

**DIFERENÇAS NO PERFIL DOS UTENTES E SEUS CUIDADORES  
SEGUNDO O GÉNERO, NUMA UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E  
MANUTENÇÃO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS  
INTEGRADOS (RNCCI)**

**Eduarda Henrique Ascensão Faria**

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a  
obtenção do grau de mestre em Cuidados Continuados

**Bragança, maio de 2015**







**DIFERENÇAS NO PERFIL DOS UTENTES E SEUS CUIDADORES  
SEGUNDO O GÉNERO, NUMA UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E  
MANUTENÇÃO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS  
INTEGRADOS (RNCCI)**

**Eduarda Henrique Ascensão Faria**

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a  
obtenção do grau de mestre em Cuidados Continuados

Orientadora: Professora Doutora Augusta Mata  
Orientadora de estágio: Mestre Maria do Céu Mendes

**Bragança, maio de 2015**



## Resumo

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) faz parte de uma política social e de saúde, recente e inovadora, tendo em vista a igualdade de oportunidade e a prestação de cuidados continuados. Envolve a família e a comunidade como corresponsáveis pela melhoria do estado de saúde.

A Unidade de Cuidados Continuados constitui um ambiente, dentro do qual os profissionais promovem o bem-estar e qualidade de vida aos utentes com a prestação individualizada de cuidados sociais e de saúde.

Com o objetivo de estudar as diferenças no perfil dos utentes e seus cuidadores segundo o género, desenvolveu-se um estudo, de natureza transversal, do tipo descritivo, comparativo e com uma vertente correlacional.

Como instrumento de recolha de dados utilizou-se o questionário sociodemográfico e clínico dos utentes. Aplicou-se o MiniMental State (MMS) e o Índice de Barthel. Aplicou-se ainda um questionário sociodemográfico ao cuidador informal.

Os resultados obtidos permitem concluir que os utentes são na maioria do sexo feminino, viúvas, que têm proveniência em grande parte do domicílio. A média de idades é de 80,6 anos. A patologia mais frequente, ainda que mais incidente nos homens, foi o Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Os cuidadores são maioritariamente do género feminino, quanto ao grau de parentesco do cuidador face ao utente, no caso dos homens (utentes) são sobretudo filho/a e sobrinho, ao passo que na amostra de mulheres (utentes) há um claro predomínio de filhos/as (n=6; 50,0%) e neto/a (n=3; 25,0%).

Observa-se que a correlação entre o Índice de Barthel e o MMS é positiva, estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) e de moderada magnitude no caso das mulheres ( $r=0,51$ ) e na totalidade da amostra ( $r=0,62$ ), mas de forte magnitude no caso dos homens ( $r=0,77$ ).

Os motivos para a escolha da UCCI- ULDM Doce viver como unidade de internamento foram a proximidade geográfica e a sugestão dos técnicos.

**Palavras-chave:** RNCCI, Motivos de internamento, Cuidador informal.

## **Abstract**

The National Network of Integrated Continuous Care (NNICC) is part of a social and health policy, aiming for an equality of opportunity and the continuum care services. It involves family and community sharing responsibility for the improvement of the health status.

The Unit of Continuous Care is an environment within which professionals promote well-being and quality of life for clients with individualized social and health care services.

This is a study of cross-cutting nature, it is a descriptive, comparative and correlational type of study.

For data collection it was used a clients' clinic and sociodemographic questionnaire and applied the Mini Mental State and the Barthel Index. It was also applied a sociodemographic questionnaire to the informal caregiver.

The results showed that the clients are mostly female widows, and usually coming from domiciles.

The average age is 80.6 years. The most frequent and stated pathology was a stroke/Cerebrovascular Accident (CVA), although more common in men.

Caregivers are mostly females and regarding their kinship with the client there is clear predominance of sons/daughters whereas for men's clients are especially sons/daughters and nephews (n = 8; 47.1 %).

It is observed that the correlation between the Barthel index and the MMS is positive, statistically significant ( $p < 0.05$ ) and of moderate magnitude in which women ( $r = 0.51$ ) and the whole sample ( $r = 0.62$ ), but it is of strong magnitude for men ( $r = 0.77$ ).

The reasons for having chosen the UCCI- ULDM *Doce Viver* as the inpatient unit were the geographical proximity and the suggestion of technicians.

**Keywords:** RNCCI, admission reasons, informal caregiver.

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho à minha MÃE;  
Apesar de não estar mais entre nós, sempre acreditou nas minhas capacidades e  
incentivou-me para que desse continuidade à aprendizagem.



## **Agradecimentos**

- À Professora Doutora Augusta Mata, pela paciência, disponibilidade e incentivo ao longo deste tempo;
- À Mestre Maria do Céu Mendes (orientadora de estágio), pelo apoio, compreensão, pela aprendizagem proporcionada, pela riqueza da experiência profissional e pessoal, que me ofereceu no trabalho em equipa e também pela disponibilidade sempre demonstrada na troca de ideias;
- A todos os profissionais, colaboradores, cuidadores informais e utentes da Unidade de Longa Duração e Manutenção Doce Viver;
- Ao meu pai e irmã, pelo apoio e incentivo sempre mostrado, apesar de geograficamente distantes, e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida, em especial a minha mãe que desejava esta concretização e que nesta caminhada, a vida não o permitiu;
- Ao meu namorado, por ser o meu pilar, por ter estado sempre do meu lado em cada momento quero agradecer também à sua família pelo apoio incondicional;
- Às minhas amigas e amigos de Coimbra, Madeira e Bragança pela vossa amizade que têm resistido à distância que está imposta nas nossas vidas.
- Por fim e não menos importante, à Escola Superior de Saúde de Bragança, pela qualidade de ensino e pelos seus profissionais, em especial aos professores do mestrado em Cuidados Continuados.
- Considerando este trabalho, o resultado de uma longa e proveitosa caminhada de 2 anos, agradeço ainda a todos os outros, que tornaram possível este momento.

Muito Obrigada!



## **Abreviaturas e Siglas**

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CRP - Constituição da República Portuguesa

CVA - Cerebrovascular Accident

DGS - Direção Geral da Saúde

DSM IV - American Psychiatric Association

ECR - Equipa Coordenadora Regional

ECL - Equipa Coordenadora Local

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

MMS - MiniMental State

NNICC - National Network of Integrated Continuous Care

OMS - Organização Mundial de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Program for Social Sciences

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UMCCI - Unidade Missão Cuidados Continuados Integrados

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

WHO - World Health Organization

## Índice

Introdução.....	1
Parte I - Enquadramento Teórico .....	3
1. Cuidados Continuados Integrados .....	5
1.1 Missão e Objetivos da Rede.....	7
1.2 Princípios da Rede .....	7
1.3 Perfil dos Utentes da RNCCI.....	10
2. Unidade de Longa Duração e Manutenção.....	13
3. Envelhecimento .....	15
3.1 Autonomia e Dependência.....	16
3.2 A Dependência e o Declínio das Capacidades Cognitivas .....	17
3.3 Saúde e Doença na Vida Familiar.....	20
3.4 Família Unidade Básica de Suporte.....	22
3.5 Cuidado informal .....	24
3.5.1 O perfil do cuidador informal.....	26
4. Gerontologia Social em Cuidados Continuados.....	27
Parte II- Enquadramento Metodológico.....	29
5. Contextualização do contexto do estudo .....	31
5.1 Caracterização da Unidade de Cuidados Continuados Integrados - Unidade de Longa Duração e Manutenção Doce Viver .....	31
6. Metodologia.....	33
6.1 Tipo de estudo.....	33
6.2 Objetivos do estudo.....	34
6.3 População e amostra .....	34
6.4 Instrumentos e procedimentos de colheita de dados.....	35
6.4.1 Instrumentos de medida.....	35
6.5 Procedimentos éticos e deontológicos .....	37
6.6 Procedimentos estatísticos .....	37
6.7 Operacionalização das variáveis .....	38
7. Apresentação dos Resultados .....	41
7.1 Objetivo 1: Determinar o perfil sociodemográfico e clínico dos utentes .....	41
7.2 Objetivo 2: Determinar o perfil sociodemográfico do cuidador informal .....	44
7.3 Objetivo 3: Conhecer e identificar os principais motivos e razões para a eleição da unidade “Doce Viver” .....	48

7.4 Objetivo 4: Avaliar o perfil de dependência nas atividades básicas de vida diária (ABVD) e o estado cognitivo segundo o género. ....	50
8 Discussão dos resultados.....	57
Conclusão.....	63
Bibliografia .....	67
Apêndices.....	74
Apêndice I.....	75
Integração no campo de estágio .....	75
Principais atividades desenvolvidas com os utentes .....	75
Integração na Rede e Unidade Doce Viver .....	78
1. Reunião de Equipa Multidisciplinar .....	78
a) Visita técnica.....	78
b) Reuniões de acolhimento .....	78
c) Reuniões de planeamento de alta.....	79
d) Reuniões de Alta.....	79
2. Reuniões de acompanhamento social .....	79
Apendice II.....	80
Questionário recolha de dados referentes ao Utente .....	80
Questionário ao cuidador informal do utente.....	82
Apêndice III Plano esquemático da ação de formação .....	84
Apêndice IV Tertúlia de Viagem à Ilha da Madeira .....	85
Anexos .....	95
Anexo I Índice de Barthel – Atividades Básicas de Vida Diária .....	96
Pedido de autorização .....	97
Anexo II Mini Mental State (MMS) .....	99
Anexo III .....	102
Coeficiente de Variação .....	102
Intervalo de correlação .....	102

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 Utentes com idade superior a 65 anos evolução, UMCCI (2011) .....11

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição por Idade e Sexo 2011 -2012, UMCCI (2011) .....	11
Tabela 2 – Número de Jovens e de Idosos, Censos (2011).....	15
Tabela 3 – Índice de envelhecimento, Censos (2011) .....	16
Tabela 4 – Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, relativamente à variável contínua, idade dos utentes e dias de internamento .....	42
Tabela 5 – Caraterização geral da amostra (utentes) por género: frequência absoluta (n) e relativa (%) de respostas nas variáveis sociodemográficas. ....	43
Tabela 6 – Caraterização geral da amostra (utentes) por género frequência absoluta (n) e relativa (%) de respostas nas variáveis clínicas.....	44
Tabela 7 Caraterização do género dos cuidadores face ao género dos utentes: frequência absoluta (n) e relativa (%) de respostas ao questionário ao cuidador do utente internado na Unidade de Cuidados Continuados.....	45
Tabela 8 – Caraterização geral da amostra (cuidadores) por género: frequência absoluta (n) e relativa (%) de respostas ao questionário ao cuidador do utente internado na Unidade de Cuidados Continuados.....	46
Tabela 9 – Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, relativamente à variável contínua, idade dos cuidadores. ....	46
Tabela 10 – Continuação da caraterização geral da amostra (cuidadores) por género: frequência absoluta (n) e relativa (%) de respostas ao questionário ao representante do utente internado na Unidade de Cuidados.....	47
Tabela 11 – Principais motivos da escolha da unidade “Doce Viver” assinalados pela amostra de cuidadores.....	49
Tabela 12 – Caraterização geral da amostra (amostra) por género: frequência absoluta (n) e relativa (%) de respostas ao questionário Índice de Barthel – atividades básicas de vida diária.....	52
Tabela 13– Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, relativamente às variáveis contínuas.....	53
Tabela 14 – Frequência absoluta (n) e relativa (%) de sujeitos em cada pontuação do MMS. ....	53
Tabela 15 – Matriz de correlações entre as variáveis o Índice de Barthel, para a globalidade da amostra. ....	54

Tabela 16 – Matriz de correlações entre as variáveis o Índice de Barthel, para homens e mulheres.....	56
Tabela 17 – Correlação entre o Índice de Barthel vs Mini Mental State .....	56

## **Introdução**

O aumento da esperança média de vida, e o contínuo crescente do índice de envelhecimento suscita alterações na qualidade de vida das pessoas e na probabilidade do aumento da prevalência de doenças crónicas.

Dada à complexidade desta fase do ciclo de vida e o aumento do número de pessoas doentes, como resposta, além das existentes, surge em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados destina-se, de um modo geral, a pessoas com dependência funcional prolongada, com doença avançada ou terminal, pessoas com incapacidade e pessoas idosas com critérios de fragilidade. A interdisciplinaridade e a multidisciplinariedade são princípios da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, assim como a participação ativa do doente e familiares e a consequente responsabilização na prestação de cuidados (Decreto-Lei nº 101/2006 de 06 de junho, 2006).

O presente relatório enquadra-se, na unidade curricular Trabalho de Projeto/Estágio do Mestrado em Cuidados Continuados e, por opção própria, foi eleita a opção de estágio. O estágio com duração de 3 meses e uma carga horária de 240 horas, com início a 17 de Fevereiro de 2014 e com términos a 19 de Abril de 2014, foi desenvolvido na *Doce Viver*, Residencial Sénior que contempla duas respostas sociais: Residencial Sénior e Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) com a tipologia de Unidade Longa Duração e Manutenção (ULDm). Foi nesta última que se desenvolveu o estágio à qual se dedicou também uma componente de investigação.

No estágio surgiu a oportunidade de pôr em prática todos os conhecimentos adquiridos ao longo do primeiro ano de mestrado. Permitiu estar em contacto com a realidade dos cuidados continuados, sair da sala de aula e integrar uma equipa multidisciplinar e compreender toda a dinâmica da Unidade através da integração em equipa multidisciplinar e realização das atividades previstas.

Assim o presente estudo tem como objetivos:

- Determinar o perfil sociodemográfico e clínico dos utentes da Unidade de Cuidados Continuados Integrados Doce Viver, tipologia de Longa Duração e Manutenção.
- Determinar o perfil sociodemográfico do cuidador informal do utente da unidade de cuidados continuados integrados Doce Viver, tipologia de Longa Duração e Manutenção.
- Conhecer e Identificar os principais motivos e razões para a solicitação de internamento na Unidade de Cuidados Continuados Integrados Doce Viver, tipologia de Longa Duração e Manutenção.
- Avaliar o perfil de dependência nas atividades básicas de vida diária (ABVD) e o estado cognitivo através do (MMS) segundo, o género.

O presente relatório encontra-se dividido em duas partes essenciais. A primeira é constituída pelo enquadramento teórico, abordando a caracterização da Rede e descrição da Unidade de Longa Duração e Manutenção, perfil do utente da Rede seguindo-se a problemática do envelhecimento, dependência, saúde e doença na vida familiar, passando pela caracterização do perfil do cuidador e o contributo da gerontologia social nos cuidados continuados.

Na segunda parte incluiu-se o enquadramento metodológico utilizado para concretizar os objetivos propostos, assim como toda a investigação realizada. Por fim e não menos importante, procede-se a apresentação e discussão dos resultados e respetivas conclusões.

## **Parte I - Enquadramento Teórico**



## **1. Cuidados Continuados Integrados**

O envelhecimento da população e as mudanças das características da sociedade, a alteração dos estilos de vida, valores e papéis da família, leva a que haja um aumento das famílias de estrutura nuclear (Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (DGS), 2004). Neste sentido, para se poder manter as pessoas no seu ambiente familiar, há necessidade de apoio e suporte por parte das estruturas da sociedade.

No Plano Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas, são enunciadas as necessidades em cuidados continuados como sendo “ (...) indispensáveis a um sistema de saúde que se quer adequado para responder às necessidades de uma população que está a envelhecer” (Ministério da Saúde, DGS, 2006, p.6).

Para que a recuperação global das pessoas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida seja concretizada, exige uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados.

A Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é uma resposta nova às necessidades cada vez mais presentes na nossa sociedade. Com o aumento da esperança média de vida e conseqüente envelhecimento da população, existem mais pessoas adultas e idosos do que jovens na população portuguesa (Censos 2011 do INE) o aparecimento conseqüente de doenças crónicas evidencia a carência a nível da saúde e a nível do apoio social (Ramos, 2009).

Neste sentido, segundo (Ramos, 2009 p.6) tornou-se importante “a reorganização do sistema de saúde, uma mudança na sua cultura e a criação de respostas novas e diversificadas”.

O mesmo autor refere que reorganizar, passa pela adequação dos cuidados, às necessidades de reabilitação das funções básicas do indivíduo, após um episódio de doença aguda ou agudização de uma doença crónica. Para que isto aconteça, é importante a articulação do Sistema Nacional de Saúde, com os diversos serviços e equipamentos do sistema de Segurança Social. Afirma ainda que, o objetivo da criação da Rede em 2006 visou construir um nível intermédio de resposta, centrado no doente, que preencha a

lacuna existente entre os cuidados no hospital e a ida para o domicílio, permitindo-lhe a recuperação da autonomia para as atividades de vida diária.

O mesmo autor evidencia também que, no âmbito da atividade da Coordenação Nacional para as Pessoas Idosas e Cidadãos, iniciou-se o projeto de implementação de um novo modelo de Cuidados Continuados Integrados para o nosso país.

O objetivo era facilitar o estabelecimento de estratégias de intervenção, adequadas para a constituição de um novo espaço de cuidados de saúde e também de apoio social que contribuísse para dar uma resposta a quem necessitasse.

Em 2006 através do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho de 2006, foi criada a Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministros da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social.

Neste sentido, Cuidados Continuados Integrados são

“O conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrada na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar”  
(Artigo nº3 do Decreto-Lei101/2006, 6 de Junho).

A RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo hospitais, centros de saúde, serviços distritais, locais de segurança social e as autarquias locais.

Visa essencialmente proporcionar uma resposta adequada, e sustentável aos problemas detetados no âmbito da Saúde e Segurança Social através de uma atuação específica (Guerreiro, 2009).

## 1.1 Missão e Objetivos da Rede

De acordo com o artigo 4º do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, a RNCCI tem por Missão prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência, a qual se concretiza através dos seguintes objetivos:

- A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os apoios terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- O apoio, 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 continuados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

## 1.2 Princípios da Rede

A Rede baseia-se no respeito pelos seguintes princípios (artigo 6º do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho):

- Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- Continuidade de cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em Rede;
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;
- Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados;
- Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia;
- Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;
- Participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;
- Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Segundo Guerreiro (2011), a defesa da dignidade humana, a ética e a solidariedade constituem valores fundamentais em que assentam o direito à proteção da saúde e apoio social.

A humanização é central num processo de prestação de cuidados e no contexto da RNCCI, pelo que os direitos da pessoa em situação de dependência, são uma garantia constante no seu processo de assistência, nomeadamente o direito: À dignidade; À preservação da identidade; À privacidade; À informação; À não discriminação; À integridade física e moral; Ao exercício da cidadania; Ao consentimento informado das intervenções efetuadas.

