,1%	
	Alta por atingir os objetivos	Frequência absoluta	13	43	427	57	214	46	800	
		%	26,0%	58,9%	55,9%	35,0%	60,6%	45,1%	53,2%	
	Total	Frequência absoluta	50	73	764	163	353	102		
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

4. DISCUSSÃO

4.1. Discussão da metodologia

Como já foi mencionado anteriormente, o instrumento de recolha de dados utilizado foi baseado no programa *Gestcare* para o Cuidados Continuados Integrados que para além de monitorizar os circuitos de referência da RNCCI, este programa integra também vários modelos de avaliação do utente e seus episódios, são eles: avaliação médica, avaliação de enfermagem, avaliação social, risco de úlceras de pressão, avaliação das mesmas, instrumento de avaliação integrado (biopsicossocial), risco/avaliação dos diabetes, exames auxiliares de diagnóstico, registo de pensos, registo de fármacos, reações adversas aos medicamentos, registo de infeções, cálculo de participação, outras avaliações, avaliação da dor, risco de quedas, cuidados paliativos, avaliação de sintomas de Edmonton, registo do consumo de fraldas, identificação da necessidade de apoio social, registo de prestação de cuidados ao domicílio, agudizações/reservas de vaga e nota de alta (Care4it Health Care solutions. *Gestcare CCI*, 2014).

É de salientar que das doenças/problemas relacionados com a saúde mais prevalentes nas UCC do distrito de Vila Real que foram mencionadas anteriormente, apenas o AVC é considerado como uma doença, sendo as fraturas de fémur e as úlceras de pressão consideradas problemas relacionados com a saúde, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 2010).

É de notar que houve necessidade de substituir em todo o trabalho a designação “Zona de Proveniência” (rural e urbano) que consta na Checklist para “Origem Geográfica” com o intuito de não existir confusão com a outra designação “Proveniência do utente para as Unidades de Cuidados Continuados”.

4.2. Discussão dos resultados

4.2.1. Caracterização social e demográfica

Dos 1 505 utentes deste estudo, 48,1% são do sexo masculino. Estes dados são corroborados pelos dados do seguinte estudo, pois nos censos de 2011, a população residente no distrito de Vila Real no ano de 2011 era de 206 661 pessoas, em que 98 850 (47,83%) eram do sexo masculino e 107 811 (52,17%) eram do sexo feminino (Pordata, 2010). Diversos estudos realizados em anos anteriores com os utentes da RNCCI apresentam uma distribuição semelhante, isto é, o sexo feminino representa uma percentagem superior ao sexo oposto (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2007; Instituto Nacional de Administração, 2009; Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 2011, 2012; Entidade reguladora da saúde, 2013). Assim, num estudo do ano de 2013 o sexo feminino representava 55,2% e o sexo masculino 44,8%, e no 1º semestre de 2014 o sexo feminino detinha 54,7% e o sexo masculino 45,3% (Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 1º semestre de 2014, 2014).

Segundo Quintal, Lourenço & Ferreira (2012) uma das características dos grupos etários mais velhos é o desequilíbrio entre homens e mulheres, com as últimas a predominarem quanto mais se avança na idade. Isto verifica-se neste estudo, pois a idade média dos homens é de 71,38 anos e a das mulheres é de 76,64 anos, o que corresponde a mais 5 anos do que os homens. Globalmente, a idade média é de 74,11 anos. Esta média vai ao encontro de estudos realizados em UCC onde se afirma que a maioria dos utentes tem mais de 65 anos de idade (Instituto Nacional de Administração, 2009; Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 2011, 2012; Entidade reguladora da saúde, 2013), pois no ano de 2013 um estudo revela que 80,3% dos utentes possui mais de 65 anos e no 1º trimestre de 2014 já subiu para 83,7% (Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 1º semestre de 2014, 2014). Os dados deste estudo são corroborados por os dados dos estudos acima mencionados.

Em relação ao Local de Residência e como seria de esperar a maioria dos inquiridos é proveniente de concelhos do distrito de Vila Real, em particular, Vila Real (11%) e Chaves (12%); Bragança e Porto surgem com cerca de 10%. Nesta situação de resultados não há termo de comparação devido à não existência de estudos deste tipo realizados nas UCC da RNCCI.

