

Perfil Epidemiológico dos Utentes Consumidores da Rede de Cuidados Continuados Integrados do distrito de Bragança

Lic. Vanda Cláudia Almeida Gaspar

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

Orientadoras: Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia

Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Bragança, julho de 2015

Perfil Epidemiológico dos Utentes Consumidores da Rede de Cuidados Continuados Integrados do distrito de Bragança

Lic. Vanda Cláudia Almeida Gaspar

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

Orientadoras: Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia

Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Bragança, julho de 2015

Perfil Epidemiológico dos Utentes Consumidores da Rede de Cuidados Continuados Integrados do distrito de Bragança

Lic. Vanda Cláudia Almeida Gaspar

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

Orientadoras: Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia
Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Bragança, julho de 2015

A seguinte parte do presente trabalho de projeto foi publicada (Comunicação):

Gaspar, V.C.A.; Correia, T.I.G.; Martins, M.D.S. (2015). *Caraterísticas sociais e demográficas dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados do Distrito de Bragança*. In: 3º Congresso Internacional – Saúde: do desafio ao compromisso; jun 19-20; Chaves, Portugal.

A seguinte parte do presente trabalho de projeto foi publicada (Artigo):

Gaspar, V.C.A.; Correia, T.I.G.; Martins, M.D.S. (2015). *Caraterísticas sociais e demográficas dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados do Distrito de Bragança* In: E-Book do 3º Congresso Internacional – Saúde: do desafio ao compromisso; Chaves, Portugal.

Resumo

Introdução: Os efeitos que as alterações do perfil epidemiológico e demográfico da população, provocam sobre o ritmo de crescimento populacional e sobre a estrutura por idade e género, traduzem-se num envelhecimento da população.

Objetivo: Este estudo tem como objetivo identificar e analisar as características familiares, sociais, demográficas e clínicas dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados nas Unidades de Miranda do Douro, Torre de Moncorvo e Mogadouro.

Metodologia: Estudo transversal epidemiológico, retrospectivo, de metodologia quantitativa com uma amostra de 785 utentes internados entre os anos de 2008- 2013 nas Unidades acima referidas. A colheita de dados foi realizada pela investigadora, através de uma *checklist*, baseada no programa utilizado pelas unidades *Gestcare* para Cuidados Continuados Integrados, no período entre junho de 2014 até janeiro de 2015. Foi obtida autorização das Instituições para o desenvolvimento do estudo.

Resultados: Verificou-se que 50,80% dos utentes da amostra são do género masculino. A média total de idades é de 79, 93 anos com um desvio padrão de 9,48 anos; Cerca de 42% dos utentes apresenta patologias neurológicas; Na comparação das Unidades já referidas verificou-se que o género ($p < 0,05$), a proveniência dos utentes ($p < 0,01$) e o motivo de saída ($p < 0,001$) apresentam uma associação estatisticamente significativa em relação à UCCI. Observou-se também diferença estatisticamente significativa na distribuição das patologias pelas três UCCI ($p < 0,01$); Aproximadamente 34% da amostra esteve internada entre 30 a 90 dias.

Conclusões: Os resultados demonstraram que a maior parte dos utentes tem patologias do sistema neurológico, teve alta por atingir os objetivos e o seu principal cuidador é o cônjuge. Este estudo pretende dar contributos para o avanço do conhecimento científico na área dos cuidados continuados, pelo interesse em saber quem são as pessoas (consumidores) dos Cuidados Continuados Integrados, adequando as necessidades à prestação/promoção de cuidados de saúde e ao envolvimento entre profissionais e familiares/cuidadores que estes preconizam.

Palavras-chave: Consumidores; Envelhecimento; Unidades de Cuidados Continuados Integrados; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Patologias.

Abstract

Introduction: The effects that changes in the demographic and epidemiological profile of the population cause on the rate of population growth and the structure by age and gender are reflected in an aging population.

Objective: This study aims to identify and analyze family characteristics, social, demographic and clinical users of the National Network of Integrated Continuous Care of Miranda do Douro, Torre de Moncorvo and Mogadouro.