O modelo de gestão da Rede assenta numa lógica de descentralização e contratualização de serviços. Compete à Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), enquanto estrutura organizadora e reguladora, tendo por compromisso não só garantir a sustentabilidade da RNCCI, mas também zelar pelo

acesso e benefício das pessoas aos Cuidados Continuados. Esta prestação é operacionalizada a nível regional e local (Equipas de Coordenação Regional (ECR) e Equipas de Coordenação Local (ECL), respetivamente. Esta estrutura descentralizada visa uma articulação efetiva e eficiente dos diferentes níveis e agentes da RNCCI, garantindo a flexibilidade e a sequencialidade na sua implementação, acompanhamento e monitorização, para além de assegurar o bom funcionamento do processo de gestão dos utentes (UMCCI, 2011).

O acesso à RNCCI é feito através das Equipas Coordenadoras Locais (ECL) que asseguram o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e atividades, no seu âmbito de referência.

São destinatários das unidades e equipas da Rede as pessoas que se encontrem em alguma das seguintes situações:

- a) Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro;
- b) Dependência funcional prolongada;
- c) Idosos com critérios de fragilidade;
- d) Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
- e) Doença severa, em fase avançada ou terminal.

O ingresso na Rede é efetuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência.

A admissão nas unidades de longa duração e manutenção e nas unidades de dia e de promoção da autonomia é determinada pela ECL, na decorrência de diagnóstico de situação de dependência.

Quando se preveja a necessidade de cuidados de apoio social, a proposta é determinada pelo responsável social da equipa de coordenação local da referida área.

Esgotado o prazo de internamento fixado e não atingidos os objetivos terapêuticos, deve o responsável da unidade ou equipa da Rede preparar a alta, tendo em vista o ingresso da pessoa na unidade ou equipa da Rede mais adequada, com vista a atingir a melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida.

A preparação da alta, referida anteriormente deve ser iniciada com uma antecedência suficiente que permita a elaboração de informação clínica e social, que habilite a elaboração do plano individual de cuidados, bem como a sequencialidade da prestação de cuidados, aquando do ingresso noutra unidade ou equipa da Rede.

A preparação da alta obriga que seja dado conhecimento aos familiares, à instituição de origem e ao médico assistente da pessoa em situação de dependência.

### 1.3 Perfil dos Utentes da RNCCI

Após a descrição da Rede importa caracterizar o perfil dos utentes, dados relevantes que permitam conhecer a população que necessita destes serviços.

Esta breve caracterização diz respeito aos utentes do nosso país referenciados para a RNCCI, durante o período de 1 de Janeiro de 2011 a 6 de setembro de 2012. Foram admitidos na RNCCI, 37.871 utentes (Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2013)).

Segundo a UMCCI, registou-se uma média de idade de 74,9 anos, sendo a idade mínima de um ano e a máxima de 106 anos. Refira-se que metade dos utentes tinham 78 ou mais anos de idade e 75% dos utentes tinham 69 anos ou mais. No que diz respeito ao género, 55,9% são do género feminino e 44,1% são do género masculino. No que concerne ao estado civil a maior parte dos utentes que tinham esta informação associada refere-se que 50% são casados sendo que mais de 30% são viúvos. Os utentes apresentam baixa escolaridade, tendo a amostra considerada indicado que cerca de 29% dos utentes não tem escolaridade e 61% tem apenas até seis anos de escolaridade. Quanto à profissão foram identificados, 28.508 registos válidos que descrevem a profissão dos utentes em quatro grupos: não qualificados, qualificados, intermédios e especialista, a grande maioria refere-se a trabalho não qualificado. Quanto à autonomia física dos utentes admitidos, 95% dos utentes são dependentes (ERS, 2013).

Segundo o Relatório de monitorização da RNCCI (2012), o grupo etário com idade superior a 80 anos representa 44,5% dos utentes de ambos os sexos.

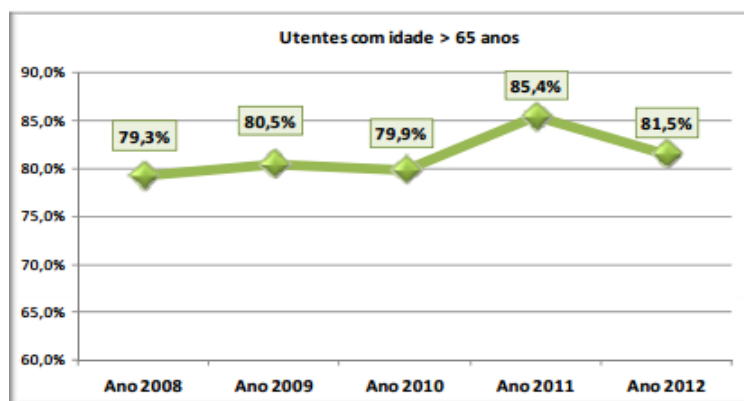
Anteriormente em 2009, o mesmo grupo etário representava 42%, 40% em 2010 e 39% em 2011, sendo a maior até ao momento. Significa que quase metade dos utentes da RNCCI representa uma população muito envelhecida.

Na tabela 1 encontram-se a distribuição por sexo e grupo etário, comparativos entre 2011 e 2012:

**Tabela 1 – Distribuição por Idade e Sexo 2011 -2012, UMCCI (2011)**

Idade e Sexo				
	Feminino		Masculino	
Grupo etário	2011	2012	2011	2012
18-49	2,1%	1,8%	3,6%	2,9%
50-64	5,6%	5,7%	8,8%	8,0%
65-79	20,6%	18,7%	18,9%	18,3%
>80	25,3%	27,1%	15,0%	17,4%
<b>Total</b>	<b>53,6%</b>	<b>53,4%</b>	<b>46,4%</b>	<b>46,6%</b>

No gráfico1 mostra a evolução do número de utentes da Rede com idade superior a 65 anos, como já referido anteriormente, uma percentagem elevada de população envelhecida.



**Gráfico 1 Utentes com idade superior a 65 anos evolução, UMCCI (2011)**



## **2. Unidade de Longa Duração e Manutenção**

A prestação dos cuidados continuados (artigo 12.º - Decreto Lei nº 101/2006 de 6 de Junho) é assegurada por Unidades de Internamento, Unidades de Ambulatório, Equipas Hospitalares e Equipas Domiciliárias.

As unidades de internamentos são constituídas por Unidades de Convalescença, Unidades de Media Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção, e Unidades de Cuidados Paliativos.

No presente estudo, atendendo ao local onde foi desenvolvido o estágio será apenas descrita a Unidade de Longa Duração e Manutenção.

A Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. Esta unidade pode ainda, proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

A ULDM é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura designadamente:

- a) Atividades de manutenção e de estimulação;
- b) Cuidados de enfermagem diários;
- c) Cuidados médicos;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Controlo fisiátrico periódico;
- g) Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;

- h) Animação Sociocultural;
- i) Higiene, conforto e alimentação;
- j) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- k) Apoio nas atividades instrumentais da vida diária.

### 3. Envelhecimento

O envelhecimento da sociedade é uma realidade inevitável, resultado de um aumento da longevidade humana. Segundo os Censos (2011), verificou-se que na região Centro há um desequilíbrio demográfico, a percentagem de jovens recuou de 15% em 2001 para 13,7% em 2011. Contudo, a percentagem de idosos aumentou de 19,5% para 22,4%.

Neste sentido, a tabela 2 mostra que na última década, na região Centro, agravou-se a diferença entre a percentagem de jovens e idosos. Em 2011, a percentagem de idosos é de 22,4% contra 13,7% de jovens.

Tabela 2 – Número de Jovens e de Idosos, Censos (2011)

ESTRUTURA ETÁRIA DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR SEXO (%)	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
<b>Jovens</b>						
Centro	15,01	15,90	14,17	13,72	14,70	12,81
Portugal	16,00	16,95	15,11	14,89	15,93	13,93
<b>Idosos</b>						
Centro	19,45	17,18	21,56	22,41	19,83	24,78
Portugal	16,35	14,16	18,40	19,03	16,69	21,17

O envelhecimento da população, verificado na última década, ocorreu de forma generalizada em toda o país. Na região Centro, em 2001 o índice de envelhecimento passou de cerca de 130 idosos por cada 100 jovens. Enquanto que existiam 163 idosos por cada 100 jovens (Censos, 2011). Na tabela 3 verifica-se o aumento no Índice de Envelhecimento:

**Tabela 3 – Índice de envelhecimento, Censos (2011)**

ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
Centro	129,60	108,03	152,11	163,43	134,85	193,38
Portugal	102,23	83,56	121,78	127,84	104,77	151,98

O aumento da longevidade na nossa sociedade levanta novos desafios, nomeadamente ao nível da saúde, porque esta constitui um recurso essencial para a melhoria da qualidade de vida e manutenção de um envelhecimento saudável e ativo (Sequeira, 2010).

Segundo Vigia (2012), têm sido apresentadas várias propostas da definição de envelhecimento. Os autores definem, de um modo diferente o que se entende por envelhecimento mas na generalidade referem-se a um processo, que devido ao avançar da idade, atinge a pessoa ao nível bio-psico-social.

Uma das características do envelhecimento é a variabilidade inter-individual e intra-individual. Deste modo, podemos ver o envelhecimento como experiência, dado que o mesmo está profundamente relacionado com as vivências de cada pessoa e com as suas crenças e valores e práticas associadas à velhice (Teixeira, 2010).

Com o avançar da idade o organismo desgasta-se, a esse processo chamámos de envelhecimento humano, é um processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social, que se desenvolve ao longo da vida (Ministério da Saúde, 2004).

Envelhecimento normal representa, as alterações biológicas e universais que ocorrem com a idade e que não são afetadas pela doença e pelas influências ambientais (WHO, 2001).

As capacidades de adaptação de pessoas com mais idade diminuem com o envelhecimento, gerando mais sensibilidade ao meio ambiente que é um determinante na qualidade de vida.

### 3.1 Autonomia e Dependência

Adoecer, perder a autonomia e ficar dependente, são situações que causam desequilíbrio individual e no contexto familiar (Santos e Neves, 2014).

“A autonomia é uma necessidade básica do ser humano, essencial ao bem-estar” (Santos e Neves, 2014, p.11).

Segundo a WHO (2002) citado por Sequeira (2010) o conceito de autonomia refere-se à capacidade percebida para controlar, lidar com situações e tomar decisões sobre a vida quotidiana de acordo com as próprias regras e preferências. Autonomia é a capacidade que cada pessoa tem para cuidar de si própria, capacidade de adaptação ao meio e ser responsável pelas suas ações.

O conceito de autonomia refere-se à capacidade da pessoa para gerir a sua vida pessoal, ou seja, tomar as suas próprias decisões.

No contexto dos cuidados na RNCCI, a dependência “é a situação em que se encontra na pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós- traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária” (Decreto-Lei n.º 101, de 6 de junho, 2006, p.3857).

O conceito de dependência está relacionado com a incapacidade da pessoa para satisfazer as suas necessidades básicas. Uma pessoa dependente necessita de ajuda de terceiros para realizar as suas atividades. Sequeira (2010) entende por dependência, a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades.

### 3.2 A Dependência e o Declínio das Capacidades Cognitivas

A idade avançada traz consigo maior fragilidade e, por consequência, mais doenças, tanto a nível físico como psíquico.

Em Portugal, mais de 70.000 idosos são afetados por um processo de demência, na maioria dos casos pela doença de Alzheimer ou outras similares (Sequeira, 2010).

“O declínio das funções cognitivas ocorre em consequência do processo de envelhecimento, sendo este fenómeno de ocorrência universal” (Luders & Storani, 1996 p.146).

A demência é um termo genérico que caracteriza síndromes de várias etiologias, cujo aspecto fundamental consiste na deterioração intelectual, adquirida devido a uma causa orgânica não específica (Sequeira, 2010).

A demência é definida como um síndrome resultante de doença cerebral caracterizada pela deterioração progressiva a nível cognitivo, psicológico e comportamental que tem um impacto significativo no próprio doente e na sua família (Barreto, 2005).

“As demências são, hoje em dia, uma realidade direta ou indiretamente experimentada pela quase totalidade dos portugueses. Rara é a família onde não há pelo menos um caso e a perspetiva para os próximos anos não é encorajadora” (Barreto, 2010, p. XVI).

A demência surge na sequência de uma doença cerebral, normalmente de natureza crónica, progressiva e com perturbação de múltiplas funções corticais, na qual a característica essencial consiste no comprometimento da memória de fixação e evocação, associada ao comprometimento do pensamento abstrato, do julgamento, de outras alterações da função cortical superior e mudanças da personalidade (American Psychiatric Association [DSM- IV], 2000).

O mesmo autor refere que, esses distúrbios interferem no quotidiano da pessoa, isto é, no trabalho, no desempenho das atividades de vida diária, assim, há uma alteração da memória associada a um comprometimento de, pelo menos, uma ou outra função cognitiva (linguagem, praxias, gnosias ou funções executivas) (Sequeira, 2010).

O processo demencial acarreta na pessoa com demência um impacto psicológico: a deterioração cognitiva, a existência de comportamentos problemáticos e a dependência nas atividades de vida diária, o que traduz uma redução da qualidade de vida (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit e Whitlatch, 1997 citado por Sequeira, 2010).

A demência não deve ser considerada uma doença, mas sim uma síndrome, ou seja um conjunto de sinais e sintomas, que podem ter várias etiologias e englobar várias doenças (Barreto, 2005 citado por Sequeira2010).

A demência é considerada como um processo patológico com vários estádios, sendo que no primeiro não se verificam grandes mudanças no funcionamento cognitivo.

Segundo Sequeira, (2010) na demência ligeira surgem perturbações de memória, da linguagem, da atenção, da orientação, da capacidade de resolução de problemas, da

personalidade, do humor, da vida pessoal e social, havendo também apatia, desinteresse e irritabilidade. Já a demência moderada existe quando há um agravamento das perturbações anteriores, e surgem alterações do ritmo sono-vigília, alucinações e fenómenos delirantes com alterações psico-comportamentais, instalando-se a afasia, apraxia e agnosia. A demência grave manifesta-se quando surge a dependência total, com comprometimento da capacidade de execução das atividades de vida diária. A pessoa com demência apresenta incontinência de esfíncteres, perde os reflexos da marcha e na mobilidade, surge a atrofia muscular e as complicações associadas à imobilidade.

A demência irreversível, degenerativa mais comum e frequente, é a demência de Alzheimer, representa 45% das síndromes demenciais e 75% das demências irreversíveis (Fontaine, 2000 citado por Costa, 2012).

Segundo Firmino (2010), ao longo da última década assistiu-se à publicação da legislação para promover instituições de cuidados continuados (recentemente dirigido para os doentes mentais). Os utentes com “demência encontram-se órfãos de uma proteção, dada a omissão de referência destes utentes como possíveis usuários destes serviços” (p. XIII).

Este tipo de cuidados estarão eventualmente, mais próximos dos recursos e intensidade de cuidados existentes atualmente na tipologia de convalescença, mas cuja permanência destes utentes excederá em muito o período de 30 dias consecutivos para a permanência nesta tipologia (Mendes, F., Escoval, A., Agostinho, M., Vieira, C., Vieira, I., Sousa, C., et al.2010).

Através do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, é definida a Rede da Saúde Mental que cria respostas de cuidados continuados nesta área, mas que carece de regulamentação e de estratégias de implementação.

Em 2012, ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações, teve como plano de ação “Saúde, Bem-estar e Condições de Vida” Gabinetes de Apoio a Cuidadores – criação de gabinetes para apoio interdisciplinar à prestação de cuidados às pessoas idosas com demência. Assim como, Descanso do/a Cuidador/a na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – ampliar a possibilidade de internamento, em situações temporárias decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do/a principal cuidador/a (Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações Programa de Ação, 2012 | Portugal).

No Plano Nacional de Saúde, em 2016 a RNCCI dará resposta às necessidades do país, prevenindo as especificidades regionais, incluindo as vertentes dos Cuidados Paliativos e Cuidados de Saúde Mental, onde também se incluem as demências. Esta resposta assentará numa perspetiva multisectorial onde a Saúde, Segurança Social e as autarquias assumirão um papel muito importante (Mendes, F., Escoval, A., Agostinho, M., Vieira, C., Vieira, I., Sousa, C., et al. 2010).

Uma síndrome demencial tem repercussões no doente e em toda a família, tendo dois alvos distintos: o utente e a família, com maior incidência no familiar cuidador. Muitas famílias confrontam-se com a dor de um familiar atingido por uma demência. No entanto, verifica-se que nos diferentes contextos em que se desenvolvem as ações de diagnóstico e de intervenção, a primazia da atenção centra-se na pessoa doente (Costa, 2012).

### 3.3 Saúde e Doença na Vida Familiar

Toda a rede social de apoio formal ou apoio familiar às pessoas doentes deve ter como objetivo principal a prevenção e a promoção da saúde.

"Assim como existe uma forma saudável de definir e viver a doença, existe um desafio constante para manter e representar positivamente o estado de saúde" (Bolander, 1998; citado por Albuquerque e Oliveira, 2002).

Saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais sujeitos a constantes avaliações e mudanças (Lopes, Ribeiro, Santo, Ferreira & Frederico, 2012).

Cada pessoa vive a doença e a saúde segundo os seus valores individuais, as definições de saúde e doença variam de acordo com os valores pessoais, grupo etário e classe social (Bolander, 1998).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948) definiu Saúde como um estado de total bem-estar físico, mental e social, em todo o seu contexto e não apenas a ausência de doença.

Segundo a Carta de Ottawa (1986) citada por Duarte, (2010) é reconhecido que a promoção da saúde constitui o processo de capacitação da comunidade para participarem na melhoria da sua qualidade de vida, entendendo que a equidade em saúde é um dos

focos da sua promoção, cujas ações visam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável.

Na Constituição da República Portuguesa (CRP) é referido como direito a todos os cidadãos a proteção na saúde conferida através do Sistema Nacional de Saúde (SNS) como universal, geral e tendencialmente gratuita (tendo em consideração as condições económicas e sociais dos indivíduos) (Artigo 64º - Saúde – Lei n.º 1/2001 de 12 dezembro).

“A implementação de cuidados de pós agudos e de longa duração são uma prioridade internacional, condicionada pela pressão do envelhecimento populacional e pelo aumento dos níveis de dependência” (Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI, 2012, p.7).

Não podemos descorar que a doença atinge unicamente o doente e deve ser considerada uma doença da família (Proença, 2012).

A doença é parte inevitável e normal da experiência humana, apesar de todos os avanços da ciência, tecnologia e da medicina, a doença não deixa de atingir os indivíduos independentemente da idade e as suas famílias. O número de pessoas, independentemente da idade que sobrevivem com problemas de certa forma incapacitantes está a aumentar (Marques 2007).