Verifica-se que nos consumidores de cuidados continuados deste estudo, o Estado Civil mais prevalente é o “casado ou união de facto” com uma percentagem de 49,1%, seguindo-se o Estado Civil de viuvez com uma percentagem de 33,1%, 13,2% de utentes são solteiros, 4,5% são separados ou divorciados e 0,1% têm outro Estado Civil. Estes dados são corroborados por os dados de um estudo da RNCCI, entre janeiro de 2011 e setembro de 2012 em que 48,9% dos utentes eram casados, 32,6% eram viúvos, 12,8% eram solteiros e 5,3% possuíam o Estado Civil de divorciado ou separado (Entidade reguladora da saúde, 2013).

Quanto às Habilitações Literárias, o perfil do utente deste estudo apresenta baixa escolaridade, pois na amostra global, 37% não tem habilitação e 60,5% têm até 4 anos de escolaridade. Estes dados são corroborados por os dados do seguinte estudo pois, entre janeiro de 2011 e setembro de 2012 um estudo da RNCCI menciona que cerca de 29% dos utentes não tem escolaridade e 61% tem apenas até seis anos de escolaridade, tendo concluído somente o primeiro estágio da educação básica (Entidade reguladora da saúde, 2013).

Ainda no mesmo estudo acima mencionado pode-se verificar que a Profissão (não qualificados, qualificados, intermédios e especialista) mais prevalente dos utentes é a de não qualificados com 76,7% (Entidade reguladora da saúde, 2013). O mesmo se verifica neste estudo, pois cerca de 86% dos inquiridos são ou foram vendedores ambulantes ou trabalhadores da agricultura e pescas não qualificadas ou empregadas domésticas.

4.2.2. Caraterização familiar

O Cuidador Principal, existe em 82,5% dos utentes deste estudo e o grau de parentesco do Cuidador Principal que mais prevalece é o cônjuge ou os filhos/genro/nora, com especial relevância do primeiro, pois é o indicado em mais de 50% dos utentes que têm Cuidador Principal. Estes dados são corroborados por os dados de um estudo entre novembro de 2006 e abril de 2007, cujos resultados são

semelhantes, pois 56% dos 1406 inquiridos refere que vive com a família natural incluindo o cônjuge (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2007).

É de salientar que como grande parte dos utentes admitidos nas UCC apresentam idade avançada e o seu Cuidador Principal – cônjuge – também se encontra na mesma situação, por vezes este cuidador acaba por ficar sem retaguarda familiar e sem qualquer outro tipo de apoio que seja necessário. Assim sendo, esta situação representa um problema que deverá ser solucionado essencialmente pela equipa que acolhe o utente.

4.2.3. Caracterização clínica

No Diagnóstico Inicial, destaca-se em mais de 50% dos utentes patologias associados ao sistema circulatório, menos veias e linfático; 23,5% com lesões, envenenamento e causas externas e cerca de 11% com problemas de pele e tecido subcutâneo. Estes dados são corroborados por os dados de um estudo onde se verifica que a prevalência de úlceras de pressão na RNCCI foi de 16%, representando um decréscimo em relação a anos anteriores – 2010 (18%), 2009 (19%) e 2008 (22%) (Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 2011, 2012).

No que concerne ao Tempo de Internamento, 46,4% dos utentes esteve internado até 90 dias; até 180 dias 23,5%, mais de 180 dias em 10,3% das situações, até 30 dias apenas 13,4% e menos de 15 dias 6,4% dos utentes. Nesta situação, não há termo de comparação pois, não existem estudos deste tipo nas UCC, contudo um estudo refere que a demora média registada nas UMDR situou-se em 88 dias em 2011 e nas ULDM é de 163 dias (Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 2011, 2012. É de extrema importância referir que a percentagem de 10,3% com um Tempo de Internamento >180, se refere a utentes que no momento da alta prevista tem alta clínica mas não tem alta social, acabando assim por permanecer nas UCC até solucionarem o problema ou quando a resposta é retardada, o utente acaba por permanecer na UCC até o seu falecimento.