Methods: Epidemiological study, retrospective, with quantitative methodology and a sample of 785 users admitted between the years 2008- 2013 in the Continuing Care Units above referred to. Data collection was performed by the researcher through a checklist, based on the program used by Gestcare units for Continuous Care in the period from June 2014 until January 2015. He was obtaining the approval of institutions for the development of the study

Results: It was found that the sample 50.80 % were male. The total average age is 79.93 years with a standard deviation of 9.48 years; About 42% of users presents neurological diseases; In comparison to the above units it was found that gender ($p < 0.05$), the origin of users ($p < 0.01$) and the output motif ($p < 0.001$) showed a statistically significant association in relation to UCCI. There was also a statistically significant difference in the distribution of diseases in the three UCCI ($p < 0.01$); About 34% of the sample was hospitalized from 30 to 90 days.

Conclusions: The results showed that most of the users have neurological system diseases, was discharged Units for achieving objectives and your primary caregiver is the spouse. This study aims to provide input to the advancement of scientific knowledge in the area of continuing care for the interest to know who are the people (consumers) of the Continuous Care adapting them to the provision of health care and the involvement between work and family / caregivers they advocate.

Keywords: Consumers; Aging; Continuous Care Units; National Network of Integrated Continuous Care; Pathologies.

Agradecimentos

Na preparação desta etapa de vida, existiram dificuldades que foram ultrapassadas devido à ajuda, compreensão e apoio de diversas pessoas, a elas tenho que agradecer:

- À Dr^a. Isabel Caetano, assistente social da Unidade de Cuidados Continuados de Mogadouro. Obrigada pela disponibilidade que sempre demonstrou ao longo do processo de recolha de dados na unidade.

- A todas as unidades participantes neste estudo, nomeadamente, a Unidade de Cuidados Continuados de Mogadouro, Torre de Moncorvo e Miranda do Douro. Obrigada pela disponibilidade no auxílio deste estudo.

- Agradeço à Prof. Doutora Teresa Correia e à Prof. Doutora Matilde Martins pelo incentivo na elaboração do trabalho de projeto e disponibilidade na resolução de dúvidas.

- Por fim, agradeço à minha família e amigos, que sempre se mostraram disponíveis para me ouvirem e estarem comigo quando mais precisei e que sem eles este trabalho não seria possível.

- Agradeço a todos os envolvidos neste estudo.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CC- Cuidados Continuados

UCC- Unidade de Cuidados Continuados

UCCI- Unidades de Cuidados Continuados Integrados

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UMCCI- Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados

ECR- Equipas Coordenadoras Regionais

ECL- Equipas Coordenadoras Locais

EGA- Equipas de Gestão de Altas

SNS- Sistema Nacional de Saúde

TA- Termo de Aceitação

OMS- Organização Mundial de Saúde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. CONCEITOS DE EPIDEMIOLOGIA	4
2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	5
2.1. Caraterísticas em Relação à Pessoa.....	5
2.2. Caraterísticas em Relação ao Tempo	7
2.3. Caraterísticas em Relação ao Lugar	8
3. CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: CONTEXTUALIZAÇÃO	10
4. A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	13
4.1. Tipologia de Respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados	15
4.2. Referenciação de Utentes e Ingresso na Rede Nacional de Cuidados Continuados	16
4.3. Caraterização dos Utentes dos Cuidados Continuados	18
5. CARATERIZAÇÃO GEOGRÁFICA E DEMOGRÁFICA DO DISTRITO DE BRAGANÇA.....	20
6. DOENÇAS/PROBLEMAS RELACIONADOS COM A SAÚDE MAIS PREVALENTES EM CUIDADOS CONTINUADOS	22
6.1. Acidente Vascular Cerebral	22
6.1.1. Etiologia do Acidente Vascular Cerebral	22
6.1.2. Tipos de Acidente Vascular Cerebral	23
6.1.3. Fatores de Risco.....	23
6.1.4. Epidemiologia do Acidente Vascular Cerebral	24
6.2. Úlceras de Pressão.....	24
6.2.1. Tipos de Úlceras de Pressão.....	24
7.2.3. Fatores de risco	25
7.3. Fraturas de Fémur	26
7.3.1. Tipos de Fraturas de Fémur.....	26
7. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA	27
7.1. Transição Demográfica	27