Segundo Capelo (2002) citado por Marques (2007) a realidade que um doente pode esperar não é animadora. Mudança profunda no sistema de valores e nos estilos de vida, juntamente com os diversos problemas sociais, têm tornado mais complexa a vida social do doente e da família sujeita a transformações e crises.

Tal como cada pessoa é um ser único, a doença pode ser encarada de forma diferente, consoante a pessoa ou a família. O doente tem que aprender a viver com a doença, assim como, os restantes elementos da família devem aprender a responder da melhor forma à doença. Para ambos a experiência comporta dificuldades emocionais (Oliveira, 1994 citado por Marques, 2007).

De acordo com Nogueira (2012) ter que cuidar de uma pessoa doente e dependente, no seio familiar, não é tarefa fácil, sendo que altera toda a dinâmica familiar e todo o equilíbrio existente.

No âmbito dos cuidados continuados a Doença Crónica é “a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada” (UMCCI, 2011, p.139). É caracterizada pela sua permanência e requer longos períodos de tratamento e internamento, o que implica um ajuste em todas as áreas da vida (Elhart et al 1983 citado por Augusto, 2002).

“Uma doença aguda é um processo repentino e brusco de curta duração, mas que causa uma destruição grave no indivíduo e na família” (Murray 1989, citado por Augusto 2002, p.44).

Em suma, tanto a doença crónica como a doença aguda devem ser geridas, uma vez que afetam a vida familiar, o relacionamento com outras pessoas e com os cuidados de saúde. Por outro lado, a família, amigos, vizinhos, grupo social mais alargado e profissionais de saúde podem funcionar como elementos facilitadores ou não no tratamento e adaptação às doenças.

### 3.4 Família Unidade Básica de Suporte

Segundo Stanhope e Lancaster, (1999) família é composta por um grupo de dois ou mais indivíduos, que pertencem ao mesmo ou a diferentes grupos de parentesco, pelo nascimento, casamento e adoção, que estão em contínua adaptação à vida, experimentando emoções comuns e partilhando entre si e com outros, obrigações.

Todas as pessoas são diferentes, todas as famílias também são. Não há famílias iguais, cada família é única e tem a sua própria dinâmica.

“A doença, a incapacidade e a morte são experiências universais que põem as famílias perante um dos maiores desafios da vida” (Rolland, 2000, citado por Guadalupe 2012, p.183).

Em cada fase da vida, a família tem funções que desempenha de forma a assegurar o prosseguimento do ciclo de vida Bolander (1998).

Os acontecimentos da vida individual adquirem o seu significado no seio da família que, através da mesma são colocados à experiência, o nascer, o crescer, o envelhecer, o procriar, a doença e o morrer (Marques, 2007).

A família em Portugal e nos países do sul da Europa é considerada a unidade básica de suporte a todos aqueles que precisam de cuidados, sejam crianças, jovens, adultos ou idosos (Figueiredo, 2006 citada por Costa, 2012).

Segundo Ackerman (1986, p. 29) “A família é a unidade básica do crescimento e experiência, desempenho ou falha. É também a unidade básica de doença e saúde”.

O conceito de família tem sofrido muitas alterações nos últimos tempos. Antigamente o papel de cuidar da família e dos doentes eram atribuídos à mulher, o que atualmente não se verifica.

Ao longo da história, a família tem sido a principal responsável pela manutenção da autonomia dos seus membros, o que tem implicações na prestação de cuidados em determinados contextos. Com o desenvolvimento da ciência e da medicina, assistiu-se a um período em que a prestação de cuidados ficou quase em exclusivo sob a responsabilidade das instituições (Sequeira, 2010).

Com as mudanças socioeconómicas decorrentes da Revolução Francesa houve uma alteração na estrutura familiar. Esta revolução originou um término no matrimónio sacramental, surgindo o casamento civil. A revolução industrial desencadeou movimentos migratórios da população dos meios mais pequenos para as grandes cidades, assim, o ciclo das relações familiares também diminuíram. Estas transformações originaram outras mudanças, nomeadamente o aumento da participação ativa das mulheres no mercado de trabalho (Varela, 1993 citado por Marques, 2007).

Neste contexto, surgiu a família nuclear, composta apenas pelo marido, mulher e filhos, família reduzida, mas com vertente socioeconómica elevada com a desvantagem do processo educativo e de apoio aos seus membros.

Apesar de todas estas alterações na família, “esta constitui ainda a linha da frente da relação humanizada, personalizada e dignificante da pessoa, em qualquer fase da vida e em qualquer idade em que esta se encontra” (Augusto, 2002, p. 40).

Num estudo desenvolvido pelo mesmo autor, com o objetivo de identificar as dificuldades sentidas pelos familiares ao cuidar do seu familiar “doente”, após a alta da unidade de cuidados continuados, realçou que a maioria dos indicadores (67.86%), referem alguma dificuldade em aceitar a ida do familiar doente para casa, principalmente

por lhes causar transtorno na vida familiar, tendo também receio relativamente aos cuidados que o mesmo irá necessitar.

A estrutura da família é uma rede de completo bem-estar de sentimentos e emoções de afeiçoamento, partilha de experiências vividas, que acolhem todos os seus elementos que desempenham um papel importante de um todo comum, onde subsistem os laços de coesão social.

### 3.5 Cuidado informal

No âmbito do cuidado informal, os cuidados são executados preferencialmente no domicílio e habitualmente ficam sob a responsabilidade de um dos elementos da família, dos amigos, vizinhos ou outros, sendo estes, designados por cuidadores informais. Os amigos ou vizinhos por vezes assumem este papel em situações pontuais, quando se verifica inexistência de nenhum elemento capaz de assumir o papel de cuidador (INSERSO, 1995; De La cuesta, 2004 citado por Sequeira, 2010).

Ao longo dos tempos a função de cuidar tem estado essencialmente associado à família (Lage, 2005).

“Denominam-se de cuidados informais os que são executados de forma não antecipada, não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas uma parte dos mesmos (Sequeira, 2010, p.156)”.

O desempenho de papel de cuidador informal é uma realidade complexa, que ultrapassa amplamente o mero apoio às pessoas dependentes na realização das suas atividades de vida diária. Os cuidadores informais são os primeiros responsáveis pela saúde dos doentes na família, frequentemente são parceiros quase invisíveis para os Serviços de Saúde e também para os Serviços Sociais. Na realidade, os cuidadores informais preenchem as lacunas dos serviços oficiais providenciando, no contexto Europeu, cerca de 80% de todos os cuidados (Hoffman & Rodrigues, 2010 citado por Pereira, 2011).

Neste sentido, os cuidadores informais assumem, um papel primordial de grande importância na nossa sociedade, com implicações significativas em termos económicos, sociais e humanos (Sequeira, 2010).

Na atualidade, as questões em torno dos cuidadores informais aumentam, tendo em conta o envelhecimento da população, fruto de um contínuo aumento da esperança média de vida; as mudanças do contexto social caracterizado por alterações nas estruturas familiares, pelo ingresso das mulheres no mundo do trabalho, ou ainda, pelo progressivo aumento da idade de acesso à reforma; a alteração das políticas sociais que apelam à permanência de idosos dependentes nos seus ambientes familiares; as novas políticas de saúde com valorização dos tratamentos ambulatoriais e diminuição dos tempos de demora média de internamento (García, 2010; Gil, 2010; Karsch, 2003; Lage, 2005; Sequeira, 2010, entre muitos outros autores cit. Pereira 2011).

Segundo Calvente et al. (2004) citado por Pereira (2008), o cuidado informal, é entendido como uma das funções básicas da vida familiar, baseia-se em relações afetivas e de parentesco no qual o resto da sociedade raramente se implica. Desenvolve-se num contexto doméstico, sendo uma tarefa não remunerada e, na maior parte das vezes, prestado por mulheres.

O suporte social pode constituir um bom agente da perceção da sobrecarga quando percebido, uma vez que nem sempre este equivale ao suporte social existente (Ribeiro,1999).

Segundo Sequeira (2010), a inexistência de um cuidador informal ou a incapacidade para o desempenho do papel, leva a que, a prestação de cuidados recaia sobre as instituições de saúde e de apoio social, às quais estão associados custos exorbitantes para todos.

Yuaso (2000) citado por Sequeira (2010), referem que a vantagem de possibilitar um suporte adequado de apoio ao familiar responsável, sob a forma de intervenções psicoeducacionais, parecem ser consideráveis e reforçadas pela carência habitual de outras formas de suporte como o familiar ou social.

A interação de uma pessoa responsável pelo utente dependente é uma relação interpessoal, fruto de um passado vivenciado, mediado pelos sentimentos que fluem entre ambos (Sequeira, 2010).

Reconhecer que os cuidadores são agentes fundamentais na prestação de cuidados de saúde a longo prazo deve constituir uma prioridade tendo em conta ao aumento da prevalência de doenças crónicas associadas a uma maior longevidade, de modo a que quem cuida não ficar por cuidar (Sequeira, 2010).

### 3.5.1 O perfil do cuidador informal

A literatura, no âmbito dos cuidados informais, tem focado a sua atenção no cuidador principal. No entanto, a tarefa de cuidar, por vezes, é também auxiliada por outros cuidadores nomeadamente o cuidador secundário.

Segundo Néri e Carvalho (2002) citado por Sequeira (2010) diferenciam de acordo com o contexto de cuidar: o cuidador informal, em cuidador principal/ primário; cuidador secundário e cuidador terciário, surgindo a existência de uma rede de cuidadores e não apenas um único cuidador.

O ato de cuidar pode ser encarado, como assistência a alguém com necessidades, contudo, trata-se de uma atividade complexa, com dimensões psicológicas, éticas sociais, demográficas, clínicas que ultrapassam um carácter meramente assistencial (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

A maior parte da responsabilidade dos cuidados ao domicílio à pessoa dependente, são assegurados pelo cuidador principal. Assim sendo, o cuidador principal é responsável pela colaboração ao nível das atividades básicas e instrumentais da vida diária. Pertencem, na sua maioria, ao sexo feminino, com idades compreendidas entre os 45 e 60 anos, existindo uma proximidade geográfica entre estes e os idosos recetores de cuidados, e acumulando, muitas vezes, a tarefa de cuidar com a vida profissional (Pereira, 2008).

Relativamente aos cuidadores secundários, estes aparecem como complemento aos cuidadores principais. Os cuidadores secundários, normalmente são amigos, vizinhos ou familiares que, embora estejam presentes regularmente na vida da pessoa, “têm um envolvimento secundário quando comparado como cuidador principal, proporcionando a maior parte da ajuda nas tarefas menos intensivas” (Pereira, 2008, p. 26).

#### **4. Gerontologia Social em Cuidados Continuados**

Em Portugal nos últimos 20 anos, o aumento das pessoas idosas dependentes e com doenças crónicas favoreceu o acréscimo da necessidade de cuidados pessoais, sociais e de saúde a nível formal e informal (Campos, 2008 citado por Carvalho, 2012).

O fenómeno do envelhecimento impõe a necessidade de preparação e adequação dos serviços, incluindo a capacitação e formação dos profissionais. Neste sentido, a heterogeneidade do envelhecimento exige conhecimentos sólidos que abram os horizontes para a valorização da diversidade da experiência humana (Paúl e Ribeiro, 2012).

Do Grego “gero”, significando “velho” e “lógia”, significando “estudo”, o termo “Gerontologia” foi introduzido em 1903 pelo biólogo russo Metschnikoff na obra “Etudes sur la nature humaine: essai philosophie optimist”.

Segundo Lowenstein (2004) citado por Pereira (2008) a Gerontologia, desde os anos 90, evidencia um quadro de valores próprios, um carácter interdisciplinar operando tecnologias específicas e é suportada por programas académicos reconhecidos internacionalmente.

A gerontologia é definida como a ciência que estuda o processo de envelhecimento humano nas suas vertentes biológicas, psicológicas e sociais. A gerontologia deve ser abordada tanto na perspectiva de ciência de base como na perspectiva de ciência aplicada (Fernando-Ballesteros, 2012). Neste sentido, Ballesteros (2000) citado por Sánchez Millán, P.-A., Ureña Villanueva, F., & Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (2002) salientam que Gerontologia Social engloba o estudo multidisciplinar do processo de envelhecimento e da velhice e se concentra nas suas consequências sociais, influências ambientais e socioculturais em ações sociais que podem beneficiar as pessoas mais velhas. Esta ciência recente em Portugal, mais do que conhecer e prever, induz mudança, através da sua intervenção a nível das respostas atuais às questões do envelhecimento (Sá, 1999).

Para além dos aspetos demográficos do país, a sua relevância deve-se à introdução de novos modelos e práticas no setor dos cuidados de saúde e sociais, com a

implementação de serviços de carácter comunitário e domiciliário, que enfatizam os conceitos de participação, segurança e bem-estar como pilares fundamentais do exercício dos valores de cidadania ao longo do ciclo de vida.

“A questão essencial que se coloca a uma nova profissão é a sua pertinência social, real e simbólica, isto é, a sua utilidade social no espaço das profissões e ocupações já existentes. No caso da gerontologia a pertinência social está ligada aos fenómenos demográficos do envelhecimento nas sociedades ocidentais. O envelhecimento natural destas sociedades, nas quais a proporção de idosos e muito idosos aumenta constantemente, atingindo, na atualidade, níveis próximos de um terço da população total de muitos países, colocou na ordem do dia a problemática dos idosos e do envelhecimento. Essa problemática, de cariz multidisciplinar, tem, entre outros, contornos políticos, económicos, culturais, psicossociais, médicos e humanos” (Pereira, 2009 p. 3).

Os profissionais de gerontologia podem vir a integrar-se na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em Unidades, nas equipas multi e interdisciplinares, são profissionais dotados das várias áreas do saber referentes ao envelhecimento como referido anteriormente.

A gerontologia em conjunto com o serviço social pode, produzir, e chegar a conclusões muito produtivas em prol dos utentes e das suas famílias no contexto dos cuidados continuados. São áreas distintas comuns em alguns pontos mas que a sua interdisciplinaridade, palavra esta que tem sido usada de modo indiferenciado, representando tanto uma forma de diluir as fronteiras como uma forma de potenciar a transversalidade do conhecimento entre ambas (Carvalho, 2012).

## **Parte II- Enquadramento Metodológico**



## **5. Contextualização do contexto do estudo**

No âmbito do mestrado em Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, surgiu a oportunidade de desenvolver a investigação em contexto de estágio, na Residencial Sénior Doce Viver e Cuidados Continuados Integrados. A seguinte investigação pretende dar resposta aos objetivos delineados na introdução ao relatório.

### **5.1 Caracterização da Unidade de Cuidados Continuados Integrados - Unidade de Longa Duração e Manutenção Doce Viver**

A Residencial Sénior Doce Viver e Cuidados Continuados Integrados, situada a 15km de Coimbra e a 5km da localidade de Condeixa-a-Nova, mais concretamente na vila de Bruscos, ocupa uma área de 2.200 m<sup>2</sup> e é circundada por 10.000 m<sup>2</sup> de espaço verde e de reserva natural bastante amplos. Este facto permite aos utentes usufruir dos espaços exteriores quando as condições meteorológicas assim o permitem. Favorece também um bom descanso; estimula o tratamento e a reabilitação, através da criação de um bom ambiente de convívio entre os utentes e a equipa de profissionais. Os mesmos espaços permitem passeios agradáveis, atividades lúdicas ao ar livre e oferecem uma vista agradável de alguns dos quartos dos utentes.

No interior existem duas valências com capacidade para 61 utentes: residencial sénior com lotação para 42 camas, e unidade de cuidados continuados integrados com lotação para 19 camas. A tipologia da Unidade de Cuidados Continuados Integrados é de Longa Duração e Manutenção que dispõe de 12 quartos, 4 individuais e 8 duplos, todos eles com algumas ajudas técnicas. Beneficiam também do conforto de casas de banho privativas. Também se encontram ao dispor uma sala de estar, uma sala de refeições, um bar, uma biblioteca com acesso a internet, uma capela, uma sala de formação, um cabeleireiro, um gabinete médico e de serviço social e um gabinete de enfermagem.

Segundo o Guia de Acolhimento da Unidade Doce Viver, a criação da unidade foi o concretizar de um sonho de três enfermeiros que ambicionavam prestar cuidados de saúde e manutenção de excelência, para garantir a melhor qualidade de vida possível dos utentes que necessitem de cuidados de saúde e/ou apoio social.

Esta unidade entrou em funcionamento no dia 15 de Janeiro de 2009. Trata-se de uma unidade de internamento, de carácter temporário com prestação de apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças crónicas, com diferentes níveis de dependência e que independentemente da idade, não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio (conforme Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho de 2006).

Esta unidade abraça como missão a prestação de um serviço de excelência num ambiente de conforto, bem-estar e requinte, proporcionando cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência e/ou doença, favorecendo o conforto e o bem-estar, com vista à maior qualidade de vida possível dos utentes e das suas famílias/pessoas significativas.

Para alcançar essa meta traçaram os seguintes objetivos:

- a) Promover serviços que permitam a satisfação das necessidades humanas básicas (alojamento, alimentação, cuidados de saúde, fisioterapia, cuidados de higiene e conforto, atividades socioculturais, de ocupação e lazer) e a manutenção dos hábitos de vida diária.
- b) Prevenir a dependência, promover a autonomia, promover a reabilitação e a readaptação dos utentes.
- c) Trabalhar em parceria com o utente e sua família/pessoas significativas na prestação de cuidados, reforçando a participação e responsabilização dos seus familiares no processo de cuidados do utente.

Nesta unidade promove-se a qualidade de vida, bem como o envelhecimento ativo. Os utentes estão em atividades de ocupação e lazer todos os dias da semana incluindo sábado e domingo. No apêndice I encontra-se descrito a integração no campo de estágio assim como, as principais atividades realizadas, durante o estágio, onde tive participação ativa.

## 6. Metodologia

O conhecimento pode ser adquirido de diferentes formas, sendo uma delas a investigação científica, um método que está assente num processo racional e rigoroso, que pode ser corrigido/reformulado de acordo com a sua progressão e é dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos (Fortin,1999).

“A “Metodologia”, “métodos” e mesmo “técnicas” são termos que surgem na literatura para designar os diversos meios que ajudam e/ou orientam o investigador na sua busca do conhecimento” (Charles, 1997; Macmillian & Schumaker,1997) referido por Coutinho 2011 p.22).

“A metodologia (...) procura descrever e analisar os métodos, alterar para os seus limites e recursos, clarificar os seus pressupostos e consequenciais (...) os objetivo da metodologia é ajudar-nos a compreender, não os resultados do método científico, mas o próprio processo em si” (Coutinho, 2011 p. 23).