Quanto à Proveniência dos utentes para as UCC deste estudo, 87,6% referem-se a Hospitais; há 7,4% proveniente do seu domicílio, de outras Unidades da RNCCI 4,3% e apenas 0,7% de lares ou famílias de acolhimento. Estes dados são corroborados por os dados de um estudo que apresenta dados semelhantes, em que no ano de 2010, 70% dos

utentes eram provenientes dos Hospitais e no ano seguinte apresentou uma pequena redução para 66%, mas sempre com uma maioria absoluta (Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 2011, 2012).

No que respeita ao Motivo de saída da UCC a maioria dos utentes 53,2% tem alta por atingir os objetivos, há 17,7% que são transferidos, em 10,8% regista-se uma agudização do estado de saúde do utente; 2,1% têm alta a pedido e registaram-se 16,3% de óbitos. Estes dados são corroborados por os dados de um estudo realizado entre novembro de 2006 e abril de 2007 com 1406 inquiridos também apresenta dados semelhantes, pois 65% dos utentes também tiveram alta por atingir os objetivos, 16% mudaram de tipologia, 6% agudizaram, 3% tiveram alta a pedido e 10% foram óbito (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2007). É de salientar, que no ano de 2011 um estudo também refere que 71% dos utentes da RNCCI tiveram alta por atingirem os objetivos e no 1º semestre de 2014 a percentagem já foi de 76% Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 2011, 2012; Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 1º semestre de 2014, 2014). Evidencia-se que grande parte dos utentes que vão para outras UCC, são transferidos tendo em conta aos critérios de proximidade da sua residência, contudo as restantes transferências são realizadas com o intuito de colocar o utente na UCC mais adaptada ao tempo de internamento necessário.

O Destino depois da Alta dos utentes deste estudo refere-se aos 800 utentes que atingiram os objetivos, em que a maioria dos utentes (474) foi para o domicílio com suporte informal, 135 para o domicílio com suporte formal, 128 tiveram como destino um lar/suporte social, há ainda 57 que foram para famílias de acolhimento e os restantes 6 foram para o domicílio. Segundo um estudo do 1º semestre de 2014, a nível nacional 74,6% das altas foram para o domicílio e 9,2% ingressaram numa resposta social, mostrando assim resultados semelhantes (Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 1º semestre de 2014, 2014).

4.2.4. Análise da associação entre as UCC do distrito de Vila Real e as variáveis Sexo, Idade, Origem Geográfica, Diagnóstico Inicial, Tempo de Internamento, Proveniência dos utentes para as UCC e Motivo de saída

Recorreu-se a uma comparação entre as UCC em estudo, averiguando as associações entre as seguintes variáveis: Sexo dos utentes, Idade dos mesmos, Origem Geográfica, Diagnóstico Inicial, Tempo de Internamento, Proveniência do utente para as UCC e Motivo de saída.

Testou-se se as variáveis UCC e o Sexo dos seus utentes estão associadas, mas o valor de prova obtido foi superior a 5%, o que leva a concluir que a associação não é estatisticamente significativa.

Quanto à Idade, foi na UCC de Ribeira de Pena que se obteve a média etária mais elevada 78,07 anos e na de Sabrosa a média mais baixa 71,66 anos.

Nas UCC de Murça e Peso da Régua cerca de 80% dos utentes provêm de meio rural, mas, na UCC de Ribeira de Pena correspondem a apenas 65,6% e na de Sabrosa 68,5%.

No que concerne ao Diagnóstico Inicial, os utentes com patologias associadas ao sistema nervoso são enviados principalmente para UCC de Murça e Sabrosa (47,9% e 28,8%, respetivamente). A UCC de Murça assume também um papel preponderante no acolhimento de utentes com patologias relacionadas com o sistema circulatório, menos veias e linfático com 49%, assim como a UCC de Sabrosa com 30,1% desses utentes. A UCC do Peso da Régua recebeu cerca de 50% dos utentes com patologias da pele e tecidos subcutâneos. Os utentes com lesões, envenenamentos e causas externas foram maioritariamente enviados para UCC de Murça seguindo-se Sabrosa (31,7%). É de salientar que no ato de referenciação do utente, não se tem em conta apenas os critérios de proximidade, mas também à doença/problema de saúde que o utente detém. Daí haverem maiores percentagens de Diagnósticos Iniciais em algumas UCC do que noutras, pois existem UCC sinalizadas mais para uns diagnósticos do que outros.