7.2. Transição Epidemiológica	28
II – ESTUDO EMPÍRICO	30
1. OBJETIVOS	31
2. METODOLOGIA	32
2.1. Tipo de estudo	32
2.2. População / amostra.....	32
2.3. Caraterização social e demográfica da amostra.....	33
2.4. Variáveis	33
2.4.1. Variável dependente	33
2.4.2. Variáveis independentes.....	34
2.4.2.1. Variáveis sociais, demográficas e familiares.....	34
2.4.2.2. Variáveis clínicas dos utentes	35
2.5. Instrumento de recolha de dados	36
2.6. Recolha de dados	37
2.7. Tratamento Estatístico	38
2.8. Questões éticas	39
3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	40
3.1. Análise Descritiva.....	40
3.2. Análise Inferencial.....	52
4. DISCUSSÃO	61
4.1. Discussão da Metodologia.....	61
4.2. Discussão de Resultados.....	61
CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS.....	77
ANEXO I - Resposta ao pedido de recolha de dados pela Unidade de Cuidados Continuados de Freixo de Espada à Cinta	78
ANEXO II- Resposta ao pedido de recolha de dados pela Unidade de Cuidados Continuados de Vila Flor.....	79
ANEXO III- Instrumento de Recolha de dados: Checklist para as Unidades de Cuidados Continuados Integrados	80

ANEXO IV- Instrumento de Recolha de Dados após alterações: checklist para as Unidades de Cuidados Continuados Integrados.....	85
ANEXO V- Pedido de autorização enviada a todas as Unidades de Cuidados Continuados do distrito de Bragança.....	90
ANEXO VI- Tabelas de Contingência.....	92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Distribuição da amostra por existência de cuidador principal do utente consumidor da Rede Nacional de Cuidados Continuados	45
Figura 2 - Distribuição da amostra por relação com o cuidador principal	45
Figura 3 - Distribuição da amostra por local de proveniência para as Unidades de Cuidados Continuados Integrados	46
Figura 4 – Distribuição da amostra por tempo de internamento	46
Figura 5- Distribuição da amostra por motivo de saída da Unidade Cuidados Continuados Integrados	47
Figura 6- Distribuição da amostra em relação ao destino após saída da Unidade de Cuidados Continuados	48
Figura 7 – Distribuição da amostra por patologias existentes	49
Figura 8 - Distribuição dos utentes por Unidade de Cuidados Continuados	50
Figura 9 – Distribuição da amostra por ano de admissão em função da Unidade Cuidados Continuados Integrados	51
Figura 10 – Distribuição da mostra por ano de saída em função da Unidade de Cuidados Continuados	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra em função das variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias e proveniência)	41
Tabela 2 – Distribuição da amostra em função do género e idade.....	42
Tabela 3 – Distribuição da amostra por conselho de residência e género	43
Tabela 4 – Distribuição da amostra por classe profissional e género	44
Tabela 5 - Comparação de proporções por UCCI, género, idade, zona de residência, tempo de internamento, origem geográfica, motivo da saída.	54
Tabela 6 – Comparação da média de idade dos utentes pelas 3 Unidades de Cuidados Continuados Integrados	55
Tabela 7 – Comparação entre a distribuição da proporção de patologia pelas 3 Unidades Cuidados Continuados Integrados	56
Tabela 8 – Associação entre a presença de patologia, género, cuidador principal, tempo de internamento e motivo de saída.	58
Tabela 9 – Distribuição da amostra em função da idade e da patologia.....	60

INTRODUÇÃO

Os efeitos das alterações do perfil epidemiológico e demográfico da população provocam, sobre a estrutura por idade e sexo, um envelhecimento desta. O fenómeno do envelhecimento resulta do crescente aumento da esperança média de vida e da diminuição da taxa de natalidade que deu origem ao envelhecimento da população portuguesa. Este paradigma pressupõe orientações políticas, sociais e de cuidados de saúde para fazer face aos desafios emergentes daí resultantes. (Bárrios & Fernandes, 2014).

Existiu, assim, necessidade de criação de infraestruturas e equipamentos que possam dar resposta a este crescente envelhecimento da população. (Bárrios & Fernandes, 2014).

A nova realidade desta necessidade resulta dos fatores já referidos: o envelhecimento progressivo da população, consequência do aumento da esperança média de vida e a não renovação de gerações; as mudanças relacionadas com o perfil das patologias com peso significativo nas doenças crónicas e degenerativas e por último as alterações sociológicas com relevância para as pirâmides etárias, nomeadamente na estrutura da família. (OMS, 2008).

A motivação pela temática prende-se com o interesse em estudar a importância que os Cuidados Continuados Integrados têm na prestação de cuidados de saúde e no envolvimento entre profissionais e familiares/cuidadores que estes preconizam, e ainda, o interesse em saber quem são as pessoas (consumidores) dos Cuidados Continuados Integrados.