### 6.1 Tipo de estudo

É essencial definir o tipo de estudo, pois difere consoante a orientação que o investigador pretende atribuir ao seu trabalho e essencialmente, da questão colocada (Fortin,1999).

O presente estudo, de natureza transversal, é do tipo descritivo, comparativo com uma vertente correlacional.

Para Fortin (1999) um estudo de natureza transversal visa sobretudo a recolha de informação e avaliação, num só momento.

Segundo Fortin (1999), o estudo descritivo consiste em descrever um fenómeno relativo a uma população, de forma a estabelecer as características de uma amostra ou população.

Um estudo correlacional baseia-se na relação estatística entre duas variáveis (Silva, 2014).

Importa referir, que um estudo de carácter descritivo não pretende explicar o porquê de determinados fenómenos, pretende apenas apresentar o que se encontrou (Aday, 1989, citado por Ribeiro, 2010).

## 6.2 Objetivos do estudo

Face ao contexto acima descrito e atendendo ao estudo que havíamos decidido desenvolver, delineámos os seguintes objetivos:

- Determinar o perfil sociodemográfico e clínico dos utentes da Unidade de Cuidados Continuados Integrados Doce Viver, tipologia de Longa Duração e Manutenção.
- Determinar o perfil sociodemográfico do cuidador informal do utente da unidade de cuidados continuados integrados Doce Viver, tipologia de Longa Duração e Manutenção
- Conhecer e Identificar os principais motivos e razões para a solicitação de internamento na Unidade de Cuidados Continuados Integrados Doce Viver, tipologia de Longa Duração e Manutenção.
- Avaliar o perfil de dependência nas atividades básicas de vida diária (ABVD) e estado cognitivo através do (MMS) segundo, o género.

## 6.3 População e amostra

Segundo Fortin (1999), uma população é um conjunto de sujeitos que partilham as mesmas características, definidas por um conjunto de critérios. Já a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente.

De acordo com a mesma autora (p. 202), “Amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”.

A amostra “ (...) é constituída pelos elementos da população, selecionados para participar num estudo”, (Tuckman, p. 188).

Apesar de a unidade dispor de 19 camas, a população de utentes é formada por 24 sujeitos. Desde que comecei o estágio até o dia em que terminei tiveram alta da unidade 5 utentes e voltaram a entrar mais 5 que foram incluídos no estudo, dos quais 7 são do género masculino e 17 do género feminino, de idades compreendidas entre os 48 e os 95 anos.

Dos cuidadores informais dos 23 utentes, sendo que uma utente não tinha cuidador, apenas 19 sujeitos, quiseram participar, de idades compreendidas entre os 30 e os 69 anos, correspondente a 19 utentes internados na ULDM, durante o período de estágio.

#### 6.4 Instrumentos e procedimentos de colheita de dados

Para a realização deste estudo foi elaborado um instrumento de recolha de dados com duas partes distintos, sendo que, uma parte foi aplicada aos utentes e outra aos seus cuidadores informais (apêndice II).

##### 6.4.1 Instrumentos de medida

No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos de medida:

- Questionário Sociodemográfico e clínico ao utente que inclui também a aplicação de duas escalas (Índice de Barthel e Mini Mental State) validadas e adaptadas à população portuguesa que visam a caracterização do perfil do utente.
- O Índice de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965; Wade e Colim, 1988 referenciados por Sequeira, 2010) é um instrumento de avaliação das atividades básicas de vida diária (ABVD). Este índice é composto por dez ABVD, cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação 0 corresponde à dependência total. A dependência é pontuada com 5, 10 ou 15 pontos em função do índice. A cotação máxima varia entre 0 e 100 pontos, variando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, ou seja, quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência de acordo com:

- 90 a 100 pontos independente;
- 60 a 89 grau de dependência ligeiramente dependente;
- 40-35 Grau de dependência moderadamente dependente;
- 20 a 35 grau de dependência severamente dependente;
- <20 Grau de dependência totalmente dependente (Sequeira, 2010).

Atendendo a que a pontuação obtida por alguns utentes não se incluía em nenhum dos intervalos definidos anteriormente, no presente estudo recorreu-se a seguinte distribuição:

- 1 90-100 Independente
- 2 60-89 Ligeiramente dependente
- 3 40-59 Moderadamente dependente
- 4 20-39 Severamente dependente
- 5 <20 totalmente dependente

- Mini Mental State (MMS), Folstein e McHught (1975) traduzido e adaptado à população portuguesa por Guerreiro e col. (1994). Este instrumento possibilita uma avaliação breve do estado mental. Permite avaliar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva, em que cada resposta correta é cotada como um ponto. A sua cotação global varia entre 0 e 30, sendo os valores de corte para a população portuguesa, a partir dos quais se considera com defeito cognitivo (Sequeira, 2010):

- Se o sujeito não tem escolaridade e obtém uma pontuação  $\leq 15$  pontos;
- Se o sujeito tem 1 a 11 anos de escolaridade e obtém uma pontuação  $\leq 22$ ;
- Se o sujeito tem escolaridade superior a 11anos e obtém uma pontuação  $\leq 27$  pontos.

- Questionário Sociodemográfico ao cuidador informal composto por questões relativas à caracterização sociodemográfica e aos motivos pela qual escolheram esta unidade para o internamento do utente.

#### 6.4.2 Procedimento de recolha de dados

Num primeiro momento, os dados foram recolhidos numa entrevista individual a cada utente, com consulta aos respetivos processos e aplicativo da Rede e aplicação das escalas.

Num segundo momento, através de uma entrevista, foram recolhidos os dados relativamente a cada cuidador informal.

#### 6.5 Procedimentos éticos e deontológicos

A ética é a ciência da moral e a arte de conduzir a conduta, (Fortin,1990).

Os procedimentos éticos e deontológicos foram tidos em conta, dado que a informação recolhida para efeitos de investigação foi devidamente autorizada superiormente (consulta dos processos individuais dos utentes internados, assim como do aplicativo).

Previamente utentes e cuidadores foram convidados a participar no estudo e esclarecidos dos objetivos da investigação, garantindo a confidencialidade dos dados de modo a que, a sua participação fosse voluntária. Foram ainda esclarecidos que se quisessem desistir ou interromper a sua participação tinham plena liberdade para o fazer, bem como o acesso aos resultados do estudo. Para além disso, a ficha estruturada por nós, com a finalidade de recolha de informação, assim como o questionário efetuado ao cuidador informal, não fazia parte o nome do utente nem do cuidador informal, nem qualquer outra variável que por si só os identificasse positivamente.

#### 6.6 Procedimentos estatísticos

O tratamento dos dados é efetuado através da utilização do programa informático Statistical Program for Social Sciences (SPSS versão 20.0).

O nível de significância estatístico adotado foi de 5% ( $\alpha=0,05$ ).

A análise descritiva de dados incidiu sobre a frequência absoluta ( $n$ ) e a frequência relativa (%) para as variáveis qualitativas, e sobre a média, desvio-padrão valores mínimo e máximo. A dispersão foi ainda analisada pelo coeficiente de variação (CV) (anexo III).

O estudo da normalidade das distribuições foi realizado pelo teste de Shapiro-Wilk ( $n < 50$ ). As variáveis com nível de significância igual ou inferior a 5% ( $p \leq 0,05$ ) foram consideradas com distribuição não-normal; as variáveis com nível de significância superior a 5% ( $p > 0,05$ ) foram consideradas com distribuição normal.

O estudo da correlação entre variáveis foi efetuado pelo coeficiente de correlação de Pearson (variáveis com distribuição normal) ou pelo coeficiente de Spearman (variáveis com distribuição não-normal). A interpretação da magnitude da correlação foi efetuada pelo intervalo de correlação de Pestana & Gageiro (2005) (anexo III).

Os dados são apresentados sob a forma de tabelas que ajudam a explicitar melhor os resultados.

#### 6.7 Operacionalização das variáveis

Tendo em vista o estudo estatístico a efetuar, houve necessidade de proceder à operacionalização das variáveis:

As variáveis sociodemográficas em estudo foram: idade, estado civil, sexo, profissão. As variáveis clínicas estudadas foram: motivo de internamento (patologias), proveniência e dias de internamento.

**Concelho** - Para mensurar esta variável foi formulado uma questão aberta, posteriormente operacionalizada em 5 opções de resposta: Coimbra; Cantanhede; Castelo Branco; Condeixa - à - Nova; Montemor - o - Velho.

**Idade do cuidador informal e utente** – Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma pergunta aberta. Questionada enquanto variável contínua, obtém-se uma resposta mais concreta (Fortin, 2009). Para facilitar a análise foi recodificada em classes etárias estabelecendo classes de amplitude 10, originando uma variável nominal grupo etário utente <65 anos; 65-74 anos; 75-85 anos;  $\geq 85$  anos, grupo etário cuidador: < 40 anos; 41-50 anos; 51-60 anos; > 61 anos.

**Estado Civil** – Para operacionalizar esta variável, foi elaborada uma questão fechada com cinco alternativas de resposta: Casado; Viúvo; Divorciado; Solteiro;

**Proveniência** – Indica de onde é que o utente veio referenciado. Para operacionalizar esta variável foi efetuada uma pergunta fechada, com três hipóteses de resposta:

Domicílio, Hospital, Outra Unidade.

**Habilitações Literárias** – Para avaliar esta variável formulou-se uma questão fechada e foram agrupadas as habilitações literárias em quatro grupos: não frequentou; 1º Ciclo; 2º Ciclo; Ensino Secundário Ensino superior.

**Profissão anterior ao internamento** – Com esta variável pretendeu-se conhecer a situação profissional anterior ao internamento do utente, através de uma pergunta aberta. Posteriormente procedeu-se á reformulação da mesma em grupos profissionais: Funcionário público; Trabalhador fabril; Pedreiro; Agricultor/a; Sem profissão; Eletricista; Doméstica; Educadora de infância; Auxiliar de ação médica.

**As variáveis clínicas, consideradas foram as seguintes:**

**Previsão da alta** – Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma questão fechada e dicotómica, com duas alternativas de resposta: Sim ou Não; Aquando da resposta negativa, foi dada a possibilidade de resposta livre. Posteriormente estas respostas foram operacionalizadas em 4 alternativas: Vaga Cativa, Situação Tutorial, Situação jurídica, Sem motivo.

**Motivo de internamento** – Esta variável diz respeito ao diagnóstico principal ou, motivo pela qual o utente foi aceite na unidade. Para operacionalizar esta variável, foi elaborada uma questão aberta onde foram enumeradas as patologias, posteriormente operacionalizadas em: AVC; Problemas cardíacos; Coreia de Huntington; Degeneração cerebral; Demência+diabetes+HTA; Neoplasia; Infecção intestinal; Epilepsia + infeção respiratória; Infecção respiratória; HTA+Diabetes; Oclusão de artérias cerebrais; Descanso do cuidador.

**Destino Pós Alta?** – Para operacionalizar esta variável foi, elaborada uma questão fechada com 5 opções de resposta: Instituição; Transferência para outra unidade; Domicílio; Cuidados paliativos, outra situação.



## 7. Apresentação dos Resultados

Nesta parte serão analisados os principais resultados provenientes dos factos observados na colheita de dados.

### 7.1 Objetivo 1: Determinar o perfil sociodemográfico e clínico dos utentes

Pela Tabela 4, verifica-se que a idade dos utentes do sexo masculino varia entre 48 anos e 93 anos, a média de idade para o sexo masculino é  $77,7 \pm 14,90$  anos. Já no que diz respeito ao sexo feminino, as idades variam entre 51 anos e 95 anos, a média de idade do sexo feminino é  $81,8 \pm 11,81$  anos. Em ambos os sexos, as idades variam entre 48 anos e 95 anos, a média total das idades é  $80,6 \pm 12,59$  anos.

No que respeita ao grupo etário dos utentes, os homens situam-se maioritariamente nos 75-85 anos ( $n=4$ ; 57,1%), ao passo que as mulheres na classe  $\geq 85$  anos ( $n=9$ ; 52,9%), ainda que também haja uma proporção considerável na classe 75-85 anos ( $n=5$ ; 29,4%)

A contabilização dos dias de internamento dos utentes são desde o dia em que entraram para a unidade até ao último dia do estágio. Quanto aos dias de internamento, no caso dos homens, 87 dias no mínimo e 1554 dias no máximo já no caso das mulheres o mínimo de dias foi 1 dia e o máximo 1339 dias. Em termos globais, os dias de internamento variam no mínimo de 1 dia e no máximo de 1554 dias.

Tabela 4 – Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, relativamente à variável contínua, idade dos utentes e dias de internamento

	Homens		Mulheres		Total da amostra	
	M	DP	M	DP	M	DP
<b>+ Idade (utentes)</b>	77,7 (48-93)	14,90	81,8 (51-95)	11,81	80,6 (48-95)	12,59
<b>+ Dias de internamento</b>	375,4 (87-1554)	533,5	356,5 (1-1339)	468,0	362,0 (1-1554)	476,1
	n	%	n	%	n	%
<b>+ Grupo etário (utente)</b>						
<65 anos	1	14,3	2	11,8	3	12,5
65-74 anos	---	---	1	5,9	1	4,2
75-85 anos	4	57,1	5	29,4	9	37,5
>85 anos	2	28,6	9	52,9	11	45,8

Pela Tabela 5, verifica-se que a principal proveniência geográfica dos utentes é do concelho de Coimbra ( $n=20$ ; 83,3%), tendo os homens vindo maioritariamente do regime domiciliário ( $n=3$ ; 42,9%) e do hospital ( $n=3$ ; 42,9%). Também a maioria das mulheres provêm do domicílio ( $n=12$ ; 70,6%), seguido do hospital ( $n=3$ ; 17,6%).

Quanto ao estado civil, em termos globais, predominam os viúvos ( $n=14$ ; 58,3%) e casados ( $n=6$ ; 25,0%). A proporção de divorciados e solteiros é reduzida ( $n=2$ ; 8,3%).

Verifica-se um baixo grau de escolaridade em ambos os géneros. Nos homens predomina a frequência do 1º ciclo ( $n=5$ ; 71,4%), sendo que os restantes não têm escolaridade; na amostra de mulheres predomina o analfabetismo ( $n=8$ ; 47,1%), seguindo-se da frequência do 1º ciclo ( $n=7$ ; 41,2%). Uma mulher frequentou o 2º ciclo e outra, o ensino superior.

Antes do internamento, os homens registam uma grande dispersão por diferentes atividades profissionais, ainda que a mais saliente seja a de agricultor ( $n=2$ ; 28,6%); já a maioria das mulheres desempenhou sobretudo funções domésticas ( $n=12$ ; 70,6%). Quanto à questão “tem cuidador/a?”, a maior parte dos sujeitos afirmou que sim (Homens:  $n=5$ ; 71,4%; Mulheres:  $n=14$ ; 82,4%).

Em relação ao destino no pós alta da unidade, constata-se que a maior parte dos homens irá ficar institucionalizado ( $n=4$ ; 57,1%) e um regressará ao domicílio. Por sua vez, a maioria das mulheres irá para o domicílio ( $n=8$ ; 47,1%), ainda que uma parte considerável irá para uma instituição ( $n=7$ ; 41,2%).

Tabela 5 – Caracterização geral da amostra (utentes) por género: frequência absoluta (n) e relativa (%) de respostas nas variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Homens (n=7)		Mulheres (n=17)		TOTAL (n=24)	
	n	%	n	%	n	%
<b>+ Concelho de residência</b>						
Coimbra	6	85,7	14	82,4	20	83,3
Cantanhede	1	14,3	---	---	1	4,2
Castelo Branco	---	---	1	5,9	1	4,2
Condeixa - à - Nova	---	---	1	5,9	1	4,2
Montemor - o -Velho	---	---	1	5,9	1	4,2
<b>+ Proveniência</b>						
Domicílio	3	42,9	12	70,6	15	62,5
Hospital	3	42,9	3	17,6	6	25,0
Outra unidade	1	14,3	2	11,8	3	12,5
<b>+ Estado civil</b>						
Casado/a	1	14,3	5	29,4	6	25,0
Viúvo/a	2	28,6	12	70,6	14	58,3
Divorciado/a	2	28,6	---	---	2	8,3
Solteiro	2	28,6	---	---	2	8,3
<b>+ Habilitações literárias</b>						
Não frequentou	2	28,6	8	47,1	10	41,7
1º ciclo	5	71,4	7	41,2	12	50,0
2º ciclo	---	---	1	5,9	1	4,2
Ensino superior	---	---	1	5,9	1	4,2
<b>+Profissão antes do internamento</b>						
Funcionário público	1	14,3	---	---	1	4,2
Trabalhador fabril	1	14,3	---	---	1	4,2
Pedreiro	1	14,3	---	---	1	4,2
Agricultor/a	2	28,6	2	11,8	4	16,7
Sem profissão	1	14,3	---	---	1	4,2
Eletricista	1	14,3	---	---	1	4,2
Doméstica	---	---	12	70,6	12	50,0
Educadora de infância	---	---	1	5,9	1	4,2
Auxiliar de ação médica	---	---	1	5,9	1	4,2
Sem profissão	---	---	1	5,9	1	4,2
<b>+ Tem cuidador/a?</b>						
Sim	5	71,4	14	82,4	19	79,2
Não	2	28,6	3	17,6	5	20,8
<b>+ Destino pós alta?</b>						
Domicílio	1	14,3	8	47,1	9	37,5
Óbito	---	---	1	5,9	1	4,2
Instituição	4	57,1	7	41,2	11	45,8
Transferência de outra unidade	1	14,3	---	---	1	4,2
Cuidados paliativos	---	---	1	5,9	1	4,2
Outra	1	14,3	---	---	1	4,2

Pela Tabela 6, referente à frequência absoluta (n) e relativa (%) de sujeitos da amostra em algumas variáveis clínicas, verifica-se que 4 homens (57,1%) e 11 mulheres (64,7%)

têm previsão de alta. Entre aqueles que não têm previsão de alta, em termos globais, a maioria é justificada por terem vaga cativa ( $n=5$ ; 55,6%), seguindo-se a situação jurídica ( $n=2$ ; 22,2%), o regime tutorial ( $n=1$ ; 11,1%) e sem motivo ( $n=1$ ; 11,1%).

Nas duas amostras, o principal motivo do internamento, ainda que mais incidente nos homens, foi o AVC (H:  $n=4$ ; 57,1%; M:  $n=3$ ; 17,6%) seguido da patologia cardíaca, 2 Homens (28,6%) e 2 Mulheres (11,8%) e o motivo de descanso do cuidador constituía a causa de internamento de 2 Mulheres (8,3%).