Em cada Unidade, o Tempo de Internamento predominante é até 90 dias, mesmo nas Unidades que são de longa duração como Peso da Régua e Ribeira de Pena. Na UCC de Sabrosa que é de média duração há 38,2% de utentes com Tempo de Internamento superior a 90 dias, o que contraria a Tipologia de Internamento da Unidade.

Na comparação entre as variáveis UCC e a Proveniência do utente, observa-se que na UCC de Murça 93,4% dos utentes são provenientes de hospitais, sendo que na UCC do Peso da Régua essa percentagem é apenas 71,8%. Nesta última, 25,2% dos seus utentes provêm do domicílio o que é um valor consideravelmente alto comparativamente aos das outras UCC. Na Unidade de Ribeira de Pena destaca-se a proveniência de outras Unidades da RNCCI ou lares e famílias de acolhimento com um peso de 21,4%.

O Motivo de saída nas UCC de Murça e Sabrosa que são de média duração, ainda que Murça também seja de longa duração a maioria (+ de 60%) dos seus utentes têm alta por atingir os objetivos. Nas Unidades do Peso da Régua e Ribeira de Pena a percentagem de utentes com alta por atingir os objetivos é claramente inferior, sendo 26,9% e 10,7%, respetivamente. E, nestas Unidades tem especial relevância os óbitos, com 48,7% no Peso da Régua e 39,7% em Ribeira de Pena, e nesta última, destaca-se também que 34,4% dos seus utentes tiveram alta por agudização do seu estado de saúde. Isto pode justificar-se atendendo à tipologia das Unidades que são de longa duração, devido à idade, pois a média etária é mais alta, e também devido à patologia predominante, em particular, as neoplasias na Unidade do Peso da Régua.

4.2.5. Análise da associação entre o Diagnóstico Inicial, Sexo, Idade, Origem Geográfica e Motivo de saída.

Na amostra em estudo, a maioria das neoplasias e lesões, envenenamentos e causas externas ocorre no sexo feminino, as doenças relacionadas com o sistema nervoso predominam no sexo masculino. As doenças do sistema circulatório, menos veias e linfático, e doenças da pele e tecido subcutâneo apresentam uma prevalência semelhante nos dois sexos. De notar que 76% da amostra reside em meio rural, pelo que seria de esperar percentagens nesta ordem de grandeza em cada patologia. No entanto, as neoplasias e doenças da pele e tecidos subcutâneos apresentam prevalência claramente superior nos utentes do meio rural (90% e 81%, respetivamente). As doenças do sistema nervoso apresentam predominância superior à esperada nos utentes provenientes de meio urbanos (28,8%).

Observa-se que os utentes com patologias associadas à pele e tecidos subcutâneos apresentam a média etária mais elevada e os utentes com neoplasias ou patologias associadas ao sistema nervoso as médias etárias mais baixas.

Quanto à relação entre a Patologia Inicial e o Motivo de saída da UCCI destaca-se as neoplasias, doenças da pele e tecidos subcutâneos e outra patologia com 42%, 36% e 23,5% de óbitos, respetivamente.

CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Considerando os resultados obtidos e tendo em conta as limitações desta investigação, é possível retirar as seguintes conclusões:

Os homens desta amostra têm uma idade média de 71,4 anos e as mulheres de 76,6 anos. Globalmente, a idade média é de 74,1 anos. A Origem Geográfica da amostra é maioritariamente rural (76%).

Relativamente ao Estado Civil, o predominante é Casado/união de facto com cerca de 49% da amostra total. Por Sexo, observa-se uma dominância dos homens nos estados civil solteiro, casado/união de facto e separado/divorciado. Já as mulheres representam 72% dos viúvos.

No que respeita às Habilitações Literárias estas são baixas, pois na amostra global, 37% não tem habilitação e 60,5% têm até 4 anos de escolaridade.

Quanto à Situação Profissional, apenas 5,4% do total dos utentes é ativo, e nestes destacam-se os homens (66%). Há 89,4% de reformados sendo a predominância das mulheres (54,2%). Em relação à Profissão, cerca de 86% dos utentes são ou foram vendedores ambulantes ou trabalhadores da agricultura e pescas não qualificadas ou empregadas domésticas, sendo a maioria mulheres;

No que concerne ao Tempo de Internamento, 46,4% dos utentes esteve internado até 90 dias; até 180 dias 23,5%, mais de 180 dias em 10,3% das situações, até 30 dias apenas 13,4% e menos de 15 dias 6,4% dos utentes.