O principal objetivo deste estudo é a identificação das características familiares, sociais, demográficas e clínicas dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no distrito de Bragança, com o intuito de adequação e contribuição de cuidados e promoção da satisfação das necessidades individuais.

Este trabalho divide-se em duas partes, a primeira parte integra o enquadramento teórico. A segunda parte consiste no estudo empírico. Assim, na primeira parte aborda-se o perfil epidemiológico dos utentes das RNCCI, a RNCCI, a contextualização dos Cuidados Continuados em Portugal e na Europa, a Caracterização Geográfica e Demográfica do Distrito

de Bragança, as Doenças/Problemas mais prevalentes em Cuidados Continuados e ainda a Transição Demográfica e Epidemiológica.

A segunda parte deste estudo inicia-se com a metodologia onde se apresenta o tipo de estudo, a população/amostra desta investigação, uma caracterização social e demográfica da amostra seguido das variáveis (dependente e independentes) e operacionalização das mesmas; em seguida procede-se à explicação do instrumento de recolha de dados, apresentação análise e discussão dos resultados.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. CONCEITOS DE EPIDEMIOLOGIA

A Epidemiologia é definida como o estudo dos determinantes do processo saúde-doença em grupos populacionais, é construída não para especificar casos individuais, mas sim como discurso de clínica, para falar da doença, esta apresenta dimensão social através das características individuais, fatores e variáveis. A doença é parte integrante de uma dada estrutura social. (Aguado, Delgado, Benavides, Álvarez, & Lumbreras, 2011).

A epidemiologia é o estudo da distribuição das doenças e dos fatores a elas subjacentes que influenciam ou determinam essa distribuição. Tem como objetivos identificar a etiologia ou causa da doença e os fatores de risco que podem ser relevantes. (Gordis, 2011).

A epidemiologia é o estudo da distribuição dos determinantes dos estados de saúde em populações humanas específicas, bem como a aplicação do mesmo ao controle dos problemas de saúde. O autor refere que a epidemiologia é o estudo da prevalência e dinâmica dos estados de saúde de uma população. (Aguado, Delgado, Benavides, Álvarez, & Lumbreras, 2011).

Os objetivos da epidemiologia são a identificação da causa de uma doença e os seus fatores de risco, determinando a dimensão da doença na comunidade, estuda a história natural e prognóstico da doença, e avalia as medidas preventivas, terapêuticas e as formas de prestação de cuidados de saúde, por último fornece bases para o desenvolvimento de políticas em relação aos problemas ambientais, a questões genéticas e ainda a outras questões relacionadas com a saúde.

2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O perfil epidemiológico refere-se às circunstâncias em que as doenças e agravos à saúde ocorrem em populações e conduz diretamente para a epidemiologia descritiva onde os dados de acordo com as variáveis: pessoa (quem), tempo (quando) e lugar (onde) e são recolhidos e posteriormente organizados e analisados. A informação recolhida destas três variáveis é de extrema importância, visto que permitem caracterizar a população em estudo permitindo saber sobre quem, quando e onde ocorre determinada doença/situação. A descrição epidemiológica ficaria incompleta se faltassem informações referentes sobre qualquer uma das variáveis que constituem o cerne da epidemiologia descritiva. (Aguado, Delgado, Benavides, Álvarez, & Lumbreras, 2011).

2.1. Características em Relação à Pessoa

Quanto à pessoa (quem), os epidemiologistas analisam a distribuição da doença segundo o género, idade, hábitos alimentares, grupo étnico, estatuto social, estado civil, religião e ocupação. (James, David, & Joann, 2005).

A maioria das doenças e lesões variam conforme a idade, mais do que em relação a outra qualquer variável, podendo existir, assim, uma relação entre esta variável e a ocorrência de doenças. (Aguado, Delgado, Benavides, Álvarez, & Lumbreras, 2011).

A utilidade desta variável é uma consequência da associação entre a idade das pessoas e (1) o potencial de exposição a uma fonte de infeção; (2) o nível individual de imunidade ou resistência; (3) a atividade fisiológica, a nível tecidual que pode influenciar as reações do corpo perante uma doença ou lesão. (James, David, & Joann, 2005). A falta de resistência do organismo a infeções aumenta com a idade devido à constante exposição a microrganismos, embora o grau de exposição ao risco possa ser controlado, podendo modificar o perfil das doenças em coletividade. As doenças crónico-degenerativas aumentam a sua prevalência com a idade. A partir da quarta ou quinta década de vida, o risco de diagnóstico de doenças cardiovasculares, digestivas, neurológicas, mentais e osteoarticulares aumenta. (Aguado, Delgado, Benavides, Álvarez, & Lumbreras, 2011).