Tabela 6 – Caracterização geral da amostra (utentes) por género frequência absoluta (n) e relativa (%) de respostas nas variáveis clínicas.

Variáveis	Homens (n=7)		Mulheres (n=17)		TOTAL (n=24)	
	n	%	n	%	n	%
<b>+ Previsão de alta</b>						
Sim	4	57,1	11	64,7	15	62,5
Não	3	42,9	6	35,3	9	37,5
<b>+ Se respondeu não, porquê?</b>						
Vaga cativa	2	66,7	3	50,0	5	55,6
Tutorial	1	33,3	---	---	1	11,1
Situação jurídica	---	---	2	33,3	2	22,2
Sem motivo	---	---	1	16,7	1	11,1
<b>+ Motivo de internamento</b>						
AVC	4	57,1	3	17,6	7	29,2
Problemas cardíacos	2	28,6	2	11,8	4	16,7
Koreia de Huntington	1	14,3	---	---	1	4,2
Degeneração cerebral	---	---	2	11,8	2	8,3
Demência*diabetes*HTA	---	---	1	5,9	1	4,2
Neoplasia	---	---	2	11,8	2	8,3
Infeção intestinal	---	---	1	5,9	1	4,2
Epilepsia+infeção respiratória	---	---	1	5,9	1	4,2
Infeção respiratória	---	---	1	5,9	1	4,2
HTA+Diabetes	---	---	1	5,9	1	4,2
Oclusão de artérias cerebrais	---	---	1	5,9	1	4,2
Descanso do cuidador	---	---	2	11,8	2	8,3

## 7.2 Objetivo 2: Determinar o perfil sociodemográfico do cuidador informal

A análise da Tabela 7 permite verificar a presença de elementos de ambos os géneros como cuidadores. Contudo, se na amostra de cuidadores de utentes homens há um relativo equilíbrio entre homens e mulheres cuidadores, já naqueles que cuidam de mulheres

registra-se a presença de uma maior frequência de pessoas do género feminino ( $n=10$ ; 83,3%). No global da amostra verifica-se uma percentagem de 37% de cuidadores do género masculino e 63% do feminino.

Tabela 7 Caracterização do género dos cuidadores face ao género dos utentes: frequência absoluta ( $n$ ) e relativa (%) de respostas ao questionário ao cuidador do utente internado na Unidade de Cuidados Continuados.

Variáveis	Homens Cuidadores ( $n=7$ )		Mulheres Cuidadoras ( $n=12$ )	
	$n$	%	$n$	%
<b>+ Género do utente</b>				
Homens	3	42,9	2	16,7
Mulheres	4	57,1	10	83,3
Total	7	100,0	12	100,0

A análise da tabela 8 permite verificar que a amostra de cuidadores dos homens apresenta idades maioritariamente situadas no estrato 51-60 anos ( $n=3$ ; 42,9%), ao passo que os cuidadores das mulheres têm maioritariamente idades superiores a 61 anos ( $n=5$ ; 41,7%).

Quanto ao parentesco do cuidador face ao utente, no caso dos homens são sobretudo os filhos/as, ( $n=4$ ; 57%) seguido dos sobrinhos ( $n=2$ ; 28,6%) ao passo que na amostra de mulheres se verifica igualmente um predomínio de filhos/as ( $n=6$ ; 50,0%) e dos netos/as ( $n=3$ ; 25,0%).

Quando interrogados sobre se, se consideram o principal responsável pelos cuidados, a resposta é maioritariamente “não” na amostra de homens ( $n=5$ ; 71,4%) e “sim” na amostra de mulheres ( $n=9$ ; 75,0%)

Tabela 8 – Caracterização geral da amostra (cuidadores) por género: frequência absoluta (n) e relativa (%) de respostas ao questionário ao cuidador do utente internado na Unidade de Cuidados Continuados.

Variáveis	Homens (n=7)		Mulheres (n=12)		TOTAL (n=19)	
	n	%	n	%	n	%
<b>1. Grupo etário (cuidador)</b>						
<40 anos	1	14,3	3	25,0	4	21,1
41-50 anos	2	28,6	3	25,0	5	26,3
51-60 anos	3	42,9	1	8,3	4	21,0
>61 anos	1	14,3	5	41,7	6	31,6
Total	7	100,0	12	100,0	19	100,0
<b>2. Parentesco</b>						
Filho/a	4	57,1	6	50,0	10	52,6
Sobrinho	2	28,6	---	---	2	10,5
Tia	---	---	1	8,3	1	5,3
Irmão/ã	---	---	1	8,3	1	5,3
Neto/a	1	14,3	3	25,0	4	21,1
Prima	---	---	1	8,3	1	5,3
Total	7	100,0	12	100,0	19	100,0
<b>3. Considera-se o/a principal responsável pelos cuidados?</b>						
Sim	2	28,6	9	75,0	11	57,9
Não	5	71,4	3	25,0	8	42,1
Total	7	100,0	12	100,0	19	100,0

Pela tabela 9, verifica-se que a média de idades do cuidador informal é 51,7 anos no global da amostra. A mesma tabela permite ainda verificar que os homens apresentam idades médias mais elevadas que as mulheres (53,5 anos vs 51,1 anos respetivamente).

Tabela 9 – Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, relativamente à variável contínua, idade dos cuidadores.

	Homens		Mulheres		Todos	
	M	DP	M	DP	M	DP
Idade (cuidadores)	53,4	7,89	51,1	14,45	51,7	12,87
Min; Max	(47-67)		(30-69)		(30-69)	

Na Tabela 10 estão expressas as respostas dos cuidadores acerca da possibilidade do seu familiar regressar para a sua residência após alta. A sua análise permite verificar que a resposta negativa foi prevalente para a maioria dos homens (n=6; 85,7%) e “sim” para as mulheres (n=7; 58,3%), respetivamente.

Para os cuidadores que responderam “não”, no caso das mulheres (n=5; 100,0%), e 83,3% dos que cuidam de homens já pensaram noutra situação. Ou seja, genericamente

pensam em interná-los numa instituição. Apenas um cuidador de uma mulher pensa em interná-la nos cuidados paliativos.

Quando questionados sobre a possibilidade do doente vir a necessitar de cuidados informais e se estariam na disposição de assumir este papel, a maior parte daqueles que cuidam de homens afirmou que “não” ( $n=6$ ; 85,7%), enquanto a maior parte daqueles que cuidam de mulheres respondeu afirmativamente ( $n=8$ ; 66,7%), ainda que uma frequência considerável também decline esta responsabilidade ( $n=4$ ; 33,3%).

Ao nível da satisfação com os cuidados prestados, em termos globais, regista-se uma total satisfação ( $n=18$ ; 94,7%).

Tabela 10 – Continuação da caracterização geral da amostra (cuidadores) por género: frequência absoluta ( $n$ ) e relativa (%) de respostas ao questionário ao representante do utente internado na Unidade de Cuidados.

Variáveis	Homens ( $n=7$ )		Mulheres ( $n=12$ )		TOTAL ( $n=19$ )	
	$n$	%	$n$	%	$n$	%
<b>6. Após alta:</b>						
<b>6.1. Há possibilidade do seu familiar voltar para a sua residência?</b>						
Sim	1	14,3	7	58,3	8	42,1
Não	6	85,7	5	41,7	11	57,9
<b>6.1.1. Se respondeu não, já pensou noutra situação?</b>						
Sim	5	83,3	5	100,0	10	90,9
Não	1	16,7			1	9,1
<b>6.1.2. Se sim, qual?</b>						
Instituição	4	80,0	5	100,0	9	90,0
Cuidados paliativos	1	20,0	---	---	1	10,0
<b>6.2. Na possibilidade do doente necessitar de cuidados informais, estaria na disposição de assumir este papel?</b>						
Sim	1	14,3	8	66,7	9	47,4
Não	6	85,7	4	33,3	10	52,6
<b>6.2.1. Satisfação com os cuidados</b>						
Muito	---	---	1	8,3	1	5,3
Totalmente	7	100,0	11	91,7	18	94,7

### 7.3 Objetivo 3: Conhecer e identificar os principais motivos e razões para a eleição da unidade “Doce Viver”

Na Tabela 11 observa-se a frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de algumas questões colocadas ao representante do doente internado na Unidade de Cuidados. Em relação aos motivos que os levaram a escolher a unidade de cuidados “Doce Viver” para internarem o utente, foram para a globalidade da amostra:

- Proximidade geográfica (*n*=12; 63,2%);
- Sugestão de técnicos (*n*=12; 63,2%);
- Já frequentou anteriormente (*n*=5; 26,3%);
- Descanso do cuidador (*n*=3; 15,8%).

Os seguintes motivos não foram assinalados pelos cuidadores como a principal razão da escolha:

- Confiança na qualidade dos cuidados (*n*=18; 94,7%);
- Sugestão de amigos ou familiares (*n*=18; 94,7%);
- Conhecimento obtido pela internet (*n*=19; 100%);
- Observação de publicidade (*n*=19; 100%).

Tabela 11 – Principais motivos da escolha da unidade “Doce Viver” assinalados pela amostra de cuidadores

Motivos assinalados*	Homens (n=7)		Mulheres (n=12)		TOTAL (n=19)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Proximidade</b>						
Sim	4	57,1	8	66,7	12	63,2
Não	3	42,9	4	33,3	7	36,8
Total	7	100,0	12	100,0	19	100,0
<b>Sugestão dos técnicos</b>						
Sim	6	85,7	6	50,0	12	63,2
Não	1	14,3	6	50,0	7	36,8
Total	7	100,0	12	100,0	19	100,0
<b>Confia na qualidade dos cuidados</b>						
Sim	---	---	1	8,3	1	5,3
Não	7	100,0	11	91,7	18	94,7
Total	7	100,0	12	100,0	19	100,0
<b>Sugestão de amigos ou familiares</b>						
Sim	---	---	1	8,3	1	5,3
Não	7	100,0	11	91,7	18	94,7
Total	7	100,0	12	100,0	19	100,0
<b>Internet</b>						
Sim	---	---	---	---	---	---
Não	7	100,0	12	100,0	19	100,0
Total	7	100,0	12	100,0	19	100,0
<b>Publicidade</b>						
Sim	---	---	---	---	---	---
Não	7	100,0	12	100,0	19	100,0
Total	7	100,0	12	100,0	19	100,0
<b>Já frequentou anteriormente</b>						
Sim	1	14,3	4	33,3	5	26,3
Não	6	85,7	8	66,7	14	73,7
Total	7	100,0	12	100,0	19	100,0
<b>Descanso do cuidador</b>						
Sim	---	---	3	25,0	3	15,8
Não	7	100,0	9	75,0	16	84,2
Total	7	100,0	12	100,0	19	100,0

\*Nota: solicitava-se ao cuidador que assinalasse o ou os principais motivos da escolha.

#### 7.4 Objetivo 4: Avaliar o perfil de dependência nas atividades básicas de vida diária (ABVD) e o estado cognitivo segundo o gênero.

Pela Tabela 12, referente à frequência absoluta ( $n$ ) e relativa (%) de sujeitos da amostra em cada uma das opções de resposta do questionário Índice de Barthel, observa-se que em termos alimentares a maior parte dos homens são dependentes ( $n=3$ ; 42,9%) e independentes ( $n=3$ ; 42,9%), enquanto as mulheres são majoritariamente dependentes ( $n=7$ ; 41,2%), seguido do grau de independência ( $n=6$ ; 35,3%).

Ao nível da capacidade de se vestirem, a maioria dos sujeitos são dependentes, ainda que mais evidente na amostra de mulheres (H:  $n=4$ ; 57,1%; M:  $n=13$ ; 76,5%). Apenas um sujeito (do sexo masculino) é independente, sendo que os restantes necessitam de ajuda.

Quanto ao banho, a totalidade dos sujeitos ( $n=24$ ; 100%) deste estudo é dependente.

Em termos de higiene corporal, a maior parte dos homens ( $n=5$ ; 71,4%); e das mulheres ( $n=11$ ; 64,7%) são dependentes. Os restantes sujeitos, das duas amostras, são independentes.

No uso da casa de banho, a prevalência de mulheres dependentes ( $n=12$ ; 70,6%); é superior à de homens ( $n=3$ ; 42,9%). Apenas um sujeito do sexo masculino é independente; os restantes sujeitos das duas amostras necessitam de ajuda.

Nos homens e mulheres verifica-se uma elevada frequência de incontinência fecal, ainda que mais evidente nas mulheres. Nos homens ( $n=4$ ; 57,1%) são incontinentes fecais; ( $n=2$ ; 28,6%) têm episódios de incontinência e um utente é independente.

Relativamente às mulheres ( $n=14$ ; 82,4%) são incontinentes fecais; ( $n=2$ ; 11,8% são independentes e uma utente tem episódios de incontinência.

No controlo vesical, a prevalência de mulheres incontinentes vesicais ( $n=15$ ; 88,2%) é superior à de homens ( $n=4$ ; 57,1%). Apenas uma mulher, e dois homens têm episódios de incontinência, um homem e uma mulher são independentes.

A maior parte dos sujeitos do sexo masculino ( $n=5$ ; 71,4%) e quase a totalidade dos sujeitos do sexo feminino ( $n=16$ ; 94,1%), revela dependência no ato de subir escadas. Apenas um sujeito do sexo feminino é independente.

A maior parte das mulheres necessita de grande ajuda ( $n=8$ ; 47,1%) na transferência cadeira-cama, e 7 mulheres são dependentes; na amostra de homens, a frequência absoluta é relativamente equilibrada entre os estados de dependência, em que necessita de grande ajuda e necessita de ajuda mínima.

Quanto à deambulação, a maior parte dos homens ( $n=3$ ; 42,9%) e das mulheres ( $n=14$ ; 82,4%) é dependente. Em termos globais, 2 homens (28,6%) e 1 mulher (5,9%) são independentes.

Em termos de classificação total, 4 homens (57,1%) e 12 mulheres (70,6%) foram classificados como totalmente dependentes; 1 mulher (5,9%) como severamente dependente; 1 homem (14,3%) e 2 mulheres (11,8%) como moderadamente dependentes; 2 homens (28,6%) e 2 mulheres (11,8%) como ligeiramente dependentes. Não existem casos de independência na avaliação global das actividades básicas da vida diária.

Tabela 12 – Caracterização geral da amostra (amostra) por género: frequência absoluta (n) e relativa (%) de respostas ao questionário Índice de Barthel – atividades básicas de vida diária.

Variáveis	Homens (n=7)		Mulheres (n=17)		TOTAL (n=24)	
	n	%	n	%	n	%
<b>+ Alimentação</b>						
Dependente	3	42,9	7	41,2	10	41,7
Necessita de ajuda	1	14,3	4	23,5	5	20,8
Independente	3	42,9	6	35,3	9	37,5
<b>+ Vestir</b>						
Dependente	4	57,1	13	76,5	17	70,8
Necessita de ajuda	2	28,6	4	23,5	6	25,0
Independente	1	14,3	---	---	1	4,2
<b>+ Banho</b>						
Dependente	7	100,0	17	100,0	24	100,0
Necessita de ajuda	---	---	---	---	---	---
Independente	---	---	---	---	---	---
<b>+ Higiene corporal</b>						
Dependente	5	71,4	11	64,7	16	66,7
Necessita de ajuda	---	---	---	---	---	---
Independente	2	28,6	6	35,3	8	33,3
<b>+ Uso da casa de banho</b>						
Dependente	3	42,9	12	70,6	15	62,5
Necessita de ajuda	3	42,9	5	29,4	8	33,3
Independente	1	14,3	---	---	1	4,2
<b>+ Controlo intestinal</b>						
Incontinência fecal	4	57,1	14	82,4	18	75,0
Incontinência ocasional	2	28,6	1	5,9	3	12,5
Independente	1	14,3	2	11,8	3	12,5
<b>+ Controlo vesical</b>						
Incontinência vesical	4	57,1	15	88,2	19	79,2
Incontinência ocasional	2	28,6	1	5,9	3	12,5
Independente	1	14,3	1	5,9	2	8,3
<b>+ Subir escadas</b>						
Dependente	5	71,4	16	94,1	21	87,5
Necessita de ajuda	2	28,6	---	---	2	8,3
Independente	---	---	1	5,9	1	4,2
<b>+ Transferência cadeira-cama</b>						
Dependente	2	28,6	7	41,2	9	37,5
Necessita de grande ajuda	3	42,9	8	47,1	11	45,8
Necessita de ajuda mínima	2	28,6	1	5,9	3	12,5
Independente	---	---	1	5,9	1	4,2
<b>+ Deambulação</b>						
Dependente	3	42,9	14	82,4	17	70,8
Independente c/ cadeira de rodas	1	14,3	1	5,9	2	8,3
Necessita ajuda	1	14,3	1	5,9	2	8,3
Independente	2	28,6	1	5,9	3	12,5
<b>+ Classificação Total</b>						
Totalmente dependente	4	57,1	12	70,6	16	66,7
Severamente dependente	---	---	1	5,9	1	4,2
Moderadamente dependente	1	14,3	2	11,8	3	12,5
Ligeiramente dependente	2	28,6	2	11,8	4	16,7
Independente	---	---	---	---	---	---

Pela Tabela 13, observam-se os valores médios, desvio-padrão, mínimo e máximo, obtidos no Índice de Barthel e Mini Mental State (variáveis quantitativas).

Em termos médios, o Índice de Barthel indica que os homens são “severamente dependentes”, ao passo que as mulheres são “totalmente dependentes”. Nas duas amostras, a dispersão é elevada ( $CV > 30\%$ ), o que significa que os sujeitos não partilham do mesmo tipo de comportamentos, i.e., estão fortemente afastados uns dos outros.

Relativamente ao Mini Mental State (MMS), em termos médios, as duas amostras possuem uma pontuação inferior a 15 pontos (H: média=9,4; M: média=7,9), o que é sugestivo da presença de défice cognitivo. Não obstante, 2 sujeitos analfabetos e 2 sujeitos com a instrução primária (1º ciclo), revelam adequados níveis cognitivos. A heterogeneidade da amostra é evidente nos dois grupos ( $CV > 30\%$ ).

Tabela 13– Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, relativamente às variáveis contínuas

	Homens		Mulheres		Todos	
	M	DP	M	DP	M	DP
+ Índice de Barthel	31,43 (0-80)	31,4 5	17,65 (0-65)	22,3 7	21,67 (0-80)	25,44
+ Mini Mental State	9,43 (0-24)	9,71	7,88 (0-29)	10,7 1	8,33 (0-29)	10,24

Pela Tabela 14, observam-se a frequência absoluta ( $n$ ) e relativa (%) de sujeitos em cada pontuação obtida no MMS.

Tabela 14 – Frequência absoluta ( $n$ ) e relativa (%) de sujeitos em cada pontuação do MMS.