Quanto ao Diagnóstico Inicial, mais de 50% dos utentes detêm patologias associadas ao sistema circulatório, menos veias e linfático; 23,5% com lesões, envenenamento e causas externas e cerca de 11% com problemas de pele e tecido subcutâneo.

Conclui-se que o tipo de doença tem uma associação estatisticamente significativa com a UCC onde o utente esteve internado, nomeadamente as doenças: Neoplasias, doenças do sistema nervoso, patologias relacionadas com o sistema circulatório, menos veias e linfático, patologias da pele e tecidos subcutâneos e patologias relacionadas com lesões, envenenamentos e causas externas.

Pode-se concluir que na comparação entre a Idade e as UCC há diferenças estatisticamente significativas entre as várias Unidades em estudo pois o valor de prova obtido é inferior a 0,001.

Existe uma associação estatisticamente significativa nas UCC relacionadas com o meio de residência dos utentes, o Tempo de Internamento, a Proveniência do utente, o Motivo de saída e o Diagnóstico Inicial.

Existe também uma associação estatisticamente significativa na Patologia Inicial relacionada com o Sexo, a Origem Geográfica e o Motivo de saída. A maioria das neoplasias e lesões, envenenamentos e causas externas ocorre no sexo feminino, as doenças relacionadas com o sistema nervoso predominam no sexo masculino. As neoplasias e doenças da pele e tecidos subcutâneos apresentam prevalência claramente superior nos utentes do meio rural (90% e 81%, respetivamente). As doenças do sistema nervoso apresentam predominância superior à esperada nos utentes provenientes de meio urbanos (28,8%). Destaca-se as neoplasias, doenças da pele e tecidos subcutâneos e outra patologia com 42%, 36% e 23,5% de óbitos, respetivamente. Consequentemente as frequências relativas na alta por atingir os objetivos são inferiores às das restantes patologias.

É de salientar que o instrumento de colheita de dados representou algumas dificuldades na medida em que para encontrar toda a informação desejada era necessário percorrer a maioria dos modelos de avaliação dos utentes e por vezes a informação estava muito repetida.

Outras das limitações deste estudo foram surgindo ao longo da colheita de dados, nomeadamente: a não especificação das patologias iniciais dos utentes, ou seja, quando o utente era detentor da patologia de AVC, não estava especificado se era AVC isquémico ou hemorrágico; outra situação semelhante aconteceu também nas Neoplasias que não eram distinguidas. Assim, como forma de contornar a situação, ao recolher os dados apenas se colocou o AVC e as Neoplasias em geral.

Este estudo pretendeu deixar contributos para o avanço do conhecimento científico na área dos cuidados continuados através da identificação das características dos utentes consumidores dos cuidados continuados. Os resultados demonstraram que a maior parte dos utentes tem patologias do sistema circulatório, teve alta das Unidades por atingir os objetivos e o seu principal cuidador é o cônjuge. Estes resultados dão suporte a possíveis propostas para os cuidados continuados, nomeadamente na adequação e promoção dos cuidados para a satisfação das necessidades individuais.

É importante que, futuramente, se proceda à reformulação/atualização dos registos do programa *Gestcare*, especialmente na avaliação demográfica e social do utente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2015). Acedido Março 10, 2014, em: <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7osRecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/OndeEstamos/tabid/1152/language/pt-PT/Default.aspx>
- ARS Norte – Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Acedido Março 10, 2014, em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Ficheiros/RNCCI>
- Cardoso A.T., Rainho J.M.C., Quitério P.C.M., Cruz V., Magano A.M.O. & Castro M. (2011). *Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC*. Acedido Fevereiro 03, 2014, em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000100017&lang=pt
- Care4it Health Care solutions. Gestcare CCI. (2014). Acedido Março 24, 2015, em: <http://www.care4it.pt/pt-pt/content/cuidados-continuados-integrados>
- Carvalho D.M. (2006). Epidemiologia – História e Fundamentos. In Medronho R.A. (ed. lit.), *Epidemiologia* (3-13). São Paulo: Atheneu.
- Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. (2013). Acedido Fevereiro 25, 2014, em http://www.esscyp.eu/files/escola/centro_de_bioetica/legislacao/Declara%C3%A7%C3%A3odeHels%C3%ADnquiadaAssocia%C3%A7%C3%A3oM%C3%A9dicaMundial.pdf
- Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho de 2006, Diário da República 1ª-série- A, nº 109 “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”.
- Dias M.E. & Ribeiro J.P. (2014). *Intervenção psicológica positiva em grupo: forças e virtudes na reabilitação pós-AVC*. Acedido Fevereiro 03, 2014, em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000100017&lang=pt