O género é outra variável importante para o estudo da diversidade da doença. De um modo geral, a taxa de mortalidade é maior no género masculino do que no feminino. Desde longa data e em praticamente toda a parte, vêm sendo constatadas as diferenças em relação à morbimortalidade. (Aguado, Delgado, Benavides, Álvarez, & Lumbreras, 2011).

A mortalidade é maior no género masculino, as mulheres tendem a viver entre 4 a 10 anos mais que os homens. No género masculino, a mortalidade pouco varia em relação à idade. Algumas condições incidem mais nos homens, nomeadamente: as cardiopatias, neoplasias do aparelho respiratório, úlcera péptica, cirrose hepática, gota, acidentes de trânsito e suicídios. Nas mulheres predominam as varizes esofágicas, tireoidopatias, cálculos biliares, lúpus eritematoso, artrites e doenças reumáticas, depressões e ainda tentativas de suicídio. A mulher aparenta adoecer mais que os homens, recorrendo mais aos serviços de saúde. As explicações têm como base a genética e as hormonas que variam de mulheres para homens. (Aguado, Delgado, Benavides, Álvarez, & Lumbreras, 2011).

No grupo étnico existem algumas diferenças no risco de doença, nomeadamente entre raças e etnias é determinante a carga genética. Por exemplo a anemia de células falciformes em afro-americanos evidencia uma taxa mais elevada de fibrose quística do que em brancos. Grupo étnico é o termo utilizado para designar um conjunto de pessoas que têm maior grau de homogeneidade, em termos de património genético, do que aquele que é encontrado na população em geral. Os indivíduos pertencentes ao mesmo grupo étnico têm imensas características em comum, nomeadamente, o idioma, a religião, a alimentação, a reação a estímulos externos, etc. (James, David, & Joann, 2005).

O estatuto social e económico é preponderante pois envolve inúmeras variáveis complexas, nomeadamente, o nível de educação obtido, salário, prestígio, bem-estar, poder, área de residência, ocupação e estilos de vida. (James, David, & Joann, 2005).

A escolaridade é provavelmente o critério mais utilizado para agrupar as pessoas por nível socioeconómico, a medida do nível de escolaridade geralmente é feita através do número de anos. Esta variável depende usada para o estudo das relações entre escolaridade e saúde, depende também das características da população que se pretende estudar e também do seu tamanho. (James, David, & Joann, 2005).

O estado civil é outra variável que tem um peso significativo em epidemiologia. As taxas de mortalidade para muitas causas de doenças, são geralmente mais baixas em pessoas

casadas/união de facto, e mais elevadas em pessoas viúvas ou divorciadas/separadas, assim os viúvos são os que apresentam maiores taxas de mortalidade. (James, David, & Joann, 2005).

Existe repercussão nos planos de saúde física, mental e social, embora a maior mortalidade em viúvos não esteja limitada a uma causa particular, como por exemplo o suicídio, mas estende-se a quase todos os tipos de causas, existindo deste modo, algo que aumenta a vulnerabilidade geral. (Aguado, Delgado, Benavides, Álvarez, & Lumbreras, 2011).

A ocupação, é outro exemplo de um fator que requer interpretação cuidadosa, uma vez que a idade, o género, os estilos de vida, e outras variáveis podem interferir com a ocupação de uma pessoa podendo afetar o risco de ocorrência de doença. (Oliveira, 2010).

A saúde de um indivíduo relaciona-se com a ocupação que este exerce, pois o ambiente de trabalho determina inúmeros riscos aos quais o trabalhador tende a ficar exposto, durante uma grande parte da sua vida, embora todas as ocupações tenham um risco associado. Por ocupação entende-se o cargo, profissão e o ofício normalmente exercidos. (Oliveira, 2010).

O conhecimento da distribuição da morbidade, da mortalidade e dos fatores de risco evidencia como se apresenta a saúde de uma determinada população e as diferenças existentes no seu interior. (Aguado, Delgado, Benavides, Álvarez, & Lumbreras, 2011).