Pontuação MMS	Homens (n=7)		Mulheres (n=17)		TOTAL (n=24)	
	N	%	n	%	n	%
0	3	42,9	10	58,8	13	54,2
10	1	14,3	1	5,9	2	8,3
13	---	---	1	5,9	1	4,2
15	---	---	1	5,9	1	4,2
16	2	28,6	---	---	2	8,3
17	---	---	1	5,9	1	4,2
22	---	---	1	5,9	1	4,2
24	1	14,3	---	---	1	4,2
28	---	---	1	5,9	1	4,2
29	---	---	1	5,9	1	4,2

Pela Tabela 15, observam-se as correlações entre as dimensões do Índice de Barthel.

A dimensão “banho” não apresenta valores de correlação pelo facto da globalidade da amostra ser dependente.

Todas as correlações têm orientação positiva, o que significa que ao aumento de uma variável corresponde o aumento da outra. A maior parte das correlações (~85%), assinaladas com asterisco (\*) são estatisticamente significativas, indiciando a forte probabilidade dos valores obtidos com uma amostra serem passíveis de se verificarem na população, ainda que em idêntica magnitude.

As mais fortes correlações ocorrem entre as dimensões (A-J) e a classificação geral (K), sendo que se distinguem as dimensões (B-K) ( $r=0,94^{**}$ ) vestir e (E-K) ( $r=0,90^{**}$ ) uso da casa de banho como correlações mais fortes, já a dimensão subir escadas (H) ( $r=0,36$ ) é uma correlação fraca.

De uma forma geral, cerca de 46% do total de correlações são de forte magnitude, seguido de 31% de correlações moderadas, 9% de correlações fracas, 7% de correlações muito fortes e 7% muito fracas.

Tabela 15 – Matriz de correlações entre as variáveis o Índice de Barthel, para a globalidade da amostra.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
A	---										
B	0,74**	---									
C	a)	a)	---								
D	0,82**	0,72**	a)	---							
E	0,80**	0,85**	a)	0,74**	---						
F	0,67**	0,90**	a)	0,63**	0,76**	---					
G	0,59**	0,82**	a)	0,52**	0,70**	0,86**	---				
H	0,17	0,30	a)	0,28	0,21	0,03	0,08	---			
I	0,79**	0,69**	a)	0,69**	0,72**	0,55**	0,55**	0,47*	---		
J	0,54**	0,81**	a)	0,56**	0,66**	0,62**	0,75**	0,66**	0,70**	---	
K	0,80**	0,94**	a)	0,82**	0,90**	0,82**	0,77**	0,36	0,75**	0,79**	---

A – Alimentação

B – Vestir

C – Banho

D – Higiene corporal

E – Uso da casa de banho

F – Controlo intestinal

G – Controlo vesical

H – Subir escadas

I – Transferência cadeira-cama

J – Deambulação

K – Classificação geral (Índice de Barthel)

\*  $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$

a) Variável “banho” apresenta valores constantes (todos os sujeitos são dependentes)

Pela Tabela 16, observam-se as correlações entre as dimensões do Índice de Barthel analisadas segundo o género dos utentes.

A dimensão “banho” não apresenta valores de correlação pelo facto de todos os sujeitos serem dependentes.

De uma forma geral, as correlações têm orientação positiva, o que significa que ao aumento de uma variável corresponde o aumento da outra. Grande parte das correlações (H: ~65%; M: ~73%), assinaladas com asterisco (\*) são estatisticamente significativas, indiciando a forte probabilidade dos valores obtidos com uma amostra serem passíveis de se verificarem na população, ainda que em idêntica magnitude.

Nas duas amostras, as mais fortes correlações ocorrem entre as dimensões (A-J) e a classificação geral (K), exceto com a dimensão subir escadas (H) (Homens:  $r=0,18$ ; Mulheres:  $r=0,48$ ). Na amostra de homens apenas se regista uma correlação negativa, entre o uso da casa de banho vs subir escadas ( $r=-0,17$ ); na amostra de mulheres também se verifica apenas uma correlação negativa, entre o controlo intestinal vs subir escadas ( $r=-0,12$ ).

Na amostra de homens, mais de 70% das correlações são de forte ( $0,70 \leq r \leq 0,89$ ) e muito forte ( $r \geq 0,90$ ) magnitude; enquanto nas mulheres tal percentagem situa-se em torno dos 40%. Opostamente, na amostra de homens cerca de 15% e na amostra de mulheres cerca de 11% registam correlações de muito fraca ( $r \leq 0,19$ ) e fraca ( $0,20 \leq r \leq 0,39$ ) magnitude.

Em termos globais, na amostra de homens predominam as correlações de forte magnitude (cerca de 47% dos casos), no entanto nas mulheres predominam as correlações de moderada magnitude ( $0,40 \leq r \leq 0,69$ ) (cerca de 49% dos casos).

Tabela 16 – Matriz de correlações entre as variáveis o Índice de Barthel, para homens e mulheres.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
A	---	0,90**	a)	0,68	0,92**	0,90**	0,90**	0,01	0,82*	0,65	0,90**
B	0,67	---	a)	0,79*	0,84*	1,00	1,00	0,01	0,79*	0,78*	0,97**
C	a)	a)	---	a)	a)	a)	a)	a)	a)	a)	a)
D	0,89**	0,75**	a)	---	0,68	0,79*	0,79*	0,30	0,84*	0,83*	0,88**
E	0,77**	0,86**	a)	0,87**	---	0,84*	0,84*	-0,17	0,82*	0,57	0,80*
F	0,55*	0,83**	a)	0,62**	0,71**	---	1,00	0,01	0,79*	0,78*	0,97**
G	0,44	0,66**	a)	0,49*	0,57*	0,76**	---	0,01	0,79*	0,78*	0,97**
H	0,30	0,45	a)	0,34	0,39	-0,12	-0,09	---	0,42	0,58	0,18
I	0,80**	0,62**	a)	0,69**	0,65**	0,42	0,40	0,45	---	0,89**	0,84*
J	0,55*	0,83**	a)	0,62**	0,71**	0,52*	0,72**	0,61**	0,61**	---	0,84*
K	0,76**	0,92**	a)	0,86**	0,98**	0,73**	0,61**	0,48	0,69**	0,80**	---

A – Alimentação

B – Vestir

C – Banho

D – Higiene corporal

E – Uso da casa de banho

F – Controlo intestinal

G – Controlo vesical

H – Subir escadas

I – Transferência cadeira-cama

J – Deambulação

K – Classificação geral (Índice de Barthel)

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Homens

Mulheres

a) Variável “banho” apresenta valores constantes (todos os sujeitos são dependentes)

Pela Tabela 17, observa-se que a correlação entre o Índice de Barthel e o MMS é positiva, estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) e de moderada magnitude no caso das mulheres ( $r = 0,51$ ) e na totalidade da amostra ( $r = 0,62$ ), mas de forte magnitude no caso dos homens ( $r = 0,77$ ), o que significa que ao aumento de uma variável corresponde o aumento da outra, embora de forma moderada nas mulheres e na globalidade da amostra, mas de forte intensidade na amostra de homens.

Tabela 17 – Correlação entre o Índice de Barthel vs Mini Mental State

	Homens	Mulheres	Total
Índice de Barthel vs MMS	0,77*	0,51*	0,62**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

## 8 Discussão dos resultados

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados, considerando a revisão da literatura e os objetivos. Os resultados em discussão não são generalizáveis devido à amostra reduzida. Pode considerar-se um estudo precursor que poderá contribuir para a realização de outros trabalhos e outras investigações relacionadas com este tema ou mesmo a nível da RNCCI. Com esta discussão pretende-se refletir e analisar os dados mais relevantes de modo a que, a Unidade em estudo tenha uma caracterização mais aprofundada dos utentes.

A média de idade é 80,6 anos (min. 48 anos e max. 95 anos), no estrato etário os homens situam-se maioritariamente nos 75-85 anos (57,1%), enquanto as mulheres na classe  $\geq 85$ anos (52,9%), ainda que também haja uma proporção considerável na classe 75-85 anos (29,4%). Estes dados embora mais baixos estão de acordo com o Relatório de Monitorização da RNCCI (2012), em que 81,5% dos utentes referenciados em 2012 tem mais de 65 anos, uma percentagem elevada de população envelhecida, com maior probabilidade de doenças crónicas, de incapacidade, o que terá reflexos na capacidade de recuperação e no tempo de permanência na RNCCI.

Relativamente aos dias de internamento dos utentes, em termos globais, estes variam no mínimo de 1 dia e no máximo de 1554 dias.

A amostra de utentes é maioritariamente do concelho de Coimbra (83,3%), tanto os homens como as mulheres vieram maioritariamente do hospital e do domicílio, resultados corroborados pelo relatório da RNCCI 2013 (2014) onde se salienta que na zona centro, 62% dos utentes foram referenciados pelo hospital e 38% pelo centro de saúde.

A maioria dos utentes participantes neste estudo é do género feminino 70,8%, resultado este de esperar, tendo em conta a maior esperança de vida da mulher. De facto, segundo o PORDATA (2014), no ano de 2012 a esperança de vida da mulher portuguesa era de 82,8 anos enquanto a do homem era de 76,9 anos. Esta situação é também referido em outros estudos como naquele que foi desenvolvido por Sousa, Figueiredo e Cerqueira, (2006).

Relativamente ao estado civil, para ambos os géneros predominam os viúvos e os casados. O nível de escolaridade é baixo, (50,0%) frequentou o ensino básico, e (41,7%) não frequentou qualquer tipo de ensino. Relativamente a profissão destaca-se a agricultura para os homens e o trabalho doméstico para as mulheres, resultados semelhantes aos apresentados no estudo da caracterização do perfil de utente na Rede no período de (2011 e 2012) elaborado pela UMCCI Unidade de Missão Cuidados Continuados Integrados e ERS Entidade Reguladora da Saúde (2013) uma publicação sobre o acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde, refere que os utentes admitidos na Rede, têm, predominância no género feminino, o estado civil mais frequente são os casados e viúvos, no que diz respeito a escolaridade, têm baixa escolaridade, tendo a amostra considerada evidenciado que cerca de 29% dos utentes não têm escolaridade, e 61% tem apenas até seis anos de escolaridade. Na profissão grande maioria refere-se a trabalhadores não qualificados, na autonomia física, cerca de 95% dos utentes admitidos na RNCCI são dependentes, mais recente ainda o Relatório de monitorização da RNCCI 2013 (2014), refere que população da RNCCI é envelhecida, maioritariamente feminina, com baixo nível de escolaridade, carenciada e com elevada incapacidade e dependência.

Para ambos os géneros, ainda que mais frequente no feminino têm previsão de alta, entre aqueles que não têm previsão de alta encontram-se em vaga cativa. A principal patologia de motivo de internamento em ambos os géneros foi o AVC e as complicações cardíacas. Também num estudo de caracterização dos utentes da RNCCI, as queixas mais prevalentes, no total da amostra estudada, incidiram sobre o aparelho circulatório, referentes ao foro dos acidentes vasculares cerebrais (36%). Estes resultados estão de acordo com a maioria dos estudos, e dos Relatórios de monitorização da RNCC (2008), os quais destacam a patologia cardiovascular, em particular a doença cerebral aguda mal definida (AVC), como a patologia mais prevalente no maior número de utentes referenciados.

Relativamente aos cuidadores informais, importa referir que todos os cuidadores informais que participaram no estudo são familiares dos utentes dependentes.

A amostra é composta por 19 cuidadores de ambos os géneros, contudo, se na amostra de cuidadores de utentes homens há um equilíbrio entre homens (3; 42,9%) e mulheres (2; 16,7%) cuidadores. Já nas mulheres utentes, verificou-se a presença de uma maior frequência de cuidadoras do género feminino (10; 83,3). A amostra de cuidadores

dos homens regista idades maioritariamente situadas no estrato 51-60 anos ( $n=3$ ; 42,9%), ao passo que os cuidadores das mulheres têm maioritariamente idades > 61 anos ( $n=5$ ; 41,2%). A média de idades do cuidador é 51,7 anos, inferior a 57,96 anos da média de idades obtida no estudo de Mata e Rodríguez (2012). Num estudo realizado por Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) as várias pesquisas referem que a maioria dos cuidadores familiares tem idades compreendidas entre os 45 anos e os 60 anos, já no estudo de Mata e Rodríguez (2012) as idades variam entre 23 anos e os 89 anos.

Verificou-se uma percentagem de 37% de cuidadores do género masculino, percentagem superior à obtida por Mata e Rodríguez (2012) que, numa amostra de 232 cuidadores obtiveram uma percentagem de 11,6% de cuidadores homens.

Quanto ao parentesco do representante face ao utente, no caso dos homens são sobretudo filho/a e sobrinho, sendo que na amostra de mulheres há um claro predomínio de filhos/as ( $n=6$ ; 50,0%) e netos/as ( $n=3$ ; 25,0%). Vários estudos vão de encontro aos nossos resultados, a tarefa de cuidar do utente recai tradicionalmente, sobre o elemento feminino mais próximo, apesar do predomínio das mulheres, constata-se que os homens participam cada vez mais na prestação de cuidados. Os cônjuges surgem na literatura como a principal fonte de assistência, a descendência, com predomínio para o sexo feminino Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006).

Imaginário (2003), revela-nos que a maioria dos cuidadores eram sobrinhas, para Moreira (2001) eram as filhas as principais responsáveis pela prestação de cuidados.

Num estudo realizado por Augusto e Carvalho (2002), a relação de parentesco (66,70%) dos inquiridos eram filhas, (14,28%) sobrinhos e (9,52%) esposas, maridos ou pais.

Quando interrogados sobre se, se consideram o principal responsável pelos cuidados, a resposta é maioritariamente “não” na amostra de homens ( $n=5$ ; 71,4%) e “sim” na amostra de mulheres ( $n=9$ ; 75,0%). A maioria dos estudos parecem estar de acordo de que o ato de cuidar é essencialmente realizado pelo sexo feminino (INSERSO, 1995; Lage, 2005; Sequeira, 2010). Os homens são muito menos elegíveis, e destes quem assume um maior destaque são o cônjuge (Sequeira, 2010; Mata & Rodríguez, 2012).

As respostas dos cuidadores acerca da possibilidade do seu familiar regressar para o domicílio foram negativas para a maioria dos homens (85,3%) e positivas para as

mulheres (58,3%). Para os cuidadores que responderam que os utentes não regressam ao domicílio já pensaram noutra situação, pensam interná-los numa instituição, só um cuidador de uma mulher pensa interna-la em cuidados paliativos. Relativamente ao assumir o papel de cuidador informal a maioria dos homens 85,7% declina essa possibilidade, enquanto a maioria das mulheres afirmou estar disponível para assumir esse papel 66,7% ainda que, 35,3% decline essa responsabilidade.

Em relação aos motivos que os levaram a escolher a Unidade de Cuidados “Doce Viver” para internarem o utente foram para a globalidade da amostra: proximidade geográfica ( $n=12$ ; 63,2%) e sugestão de técnicos ( $n=12$ ; 63,2%).

De acordo com o Relatório de Monitorização da Rede 2013 (2014), os utentes dependentes representam 97% da população de utentes da Rede, a mais elevada até ao momento. Em termos de classificação total do Índice de Barthel do nosso estudo, 4 homens (57,1%) e 12 mulheres (70,6%) foram classificados como totalmente dependentes; 1 mulher (5,9%) como severamente dependente; 1 homem (14,3%) e 2 mulheres (11,8%) como moderadamente dependentes; 2 homens (28,6%) e 2 mulheres (11,8%) como ligeiramente dependentes. Não existem casos de independência.

Em termos médios, o Índice de Barthel indica que os homens são “severamente dependentes”, ao passo que as mulheres são “totalmente dependentes”. Nas duas amostras, a dispersão é elevada ( $CV > 30\%$ ), o que significa que os sujeitos não partilham do mesmo tipo de comportamentos, i.e., estão fortemente afastados uns dos outros.

Conforme o estudo da caracterização dos utentes da Rede (2009), na avaliação do estado cognitivo, a maioria dos utentes (54%) apresenta uma avaliação negativa. No caso das mulheres, o panorama é significativamente pior (correlação de 0,241), mas deve atender-se à influência da idade na avaliação desta dimensão. Após a aplicação do (MMS), verificou-se que em termos médios, as duas amostras possuem uma pontuação inferior a 15 pontos (H: média=9,4; M: média=7,9), o que é sugestivo da presença de défice cognitivo. Não obstante, 2 sujeitos analfabetos e 2 sujeitos com a instrução primária (1º ciclo), revelam adequados níveis cognitivos. A heterogeneidade da amostra é evidente nos dois grupos ( $CV > 30\%$ ).

De uma forma geral, as correlações das dimensões do Índice de Barthel têm orientação positiva, o que significa que ao aumento de uma variável corresponde o aumento da outra. Grande parte das correlações (H: ~65%; M: ~73%), são

estatisticamente significativas, indiciando a forte probabilidade dos valores obtidos com uma amostra serem passíveis de se verificarem na população, ainda que em idêntica magnitude. Em termos globais, na amostra de homens predominam as correlações de forte magnitude (cerca de 47% dos casos), no entanto nas mulheres predominam as correlações de moderada magnitude ( $0,40 \leq r \leq 0,69$ ) (cerca de 49% dos casos).

A correlação entre o Índice de Barthel e o MMS é positiva, estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) e de moderada magnitude no caso das mulheres ( $r=0,51$ ) e na totalidade da amostra ( $r=0,62$ ), mas de forte magnitude no caso dos homens ( $r=0,77$ ).



## **Conclusão**

Após a apresentação, análise e discussão dos resultados podemos concluir que no perfil dos utentes, verificou-se a presença de ambos os géneros, 7 homens e 17 mulheres, com idades compreendidas entre 48 e 95 anos, média de idade é de 80,6 anos, ou seja, uma população muito envelhecida. Estiveram pelo menos 1 dia e no máximo 1554 dias internados na unidade. A maioria tem proveniência do concelho de Coimbra, tanto os homens como as mulheres vieram maioritariamente do domicílio, apresentam baixo grau de escolaridade, com atividades profissionais não qualificadas, trabalhos domésticos e na agricultura. A maioria diz ter cuidador, exceto 1 sujeito, e 4 não quiseram participar. No destino pós alta, em ambos os géneros uma percentagem regressa ao domicílio. No que se refere a patologia que levou ao internamento, o AVC está na linha da frente, seguindo-se das patologias cardíacas.

No perfil do cuidador verificou-se a presença de ambos os géneros, 7 homens e 12 mulheres. No caso dos homens utentes, temos mulheres e homens cuidadores, enquanto nas mulheres utentes temos maior frequência de mulheres cuidadoras. As idades dos cuidadores homens situam-se na classe dos 51-60 anos, já as mulheres cuidadoras têm idade >61 anos. A média global é 51,7 anos.