- Diniz F., Poeta A., Silva C., Pinto L. & Abreu S. (2003). *Relatório da cidade de Vila Real - Portugal*. Acedido Março 11, 2014, em http://home.utad.pt/~des/mt/relatorios/Vila_Real.pdf
- Entidade reguladora da saúde (2011). *Estudo do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde*. Acedido Fevereiro 17, 2014, em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/144/Relatorio_Cuidados_Continuados.pdf
- Entidade reguladora da saúde. (2013). *Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde*. Acedido Março 30, 2015, em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/824/Cuidados_continuados.pdf
- Ferraz I., Norton A. & Silveira C. (2013). *Depressão e acidente vascular cerebral: Causa ou consequência?* Acedido Fevereiro 03, 2014, em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132013000400002&lang=pt
- Ferreira P.L., Miguéns C., Gouveia J. & Furtado K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – Implementação nacional da Escala de Braden*. Loures: Lusociência.
- Gordis L. (2011). *Epidemiologia*. (4ª ed). Loures: Lusodidacta.
- Hernández-Aguado I., Miguel A. G. & Rodriguez M. D. (2011). *Manual de Epidemiología Y salud pública: para grados en ciencias de la salud*. (2ª ed). Editorial Medica: Panamericana.
- Impala. (2013). Acedido Março 12, 2014, em: <http://www.impala.pt/detail.aspx?id=93410>
- Instituto da Segurança Social (2013). *Guia prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Acedido Fevereiro 17, 2014, em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27187/rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci.
- Instituto Nacional de Administração. (2009). *Estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Relatório final*. Acedido

Março 30, 2015, em <http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/705/RelatorioFinalCaracterizacaoUtentesRNCCI.pdf>

Instituto Nacional De Estatística. Censos 2001/2012. (2010). Acedido Fevereiro 20, 2014, em www.ine.pt/

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. (2010) Acedido Abril 28, 2015, em http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf?ua=1

JeKel J. F., Katz D. L. & Elmore J. G. (2006). *Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva*. (2ª ed). Porto Alegre: Artmed.

Lopes A. & Lemos R. (2012). *Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa*. Acedido Março 01, 2014, em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10579.pdf>

Lopes M. (coord.), Mendes F., Escoval A., Agostinho M., Vieira C., Vieira I., Souza C., Cardoso S., Fonseca A., Novas V., Eliseu G., Serra I. & Morais C. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016- Cuidados Continuados em Portugal: analisando o Presente, perspetivando o futuro*. Acedido Março 27, 2014, em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSC1.pdf>

Lusa – Agência de Notícias de Portugal. (2014). Acedido Março 12, 2014, em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/populacao-de-chaves-em-vigilia-contrafecho-da-unidade-de-cuidados-continuados-1639732>

Martins M.M.F.P.S. (2002). *Uma crise acidental na família: O doente de AVC*. Coimbra: Formasau.

Nogueira J.M.A. (2009). *Cuidados continuados – Desafios*. Acedido Março 11, 2014, em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/cuidados_continuados_desafios_2012.pdf

Por data - Base de Dados Portugal Contemporâneo (2010). Acedido Fevereiro 17, 2014, em <http://www.pordata.pt/>