A forma de organizar a distribuição de um evento já se tornou uma rotina entre os profissionais da área da saúde, pois a saúde depende de uma multicasualidade de fatores que, individualmente ou em interação, vão interferir na saúde das populações/comunidades.

2.2. Caraterísticas em Relação ao Tempo

Quanto ao tempo (quando) os epidemiologistas analisam a distribuição do tempo em minutos, horas, dias, semanas, meses, anos, décadas e até séculos. Estão envolvidas componentes ligadas ao tempo, que podem ser as tendências seculares, as variações sazonais e cíclicas e a ocorrência repentina de doenças/problemas de saúde (epidemias).

As tendências seculares analisam as mudanças na frequência e na incidência da

doença por um longo período de tempo (décadas/séculos). As variações sazonais são aquelas cuja incidência de uma doença coincide com as estações do ano, por exemplo, as variações sazonais da temperatura que se caracterizam por temperatura alta no verão e baixa, no inverno. Estas oscilações de temperatura, geralmente, associadas a uma crescente incidência de diarreias, no verão, e infecções transmitidas através de via respiratória no inverno. Os acidentes de trabalho ligados à colheita agrícola são eventos sazonais. (James, David, & Joann, 2005).

As variações cíclicas caracterizam-se pelas oscilações periódicas de frequências mostrando as vacilações na incidência da doença que ocorrem num período superior a um ano, por exemplo, as variações cíclicas de eventos como as crises económicas são cíclicas na vida dos países, assim, como as grandes secas que aparecem após um certo número de anos. As epidemias são variações de curto prazo do excesso de ocorrência de doença, que podem ser medidas em dias, semanas ou meses. (James, David, & Joann, 2005).

2.3. Características em Relação ao Lugar

O melhor entendimento da distribuição dos agravamentos da saúde e seus fatores determinantes passam necessariamente por considerações relativas ao lugar (onde), referindo-se a uma área geográfica mencionada, como longitude, latitude, nação, estado, região, urbano, rural, entre outros. Assim, a fusão entre a doença e o local implica que os fatores primordiais estejam presentes nos habitantes e no ambiente, ou apenas num deles. (James, David, & Joann, 2005).

A comparação geográfica permite um ordenamento das regiões, seguindo a magnitude dos respetivos indicadores de saúde. Quando detetada a presença de algum evento, numa localidade, a comparação com as áreas vizinhas é preponderante, em diferentes momentos, informa a evolução espacial do processo.

Existem muitas possibilidades de comparação geográfica de agravos de saúde, são exemplos aquelas que estão relacionadas com as diferentes níveis de altitude, de latitude, de humidade do ar, de poluição ou ao tipo predominante de solo, a forma de ocupação do mesmo, da vegetação, da fauna, de habitação, de trabalho e ainda alimentação. Para que possa existir investigação acerca destes temas ou de outros, são utilizados quatro tipos de

comparação espacial:

- Entre países;
- Entre unidades administrativas dentro do mesmo país;
- Entre áreas urbanas e rurais;
- A nível local. (Oliveira, 2010).

Uma das principais razões para a realização de comparações internacionais é a de apontar as desigualdades. As comparações entre duas ou mais unidades geográficas no seio de um mesmo país, apresentam uma vantagem de maior uniformização dos dados, para as quais são usados indicadores de saúde. Em muitas regiões, nomeadamente, as de alto nível de desenvolvimento, regiões e até municípios são comparados pois, dispõem de estatísticas confiáveis acerca dos agravos de saúde. (Aguado, Delgado, Benavides, Álvarez, & Lumbreras, 2011).

Outra das variáveis importante para a caracterização da população em estudo é comparação Urbano-Rural, em geral, as doenças infecciosas propagam-se muito mais depressa em áreas urbanas do que rurais, isto deve-se à maior densidade populacional presente nas grandes cidades. As definições referentes aos termos "urbano" e "cidade" variam de país para país e, no mesmo, pode diferir com o passar do tempo. Diversos critérios são utilizados para definir o que é urbano e rural, como número de habitantes e as características socioeconómicas de uma dada localidade. As áreas suburbanas, pelas características apresentadas são interpretadas como urbanas, embora a própria dinâmica regional promova mudanças nas características locais dando origem à reclassificação de algumas áreas rurais para urbanas. (James, David, & Joann, 2005).