Quanto ao parentesco do cuidador face ao utente, no caso dos homens são sobretudo filho/a e sobrinho, sendo que na amostra de mulheres há um claro predomínio de filhos/ e netos/as. As mulheres consideram-se as principais responsáveis pelos cuidados, enquanto os homens não.

Relativamente aos motivos para escolher a UCCI- ULDM Doce Viver como unidade de internamento foram considerados a proximidade geográfica e a sugestão dos técnicos. A maioria dos homens utentes não regressa ao domicílio, assim como algumas mulheres, mas uma percentagem pequena de mulheres regressam ao domicílio. No caso dos utentes que não regressam ao domicílio os familiares já pensaram noutra solução nomeadamente a institucionalização. As cuidadoras mulheres estão na disposição de assumir o papel de

cuidador informal, enquanto os cuidadores homens não. Os cuidadores informais registam uma total satisfação com os cuidados prestados na UCCI-ULDM Doce Viver.

No perfil de dependência na ABVD dos utentes, os homens são severamente dependentes, enquanto que as mulheres são totalmente dependentes, não existem casos de independência. No estado cognitivo os valores obtidos no MMS das duas amostras possuem pontuação abaixo de 15 pontos o que é sugestivo a presença de défice cognitivo. Apenas 4 utentes, revelam níveis cognitivos adequados. A correlação entre o Índice de Barthel e o MMS é positiva, estatisticamente significativa  $p < 0,05$ ) e de moderada magnitude no caso das mulheres ( $r=0,51$ ) e na totalidade da amostra ( $r=0,62$ ), mas de forte magnitude no caso dos homens ( $r=0,77$ ).

Este estudo teve algumas limitações, nomeadamente o tamanho das amostras que não permite a replicação de resultados a outras populações semelhantes, caso o número de participantes fosse maior poderiam ter sido utilizados outra metodologia estatística, que nos permitisse estabelecer relações variáveis. Outra limitação foi a inexistência de estudos relacionados com o cuidador e com os motivos de internamento no contexto da Rede.

No entanto estas limitações não invalidam as conclusões obtidas no presente estudo, uma vez que alguns dos resultados se assemelham a outros estudos realizados.

A realização deste estágio com investigação foi claramente de importância vital, para a conclusão do Mestrado em Cuidados Continuados. O estágio é uma via pedagógica essencial à formação, em ambiente profissional, a fim de sedimentar a aquisição de competências de forma a melhorar e adequar essa formação às expectativas do mercado de trabalho. Entre desafios, obstáculos, oportunidades, alegrias e dificuldades, integrar uma equipa de trabalho na sua plenitude como a que encontrei, foi claramente uma experiência de extrema importância, em virtude do trabalho em Cuidados Continuados, pressupor a existência de muito diálogo e coordenação.

Este estágio e investigação fizeram com que se passasse a conhecer melhor os utentes, cuidadores e as suas realidades em contexto da Rede Nacional de Cuidados Integrados.

Algumas das situações com que me deparei, são pequenos exemplos de alguns aspetos que não se aprendem nas aulas, pese embora, indubitavelmente, o auxílio que as mesmas dão, para a resolução de pequenos problemas.

A integração depende fundamentalmente da nossa predisposição, mas acima de tudo, do saber estar, do saber ser e do querer aprender para melhor saber saber.



## **Bibliografia**

- Augusto, B. (2002). *Cuidados Continuados Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra: Edições FORMASAU.
- Albuquerque, C; Oliveira, C. (2002). Saúde e Doença: Significações e Perspetivas em Mudança. *Millenium - Revista do ISPV n° 25* Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/default.htm>.
- Ackerman, Nathan w. (1986). *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações PROGRAMA DE AÇÃO, 2012 | Portugal. (Janeiro de 2012). Obtido em 21 de Janeiro de 2014, de <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012>
- American Psychiatric Association (2000). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (revista 4th ed.). Lisboa
- Barreto, J. (2010). In C. Sequeira, *Cuidar De Idosos Com Dependência Física E Mental*. Lisboa: Lidel- edições técnicas,Ida.
- Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e sua evolução. In A. Caldas, & M. A. (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel- Edições técnicas.
- Bolander, Verolyn Barnes – Sorensen & Luckmann. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. 1ª Edição. Lisboa: Lusodidacta.
- Carvalho, M. I. (2012). *Cuidados Continuados Integrados e Serviço Social* In M.I. Carvalho, *Serviço Social na Saúde* pp. 83-110. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda

- Costa, A (2012). A família cuidadora perante a dependência do seu familiar idoso Faculdade de Ciências Médicas: Universidade Nova de Lisboa. Tese de Mestrado em Saúde e Envelhecimento: Disponível em <http://hdl.handle.net/10362/8479> [Consultado em 24-02-2014]
- Duarte, S. F.C, (2010) Continuidade em Cuidados Domiciliários: O Papel do Enfermeiro. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Disponível: <http://hdl.handle.net/10451/3816> [Consultado:6-10-2014]
- Decreto-lei n.º101/2006, de 6 de Junho de 2006,Diário da República 1ª-série- A, n.º 109 “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”.
- Decreto-lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro. (28 de Janeiro de 2010)., Diário da República 1.ª série - N.º 19.
- DGS (Direcção-Geral da Saúde). (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde Lisboa.
- Direção Regional de Saúde. (2012). Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, Ministério da Saúde Lisboa. Disponível: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Elhart, Dorothy et al. (1983). Princípios científicos de enfermagem. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (2013). Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde. Porto
- Ballesteros, F. R. (2012). Prefácio. In: Paul, C. Ribeiro, O. (coord.). “Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento”. Lisboa: Lidel – edições técnicas Lda.p. xv
- Firmino, H. (2010). In C. Sequeira, Cuidar De Idosos Com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel-edições técnicas, Lda.
- Fortin, M.F.- (1999). O processo de investigação: Da Concepção à Realização. Loures: Lusociência
- Guadalupe, S. (2012). A Intervenção do Serviço Social na Saúde com Famílias e em Redes de Suporte Social. In M. I. Carvalho, Serviço Social na Saúde (pp. 183-250). Lisboa: LIDEL-Edições Técnicas, Lda.

- Guerreiro, I. (2009). *Desafios de Um Modelo Integrado*. Lisboa: Artes Gráficas
- Guerreiro, M. P e col. (1994). *Avaliação Breve do Estado Mental*. In Sequeira, C. (2010), *Cuidar De Idosos Com Dependência Física E Mental*. Lisboa: Lidel- edições técnicas, Ida.
- Imaginário, C. (2003). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- INSERSO. (1995). *Cuidados en la vejez: el apoyo informal*. Madrid: Ministério de Assuntos Sociales.
- INE, I. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Centro*. Lisboa- Portugal.
- Lage, I. (2005). *Cuidados Familiares a Idosos*. In Constança Paúl& António M. Fonseca. *Envelhecer em Portugal Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. (203-229).Lisboa Climepsi Editores
- Lei Constitucional n.º 1/2001, de 12 de Dezembro, artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa - Saúde. Disponível: (<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+d+a+saude/enquadramento+legal/Constituicao.htm>) [consultado 21-02-2014]
- Luders, S. L. A; Storani, M. S.B. (1996). *Demência: impacto para a Família e a Sociedade*. In Netto, M, P, *Gerontologia* (pp. 146-159). São Paulo, Atheneu
- Lopes, M. A; Ribeiro, A. R; Santo, I. E., Ferreira, F;& Frederico, L. (2012). *Serviço Social e Qualidade em Contexto Hospitalar*. In C. M. de, *Servio Social na Saúde* (pp. 25-52). Lisboa: Lidel- edições técnicas, Lda.
- Mahoney e Barthel. (1965). *Índice de Barthel*. In Sequeira, C. (2010), *Cuidar De Idosos Com Dependência Física E Mental*. Lisboa: Lidel- edições técnicas, Ida.
- Marques, S. C. (2007). *Os Cuidadores Informais de Doentes com Acidente Vascular Cerebral*. Coimbra: Formasau-Formação e Saúde,Lda.
- Mata, M.A.P.& Rodríguez, M.T.V. (2012) *El cuidado no remunerado de mayores dependientes en el noreste de Portugal*. *Prisma Social Revista de Ciencias Sociales*. Vol.nº8 pp.333-357 disponível: <http://www.isdfundacion.org/publicaciones/revista/numeros/8/secciones/abierta/01-cuidado-no-remunerado-portugal.html>

- Mendes, F., Escoval, A., Agostinho, M., Vieira, C., Vieira, I., Sousa, C., et al. (2010). Plano nacional de saúde 2011-2016 Cuidados Continuados Integrados em Portugal- analisando o presente perspetivando o futuro. Évora, Portugal. Obtido em 2014 de Janeiro de 21, de [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSC1\\_8.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSC1_8.pdf)
- Metschnikoff, E. (1903). *Etudes sur la nature humaine: Essai de philosophie optimiste*. Paris: Masson & C-ie, Paris.
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Moura, C. P. (2012). *Processo e Estratégias do Envelhecimento*. Euedito.
- Ministério da Saúde Direcção-Geral da Saúde (2004). Plano Nacional de saúde 2004-2010. Disponível <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346>.
- Nogueira, M. (2012). A doença e dependência na família. In C. Moura, *Processo e Estratégias do Envelhecimento*. Euedito.
- Paul, C. Ribeiro, O. Introdução. In: Paul, C. Ribeiro, O. (Coord.) (2012). “Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento”. Lisboa: Lidel – edições técnicas lda.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. 4ª ed. Edições Sílabo, Lisboa
- Pereira, A. S. C. A. (2008). *Cuidadores familiares e idosos dependentes: perfil, motivos e satisfação com a vida*. Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado em Gerontologia. Disponível: <http://hdl.handle.net/10773/3277>. [Consultado em 20-02-2014].
- Pereira, H. J.A.R. (2011). *Subitamente cuidadores informais: a experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado* Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem: Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/3916> [Consultado em 24-02-2014]
- Pereira, Fernando. (2008). Gerontólogo: a construção de uma nova profissão na área da saúde. In IV Congresso Português de Sociologia. Lisboa

- Prodata. (2009). Base de Dados Portugal Contemporâneo Fundação Francisco Manuel dos Santos Lisboa. Disponível: <http://www.pordata.pt/> [Consult. 09 DE Abril De 2015]
- Proença, A. (2012). Intervenção Social em Contexto da doença de Alzheimer. In C. Moura, *Processo e Estratégias do Envelhecimento*. Euedito.
- Rato, H; Rodrigues, M; Rando, B. (2009). Estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados- Relatório final. Instituto Nacional de Administração. Oeiras.
- Ramos, F. (2009). Integrar os conceitos de Cuidar e Reabilitar. In I. Guerreiro, *Desafios de um Modelo Integrado* (pp. 6-7). Lisboa: Gráfica Offset Mais- Artes Gráficas S.A.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em Psicologia da Saúde*. 3ª ed. Porto: Livpsic
- Santos, D; & Neves, M. (Junho, 2014). Perspectivando a gestão do autocuidado nas unidades de convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (nº114). *Sinais Vitais- A enfermagem e o cuidar* (9-14).
- Sá, J.L.M. (1999). Gerontologia e interdisciplinaridade: fundamentos epistemológicos. In: NÉRI, A.L, Debert, G.G (Orgs). *Velhice e Sociedade*. p. 223-232. São Paulo: Papyrus.
- Sánchez Millán, P.A; Ureña Villanueva, F; & Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (2002). Repercusiones de un programa de actividad física gerontológica sobre la aptitud física, autoestima, depresión y afectividad. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, vol 2, nº 2, 57-73. Disponível: <http://hdl.handle.net/10201/27457> [Consultado em 12-04-2014]
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar De Idosos Com Dependência Física E Mental*. Lisboa: Lidel-edições técnicas, Ida.
- Silva, D.J. (2014). *Modelação e Inferência Estatística - Aplicações às ciências do desporto*. Conceito Estatístico, Centro de Análise Estatística e Apoio à Investigação, Barcelos. Portugal.

- Sousa, D. Figueiredo, D, Cerqueira, M. (2006). Envelhecer em Família - Os cuidados familiares na velhice. Porto, Âmbar
- Stanhope. Márcia; Lancaster, Jeanette. (1999). Enfermagem Comunitária - Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. 4ª edição. Lisboa: Lusodidacta
- Teixeira. L.M.F. (2010). Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção: Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia Mestrado integrado em Psicologia Secção de Psicologia Clínica e da Saúde; Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença. Disponível: "[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460\\_tm\\_tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf)" [Consul. em 12-04-2014]
- Tuckman, B. W. (2000). Manual de investigação em Educação. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI). (2011). Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua. [http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI\\_Manual\\_do\\_Prestador](http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI_Manual_do_Prestador).
- UMCCI, (2012). Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 1º Semestre de 2012
- UMCCI. (2014). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2013
- UMCCI. (2013). Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - Relatório final.
- Vigia. M.S.B.S.B. (2012). Qualidade de Vida de Cuidadores Informais de Idosos com Demência: Universidade Fernando Pessoa no Porto. Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde Disponível: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3590/3/DM\\_15863.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3590/3/DM_15863.pdf) [consultado em 10-03-2014]
- Wade e Colin. (1998). Índice de Barthel. In Sequerira, C. (2010), Cuidar De Idosos Com Dependência Física E Mental. Lisboa: Lidel- edições técnicas, Ida.

World Health Organization. (2001). Men, ageing and health. Achieving health across the span.

WHO. (2002). In C. Sequeira, Cuidar De Idosos Com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel-edições técnicas, Ida.

WHO. (sd). The Ottawa Charter for Health Promotion disponível: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

## **Apêndices**

## Apêndice I

### Integração no campo de estágio

No primeiro dia do estágio foi-me feita uma visita guiada, por parte da senhora Assistente Social, responsável pelo meu estágio. Fui apresentada a todos os colaboradores da instituição, os quais se disponibilizaram para colaborar e contribuir para a minha aprendizagem ao longo do estágio. O processo de integração na equipa de trabalho foi muito bom, deixando à vista um ambiente de colaboração, disponibilidade e, desde logo, propício à participação nas atividades terapêuticas desta unidade. Foram-me dadas informações sobre o seu funcionamento, as rotinas, as terapêuticas e atividades que se poderiam realizar com os utentes.

Durante o estágio foi-me dada a oportunidade de participar, em interligação e conformidade com a Assistente Social.

O momento de admissão dos utentes na unidade é um ponto fulcral tanto para a família como para o próprio utente. Durante o estágio compreendi como são acolhidos os utentes, quais os procedimentos durante o tratamento e também com se prepara a alta sempre com a retaguarda familiar, quando possível.

### Principais atividades desenvolvidas com os utentes

Após higiene, de forma autónoma ou com ajuda, à exceção dos utentes acamados, todos os utentes eram conduzidos ao espaço do refeitório para aí fazerem a sua primeira refeição do dia. As atividades que desenvolvemos mais frequentemente com os utentes eram feitas a seguir ao pequeno-almoço, ou então durante a tarde.

Assim sendo, e porque no início deste estágio era época em que se celebrava o Carnaval cujo tema era "Nós e o Mundo" colaborei com a animadora e com a estagiária de licenciatura em gerontologia social, e em conjunto com os utentes, na criação de bandeiras de vários países para utilizarem na festa de Carnaval.

Esta unidade tem um projeto de hidratação dos utentes na qual colaborei. Tem como objetivo distribuir gelatina, chá e/ou água, consoante o utente em questão, nos períodos das 11 horas, 15 horas e 17 horas (na sala das atividades onde estes se encontram).

Uma das atividades propostas por mim intitulada, “botões mágicos” teve como objetivo construir o material com a finalidade de dar cor a 6 copos de plástico - rosa, verde, amarelo, laranja, preto e vermelho. E posteriormente dar as mesmas cores aos botões (6 de cada cor) para de seguida trabalhar a atenção, motricidade fina, concentração e rapidez. Para concluir a atividade foram distribuídos a 6 utentes os 6 copos coloridos e uma mistura de botões das várias cores. Cada participante teve que resgatar todos os botões da cor do copo que lhe tinha sido atribuído.

Desenvolvemos outra atividade, a partir dos mesmos materiais, que consistia em o utente ter previamente os copos com os botões correspondentes, e este ter que colocá-los um a um no copo, Afim de, verificar quem tem mais destreza e rapidez para desenvolver esta atividade.

Outra atividade proposta por mim intitulada, “Se eu fosse...”, teve como objetivo promover o espírito de interação, trabalhar a imaginação e o raciocínio. Inicialmente foram escolhidas imagens de vários objetos (lápiz, barco, flor, tartaruga, livro, golfinho, etc.). Posteriormente no cimo de cada imagem tinha a seguinte frase: “Se eu fosse...” Distribuiu-se aleatoriamente um cartão a cada utente e pediu-se que completassem a frase que lhe foi entregue respondendo a três questões: Como seria chamado, de que cor seria e o que fazia. Exemplo: Se eu fosse uma flor seria de cor vermelha, deixava as abelhas pousarem em mim e chamar-me-ia orquídea.

Durante este estágio criei uma atividade de estimulação cognitiva. Com fitas de cetim de várias cores, cosidas individualmente de forma a ficar em rolinhos. Posteriormente fiz sequências com esses rolinhos em cores sortidas e tirei fotografias para criar uns cartões com essas imagens. Depois da criação do material, os utentes olhavam para a sequência e procuraram as fitas/cores para fazer a sequência proposta no cartão. Com esta atividade obtivemos ganhos ao manter tanto quanto possível os utentes ativos e proporcionar fontes de satisfação e de estimulação cognitiva.

“Tertúlia de viagem” (apêndice V) é um dos temas que faz parte do plano de atividades anual. Tem como objetivo selecionar um local do mundo, e fazer a apresentação em PowerPoint, com as características principais desse local, enriquecendo o trabalho com imagens, fotografias, paisagens, frutos, monumentos, pratos tradicionais e grupos musicais entre outros aspetos, afim de, poder proporcionar ao doente uma “viagem” por estes locais. A minha participação nesta atividade passou por apresentar a

Ilha da Madeira (apêndice IV o plano de sessão). Com esta atividade os utentes relembrou e vivenciaram momentos assistidos, ou não, anteriormente. Sendo assim, eles conseguiram exercitar as competências cognitivas emocionais, fizeram perguntas, e opinavam relativamente ao que ia sendo apresentado. Por fim e para verificar a atenção e a memória, foram feitas duas perguntas efetuadas por mim, às quais responderam eficientemente e com convicção.