- Proença A., Figueiredo A., Jardim C., Balacó I., Judas F., Freitas J., Lourenço P., Matos P. & Cabral R. (2008). *Ortopedia traumatologia – Noções essenciais*. (2ªed.). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Quintal C., Lourenço O. & Ferreira P. (2012). *Utilização de cuidados de saúde na população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes*. Revista Portuguesa de Saúde Pública.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2007). Versão Revista.
- Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 2011. (2012). Acedido Março 30, 2015, em http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/683/relatorio_anual_2011_28marco2012.pdf.
- Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 1º semestre de 2014. (2014). Acedido Março 30, 2015, em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20do%20desenvolvimento%20e%20da%20atividade%20da%20RNCCI_1%C2%BA%20semestre%202014.pdf.
- Sands J.K. & Maxwell C.L. (2003) Intervenções junto de pessoas com problemas vasculares, degenerativos. In Phipps W.J., Sands J.K. & Marek J.F., *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. (6ª ed). (1975-2021). Loures: Lusociência.
- Santos, I. (coord.), Covita, H. & Pacheco, C. (2011). *Identificar necessidades de formação em cuidados continuados integrados*. Acedido Março 27, 2014, em [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/file840%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/file840%20(3).pdf)
- Smith K.R. (1968). *The risk tradition*. Honolulu, Environmental and Policy Institute.
- Sousa A.A.P. (2011). *A mobilidade nas cidades médias. Problemas e respostas locais – O caso de Vila Real*. Acedido Março 11, 2014, em <http://www.cm-santarem.pt/ordenamento/projectos/Documents/4.%C2%BA%20Congresso%20Internacional%20da%20Rede%20CIUMED/MUNIC%C3%8DPIO%20DE%20V>

[ILA%20REAL%20-%20A%20Mobilidade%20nas%20Cidades%20M%C3%A9dias.pdf](#) .

TV regiões. (2013). Acedido Março 12, 2014, em: <http://www.tvregioes.com/reabriuem-vila-pouca-de-aguiar-a-unidade-de-cuidados/>

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2007). *Orientações gerais de abordagem multidisciplinar e humanização e cuidados continuados integrados*. Acedido Fevereiro 17, 2014, em http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ori_2007.pdf

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009). *Modelo de Referenciação dos Utentes*. Acedido Fevereiro 17, 2014, em http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ModelodeReferenciacaoRNCCI_Setembro2009_corrigido.pdf

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *Manual do prestador – Recomendações para a melhoria contínua*. Acedido Fevereiro 17, 2014, em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI

Vermelho L.L. & Monteiro M.F.G. (2006). Transição Demográfica e Epidemiológica. In: Medronho R.A. (ed. lit.), *Epidemiologia* (91-93). São Paulo: Atheneu.

Weaver V. & Marek J.F. (2003). Intervenções em pessoas com problemas de pele. In Phipps W.J., Sands J.K. & Marek J.F., *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. (6ªed). (2335-2380). Loures: Lusociência.

ANEXOS

ANEXO I – Pedido de autorização enviada a todas as Unidades de Cuidados Continuados do distrito de Vila Real

Ana Luísa Sampaio Cruz, aluna do Mestrado de “Cuidados Continuados”, da Escola Superior de Saúde de Bragança – Instituto Politécnico de Bragança, encontro-me neste momento a desenvolver o Trabalho de Projeto com o tema “Perfil Epidemiológico dos utentes consumidores de Cuidados Continuados do distrito de Vila Real”. Este trabalho está a ser orientado pela Prof. Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia, Professora coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e pela Mestre Paula Eduarda Lopes Martins, responsável pela Unidade de Cuidados Continuados de Santa Maria Maior em Miranda do Douro e docente no Mestrado de Cuidados Continuados. Venho por este meio solicitar autorização para recolher dados, conforme o documento em anexo, inerentes aos utentes que estiveram internados desde a abertura das Unidades em 2006 até ao final de dezembro de 2013 nas unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados referente à Unidade de Longa Duração e Manutenção de Ribeira de Pena do distrito de Vila Real.

O objetivo geral deste estudo de investigação é: "Identificar/analisar as características familiares, sociais, demográficas e clínicas dos utentes consumidores de Cuidados Continuados no distrito de Vila Real, com o intuito de adequação e contribuição de cuidados e promoção da satisfação das necessidades individuais”.

Assim, solicito a V. Ex.^a que se digne providenciar no sentido de me ser concedida autorização para a recolha dos dados nas instituições referidas. Anexo a *Checklist* que servirá de guia orientador para a colheita de informação.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados obtidos e a sua utilização apenas neste estudo.