“Hora do conto” é outro dos temas do plano anual de atividades que tem como objetivo: Ler um ou mais contos de um livro que foi oferecido pela autora à instituição. O livro de Contos é intitulado “*Coisas da Vida*” de Natércia Martins (2010). Sentados, formámos uma roda, criámos um espaço descontraído onde após a leitura dos contos “Menina Primavera” e “O segredo” trocámos ideias e conhecimentos, gerando um momento de partilha e de recordação. A manutenção do convívio em termos de participação social é fundamental para a promoção da saúde mental da pessoa e de um envelhecimento ativo (Sequeira, 2010).

Com a chegada da primavera, propus uma atividade que consistia na criação de uma árvore em 3D decorada pelos utentes com flores alusivas à nova estação do ano. Com esta atividade, foi possível trabalhar a concentração e a criatividade ao decorar a árvore. Dentro das artes plásticas podem-se encontrar diferentes expressões artísticas, como por exemplo, a pintura, a colagem, moldagem entre outras. Dentro destas pretende-se que a pessoa exprima as suas emoções (Jacob, 2007). Neste sentido, ainda se conseguiu desenvolver a motricidade fina, a precisão manual e a coordenação psicomotora (Jacob, 2008).

Esta unidade possui uns jardins de reserva natural, com segurança e espaço para realizar passeios em articulação com outros profissionais da equipa, sempre que as condições meteorológicas permitiam levávamos os doentes a fazer caminhadas, mesmo aqueles que necessitavam de auxiliares de marcha. Esta atividade contribuiu para a promoção da mobilidade e da atividade física, que segundo Jacob (2007) é através da animação motora sensorial que se pode readquirir estas competências, realizando exercícios físicos regulares que visem o desenvolvimento da psicomotricidade.

O término do estágio ocorreu no mês em que se celebrava a Páscoa, esta foi a última atividade desenvolvida. Que teve como objetivo elaborar um saco alusivo a páscoa para colocar as amêndoas. Os utentes decoraram os ovos. De seguida, foram colados no

saco individual. Por fim introduziram-se as amêndoas e os sacos foram distribuídos pelos quartos dos utentes.

O meu estágio nesta unidade foi no fundo um encontro com a realidade que me espera enquanto profissional. Foi a oportunidade, quem sabe, única de poder estar em contacto com os utentes que usufruem de Cuidados Continuados Integrados. Ainda tive a possibilidade de compreender mais detalhadamente como funciona a Rede, assim como, todo o processo desde a referenciação, a admissão, até a alta do utente e o regresso ao domicílio quando possível. Também e não menos importante é o acompanhamento da pessoa responsável pelo utente/ representante, que acompanha e participa ativamente em todo processo.

## Integração na Rede e Unidade Doce Viver

### 1. Reunião de Equipa Multidisciplinar

Semanalmente, é realizada uma reunião com os técnicos das diferentes áreas, onde os planos individuais de intervenção dos doentes são realizados, reavaliados e/ou reformulados.

#### a) Visita técnica

A equipa multidisciplinar reúne-se semanalmente para realizar uma visita global aos utentes.

#### b) Reuniões de acolhimento

Aquando da entrada de um novo utente, toda a equipa o recebe, bem como à sua família. Esta reunião tem em vista a melhor integração do doente na unidade e para tal é muito importante a presença da família. São explicadas ao representante do utente todas as normas da unidade, objetivos do internamento, tempo de permanência etc. Inicia-se o planeamento da alta do utente.

#### c) Reuniões de planeamento de alta

Estas reuniões têm em vista, o planeamento da alta do utente com vista a continuidade dos cuidados, pós-alta. Nestas reuniões, a família é informada dos ganhos do utente durante o período de internamento. Planeia-se também o restante tempo de permanência do utente na unidade.

#### d) Reuniões de Alta

As reuniões de alta têm como objetivo fazer a avaliação final do período de internamento do doente na unidade. É realizada com a família. O utente tem alta para o destino escolhido pela família e dá-se o fecho do processo do utente.

### 2. Reuniões de acompanhamento social

As reuniões de acompanhamento social são realizadas pela Assistente Social. Têm em vista o acompanhamento da família e utente durante o internamento e para verificação do período pós alta. São realizados encaminhamentos para diversos serviços formais ou informais, após diagnóstico social. São realizados encaminhamentos quer para serviços da Segurança Social quer para instituições para obtenção de inscrições em resposta lar ou para apoio domiciliário; quer para os diversos apoios sociais como o complemento por dependência.

A prestação de cuidados pode ser de carácter formal ou informal.

### **Bibliografia**

- Jacob, Luís. (2007). *Animação de Idosos*. Porto: Âmbar.
- *Martins, Natércia (2010). Coisas da Vida. Coimbra*
- Sequeira, Carlos (2010). *Cuidar de Idosos Com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel- edições técnicas, Ida.

## Apendice II

Questionário recolha de dados referentes ao Utente

1. **Distrito:** \_\_\_\_\_ 3. **Proveniência** \_\_\_\_\_
4. **Género:** Masculino  Feminino
5. **Admissão** \_\_-\_\_-\_\_\_\_\_
6. **Previsão da Alta** \_\_-\_\_-\_\_\_\_\_ **Vaga Cativa**
7. **Motivo de internamento** \_\_\_\_\_
8. **Idade:** \_\_\_\_\_
9. **Situação conjugal:**
- Casado (a)/Em união de facto
- Viúvo (a)
- Divorciada(a)
- Solteiro
10. **Habilitações Literárias**
- Não frequentou o sistema de ensino formal
- 1º Ciclo do ensino básico (4ª classe)
- 2º Ciclo do ensino básico (Ensino preparatório)
- 3º Ciclo do ensino básico (9.º ano)
- Ensino secundário1 (12.º ano)
- Curso médio
- Ensino superior
11. **Profissão Anterior ao internamento** \_\_\_\_\_
12. **Tipo de dependência (segundo o Índice de Barthel)**
- Independência ou ligeira (mais de 60 pontos)
- Moderada (40 a 55 pontos)
- Severa (20 a 35 pontos)
- Total (menos de 20 pontos)
13. **Saúde Mental (segundo o MMS, Considera-se com defeito cognitivo):**
- Analfabetos  $\leq$  15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq$  22
- Escolaridade superior a 11 anos  $\leq$  27
14. **Destino Pós Alta?**
- 13.1. Domicílio  13.2. Cuidados Paliativos

**13.3. Hospital**

**13.4. Óbito**

**13.5. Instituição**

No âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados lecionado na Escola Superior de Saúde de Bragança, irá ser realizado um estudo acerca dos motivos de internamento dos doentes nesta Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção Doce Viver.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração, através do preenchimento do questionário. Se não tiver a certeza das respostas, responda o que acha mais adequado, mas nunca deixe de responder.

Garantimos o anonimato e a confidencialidade dos dados, deste modo, apenas serão utilizados para este fim e nunca serão utilizados de forma a o identificar.

**Muito Obrigado pela sua colaboração!**

Questionário ao cuidador informal do utente

1. **Idade:** \_\_\_\_\_

2. **Género** Masculino  Feminino

3. **Qual é a sua relação com a pessoa internada na ULDM?**

Cônjuge/companheiro(a)

Filho(a)

Irmão (ã)

Nora/genro

Neto (a)

Amigo

Vizinho

Outro  Qual? \_\_\_\_\_

4. **Considera-se a principal pessoa responsável pela prestação de cuidados ao seu familiar internado na ULDM?** Sim  Não

5. **Quais os três principais motivos que o levaram a escolher esta unidade “Doce Viver” como referência para o internamento do seu familiar?** (Assinale com um X)

**6. Após a alta:**

Por proximidade geográfica (geograficamente próximo da instituição)	
Sugestão dos técnicos	
Porque confia na qualidade dos cuidados prestados pelos serviços formais	
Sugestões de amigos ou familiares	
Através da internet	
Publicidade	
Qualidade da instituição	
Por já ter frequentado anteriormente	
Outro ou outros motivos. Quais? _____	
_____	
_____	
_____	
_____	

**6.1. Há possibilidade do seu familiar voltar para a sua residência?**

Sim  Não

6.1.1 Se respondeu **não** já pensou noutra solução?

Sim  Qual? \_\_\_\_\_ Não

**6.2. Na Possibilidade do doente necessitar de cuidados informais, estaria na disposição de assumir esse papel, isto é, de ser o cuidador principal?**

Sim  Não

**6.2.1. Até que ponto considera que os serviços formais de apoio prestados nesta unidade satisfazem as necessidades do seu familiar?**

Nada

Pouco

Moderadamente

Muito

Totalmente

**6.3. Nenhuma destas situações se aplica.**

Sim  Não

Apêndice III Plano esquemático da ação de formação

**Escola Superior de Saúde IPB Bragança – Tertúlia de Viagem**

**Formadora:** Eduarda Henrique Ascensão Faria

**Local:** Unidade de Cuidados Continuados de longa Duração e Manutenção- Doce Viver

**Data:** 19 de Março de 2014

<b>Objetivos</b>	<b>Metodologias</b>	<b>Avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a Ribeira Brava, e sítios e monumentos a visitar.</li> <li>• Reconhecer artigos tradicionais madeirenses</li> <li>• Identificar algumas das flores tradicionais</li> <li>• Apresentar alguns pratos típicos madeirenses e bebidas.</li> </ul>	<p><b>Método:</b> Ativo participação dos utentes</p> <p><b>Técnicas:</b> Discussão em grupo</p> <p><b>Material:</b> Projetor, portátil apresentação em Power Point, chapéu tradicional Madeirense.</p>	Direta, através da participação dos utentes

<b>Introdução</b> (10 min.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Apresentação pessoal e cumprimentos aos utentes; (2 min.)</li> <li>-Apresentar o tema da sessão: Viagem a Ribeira Brava (Ilha da Madeira);0.5 min</li> <li>-Questionar se conhecem a Bandeira da Madeira; (2.5 min.)</li> <li>-Questionar que meio de transporte nos levará até a ilha; (2 min.)</li> <li>-Questionar se alguém já visitou a ilha e se têm recordações ou pessoas amiga. (3 min.)</li> </ul>
<b>Desenvolvimento do Conteúdo</b> (28 min.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paisagens da vila da Ribeira Brava</li> <li>- Igreja Matriz da Ribeira Brava</li> <li>-Forte de São Bento</li> <li>-Fontenário</li> <li>-Mercado da Ribeira Brava</li> <li>- Museu etnográfico da Madeira</li> <li>- Funchal</li> <li>- Museu do Ronaldo</li> <li>-Artigos</li> <li>-Bebidas</li> <li>-Comidas</li> <li>-Frutos</li> <li>- Grupo Folclórico (vídeo com música e dança tradicional madeirense)</li> <li>- Flores</li> <li>- Cortejo da Festa da Flor</li> <li>-Teleférico</li> <li>-Cestos do Monte</li> <li>-Casa típica de Santana</li> </ul>
<b>Conclusão</b> (7 min.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais as principais Flores? Quais as principais bebidas? (3 min.)</li> <li>-Responder as dúvidas expostas (3 min.)</li> <li>-Agradecimento e despedida. (1 min.)</li> </ul>

Apêndice IV Tertúlia de Viagem à Ilha da Madeira



Continuação da apresentação



**Artigos, bebidas, comidas,  
frutos, flores Tradicionais  
da Ilha da Madeira!**



Continuação da apresentação



Continuação da apresentação



Continuação da apresentação



Continuação da apresentação



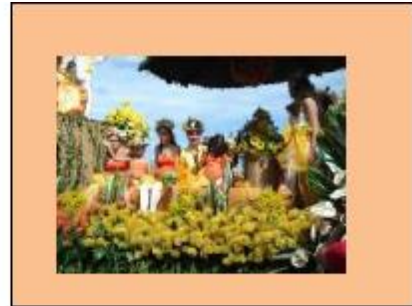
Continuação da apresentação



Continuação da apresentação



Continuação da apresentação



Continuação da apresentação



**Quais as principais flores da ilha da Madeira ??**



**Quais as principais bebidas da Ilha da Madeira?**



**FIM!!**

**Eduarda Faria**

## **Anexos**

Anexo I Índice de Barthel – Atividades Básicas de Vida Diária

Total = \_\_\_\_\_

Itens	ABVD	Cotação
Alimentação	INDEPENDENTE (Capaz de usar qualquer um instrumento. Come num tempo razoável)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5
	DEPENDENTE	0
Vestir	INDEPENDENTE (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5
	DEPENDENTE	0
Banho	INDEPENDENTE (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
	DEPENDENTE	0
Higiene Corporal	INDEPENDENTE (Lava a face, mãos e dentes. Faz a Barba)	5
	DEPENDENTE	0
Uso da Casa de Banho	INDEPENDENTE (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho,)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	DEPENDENTE	0
Controlo Intestinal	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres)	10
	INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda com enemas ou clisteres)	5
	INCONTINENCIA FECAL	0
Controlo vesical	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	10
	INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	5
	INCONTINENCIA FECAL	0
Subir escadas	INDEPENDENTE (Sobe e desce escadas, pode usar um instrumento de apoio)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Física ou supervisão para subir/ descer escadas)	5
	DEPENDENTE	0
Transferência cadeira-cama	INDEPENDENTE (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinha)	15
	NECESSITA DE AJUDA MINIMA (Ajuda mínima e supervisão)	10
	NECESSITA DE GRANDE AJUDA ( É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5
	DEPENDENTE	0
Deambulação	INDEPENDENTE (Caminha pelo menos 50 metros sozinho, ou com ajuda de andarilho, canadianas)	15
	NECESSITA DE AJUDA (Caminha 50 metro com ajuda ou supervisão)	10
	INDEPENDETE COM CADEIRA DE RODAS (anda pelo menos 50 metros)	5
	DEPENDENTE	0

Pontuação	Nível de dependência
90-100	Independente
60-89	Ligeiramente Dependente
40-55	Moderadamente Dependente
20-35	Severamente Dependente
<20	Totalmente Dependente

Pedido de autorização

Em 12 de março de 2014 19:45, Carlos Sequeira <carlos.quarteto@gmail.com> escreveu:

Exma Dr<sup>a</sup>. Eduarda Ascensão

Informa-se que poderá utilizar os instrumentos referidos. o Barthel e o MMS.

O MMS encontra-se no domínio público.

Os instrumentos devem ser utilizados na íntegra e não podem ser adulterados, nem utilizados para qualquer fim comercial.

Envio formulário em anexo para a monitorização da sua utilização em Portugal e agradeço a sua devolução.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Carlos Sequeira

---

Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN

Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

Coordenador do Grupo de Investigação NursID: CINTESIS - FMUP

Em 12 de março de 2014 09:11, Eduarda Ascensão <eduardaascensao20@gmail.com> escreveu:

Bom dia Doutor Carlos Sequeira,

Eu, Eduarda Faria licenciada em Gerontologia Social e neste momento a frequentar o 2º ano do Mestrado em Cuidados Continuados estou a realizar um estágio inerente ao curso na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção-Doce Viver, venho por este meio solicitar-lhe a sua autorização para utilizar o índice de Barthel (p.47) e MINIMENTAL STATE (MMS) (p.122-124) do seu Livro CUIDAR DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FÍSICA E MENTAL do ano de 2010.

Muito obrigada pela sua disponibilidade,

Os melhores cumprimentos

Eduarda Faria

Anexo II Mini Mental State (MMS)

**1. Orientação** (1 ponto por cada resposta Correta) - (0 a 10 pontos)

- Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito é que vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_  
**Total da orientação** \_\_\_\_\_

**2. Retenção** (1 ponto por cada palavra corretamente repetida) – (0 a 3 pontos)

Este item é avaliado com o seguinte exercício:

Vou dizer três palavras: quero que as repeta, mas só depois de eu as dizer todas.

Procure ficar a sabê-las de cor.

- Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_  
**Total retenção:** \_\_\_\_\_

**3. Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta.- (0 a 5 pontos).

Se a pessoas der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de cinco respostas)

Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar.

Ex. 30 - (3) \_\_\_27-(3)\_\_\_24-(3)\_\_\_21-(3)\_\_\_18-(3)\_\_\_

**Total atenção e cálculo:** \_\_\_\_\_

**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correta) - (0 a 3 pontos)

Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar:

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

**Total evocação** \_\_\_\_\_

**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta) - (0a8 pontos)

a) Como se chama isto?

Mostrar os objetos- (0 a 2 pontos).

Relógio \_\_\_\_\_

Lápis \_\_\_\_\_

b) Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA- (0 a 1 ponto)

**Pontuação:** \_\_\_\_\_

c) Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa (ou sobre a cama, se for o caso).Dar a folha segurando com as duas mãos.- (0 a 3 pontos)

Pega com a mão direita na folha \_\_\_\_\_

Dobra a folha ao meio \_\_\_\_\_

Coloca a folha onde deve \_\_\_\_\_

d) Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz.

Mostrar um cartão com a frase bem legível, **FECHE OS OLHOS**. Sendo analfabeto lê-se a frase a pessoa.

Fechou os olhos\_\_\_\_\_

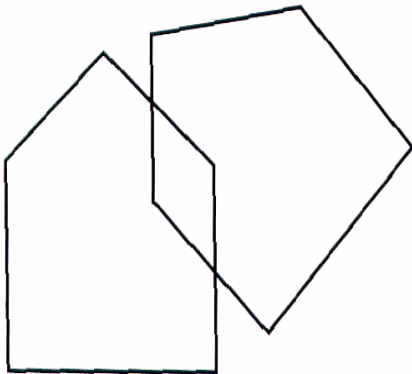
- e) Escreva uma frase inteira aqui. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

**Total linguagem:**\_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correta) - (0 a 1 ponto)

A pessoa deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados.

Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

**Total habilidade construtiva:**\_\_\_\_\_

Total de MMS (máximo de 30 Pontos):\_\_\_\_\_

**Analfabetos  $\leq$  15 pontos**  
**1 a 11 anos de escolaridade  $\leq$  22**  
**Escolaridade superior a 11 anos  $\leq$  27**

### Anexo III

#### Coeficiente de Variação

$CV=(DP/M)*100$  (Pestana & Gageiro, 2005)

$CV \leq 15$   $\Rightarrow$  fraca dispersão

$15 < CV \leq 30$   $\Rightarrow$  dispersão média

$CV > 30$   $\Rightarrow$  elevada dispersão

#### Intervalo de correlação

Pestana & Gageiro (2005) – independentemente do sinal (+ ou -):

$r \leq 0,19$  correlação Muito Fraca

$0,20 \leq r \leq 0,39$  correlação Fraca

$0,40 \leq r \leq 0,69$  correlação Moderada

$0,70 \leq r \leq 0,89$  correlação Forte

$0,90 \leq r \leq 1,0$  correlação Muito Forte