Para mais informação disponibilizo os meus contactos pessoais: luisa_cruz2006@hotmail.com; telemóvel: 933 160 796.

Desde já grata pela atenção dispensada.

Melhores cumprimentos,

Bragança, 16 de Junho de 2014

(Ana Luísa Sampaio Cruz)

ANEXO II- Instrumento de Recolha de Dados: Checklist para as Unidades de Cuidados Continuados

Dados sóciodemográficos

1- Idade:

_____ (anos)

2- Sexo

Masculino Feminino

3- Local de Residência (concelho):

Alijó
 Boticas
 Chaves
 Mondim de Basto
 Mesão Frio
 Montalegre
 Murça
 Peso da Régua
 Ribeira de Pena
 Sabrosa
 Santa Marta de Penaguião
 Valpaços
 Vila Pouca de Aguiar
 Vila Real
 Viana do Castelo
 Braga
 Porto
 Bragança
 Aveiro
 Viseu
 Guarda
 Leiria
 Coimbra
 Castelo Branco
 Santarém
 Portalegre
 Lisboa
 Évora
 Setúbal
 Beja
 Faro

4- Zona de Proveniência:

<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Urbana
--------------------------------	---------------------------------

Caraterísticas Sociais

5- Estado Civil:

<input type="checkbox"/> Solteira/o
<input type="checkbox"/> Casada/o /União de Facto
<input type="checkbox"/> Separada/o /Divorciada/o
<input type="checkbox"/> Viúva/o
<input type="checkbox"/> Outra _____

6- Habilitações Literárias:

<input type="checkbox"/> Sem Habilitações
<input type="checkbox"/> Até 4 anos
<input type="checkbox"/> De 5 a 9 anos
<input type="checkbox"/> De 10 a 12 anos
<input type="checkbox"/> Superior a 12 anos

7- Situação Profissional:

<input type="checkbox"/> Ativo /a	<input type="checkbox"/> Reformado /a	<input type="checkbox"/> Desempregado/a
-----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------------

8- Profissão/ocupação:

<input type="checkbox"/> Operadores de máquinas /fábricas
<input type="checkbox"/> Vendedores ambulantes, agricultura e pescas não qualificados, empregada doméstica
<input type="checkbox"/> Serviços e vendedores
<input type="checkbox"/> Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
<input type="checkbox"/> Pintores, costureiras
<input type="checkbox"/> Técnicos e profissionais do nível intermédio
<input type="checkbox"/> Administrativos
<input type="checkbox"/> Quadros superiores
<input type="checkbox"/> Especialistas/ profissões intelectuais e científicas

Caraterísticas Familiares

9- O utente tem Cuidador Principal:

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

10- Relação do Cuidador Principal (se tiver):

<input type="checkbox"/> Cônjuge
<input type="checkbox"/> Filho/a; Nora/genro
<input type="checkbox"/> Sobrinho/a; Tio/a
<input type="checkbox"/> Neta/o
<input type="checkbox"/> Mãe/pai
<input type="checkbox"/> Vizinhos/as
<input type="checkbox"/> Amigos/as
<input type="checkbox"/> Irmão(a)/cunhado(a)
<input type="checkbox"/> Lar
<input type="checkbox"/> Família de acolhimento

11- Diagnóstico Inicial/Patologia de Ingresso: _____

12- Tempo de Internamento em dias:

<input type="checkbox"/> Menos de 15
<input type="checkbox"/> Até 30
<input type="checkbox"/> Até 90
<input type="checkbox"/> Até 180
<input type="checkbox"/> > de 180

13- Proveniência do utente para a Unidades de Cuidados Continuados:

<input type="checkbox"/> Domicílio
<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Lar/Família de Acolhimento
<input type="checkbox"/> Outras Unidades da RNCCI

14- Tipologia de Internamento:

- Longa Duração e Manutenção
- Média Duração e Reabilitação
- Convalescença
- Paliativos

15- Motivo de saída:

- Óbito
- Agudização
- Transferência
- Alta a pedido
- Alta por atingir os objetivos

16-Destino depois da Alta:

- Domicílio
- Domicilio com Suporte Formal
- Domicilio com Suporte Informal
- Famílias de Acolhimento
- Lar/Resposta Social
- UCCI
- Hospital

17- Ano de Admissão: _____

18- Ano de Saída: _____