Ainda no estudo de variações em saúde no interior de uma cidade, bairro, ou outro local restrito como por exemplo instituições de saúde ou outras, onde as comparações são a nível local. Aqui a unidade geográfica é de tamanho reduzido e são as que melhor permitem o estudo ou progresso de uma epidemia, no espaço e no tempo. A expressão “comparações locais” refere-se ao estudo dos casos de um agravo à saúde, em termos de localização geográfica, com frequência assinalados, caso a caso, em mapas. (Oliveira, 2010).

3. CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: CONTEXTUALIZAÇÃO

Na sequência da caracterização da população segundo o perfil epidemiológico surge a necessidade de contextualizar os cuidados continuados que se destinam, regra geral, à população mais idosa que apresenta necessidades diferentes no que respeita aos cuidados de saúde. O fenómeno do envelhecimento resulta do crescente aumento da esperança média de vida e da diminuição da taxa de natalidade que deu origem ao envelhecimento da população portuguesa. Existiu, assim, necessidade de criação de infraestruturas e equipamentos que pudessem dar resposta a este crescente envelhecimento da população. (Bárrios & Fernandes, 2014). À medida que a população envelhece, os sistemas de saúde têm que se adaptar para que possam proporcionar os devidos cuidados às pessoas.

A nova realidade desta necessidade resulta dos fatores já referidos: o envelhecimento progressivo da população, consequência do aumento da esperança média de vida e a não renovação de gerações; as mudanças relacionadas com o perfil das patologias com peso significativo nas doenças crónicas e degenerativas e por último as alterações sociológicas com relevância para as pirâmides etárias, nomeadamente na estrutura da família. (OMS, 2008).

Em Portugal, tal como na Europa, o aumento da esperança média de vida e o consequente aumento do envelhecimento da população, a crescente prevalência de situações de cronicidade, de incapacidade, de pessoas com doenças incuráveis ou em estado avançado e em fase final de vida, as alterações na organização familiar, e o isolamento dos idosos fizeram emergir novas necessidades sociais e de saúde. (Bárrios & Fernandes, 2014).

As doenças crónicas mais incapacitantes na população idosa são a diabetes, as cardiopatias, os problemas osteoarticulares, a hipertensão arterial, a amputação de membros, a cegueira, a paraplegia, o cancro e por fim a doença renal. (Ferreira, 2012).

De facto as pessoas com mais de 65 anos são mais propícias à presença de uma limitação física, seja ela resultante de uma doença crónica ou degenerativa ou ainda, consequência de um acidente, acidente esse que pode limitar a autonomia do idoso. (OMS, 2008).

A crescente visibilidade da velhice, enquanto problema social, articula-se com a

necessidade de existirem novas orientações políticas e sociais dirigidas à terceira idade. (Ferreira, 2012).

No sentido de dar resposta a estas necessidades foram criados os Cuidados Continuados Integrados (CCI) que se definem como *“O conjunto de intervenções sequenciais de saúde ou de apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como 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 e social”* (Decreto – lei nº101/2006 de 6 de junho), que independentemente da idade, possam dar resposta a situações de dependência, prestando cuidados na globalidade e satisfazendo as necessidades de saúde e de apoio social. (Bárrios & Fernandes, 2014).

Desde há vários anos que os diferentes países na Europa e fora dela acionaram estratégias para darem resposta às iminentes necessidades de cuidados. No entanto os modelos de cuidados revelam-se bastante díspares entre países, existindo deste modo diferenças entre, por exemplo no, Canadá, países Nórdicos, França ou mesmo Portugal, onde o tipo de cuidados difere consoante os eixos, o peso e os contributos de cada um. (Guereiro & Lopes, 2014).

Na União Europeia, os cuidados continuados configuram uma vasta gama de serviços e apoios, destinados a pessoas dependentes nas Atividades de Vida Diária, como consequência de doenças crónicas e incapacitantes fisicamente. Nos diferentes estados membros, a responsabilidade de cuidados recai sobre público/família/privado. (Driest, 2006).

Existe um termo relacionado com estes cuidados que é o de “Longa duração” que difere de país para país. Estes cuidados não são definidos pelo período de tempo, mas sim pelos cuidados e serviços que prestam, por exemplo, no caso da Holanda a prestação de cuidados domiciliários durante uma semana já é considerado de longa duração. (Driest, 2006).

Ainda nos diferentes países da União Europeia os cuidados continuados estruturam-se frequentemente através dos serviços públicos e privados; os tipos de financiamento diferem entre nacional, regional e local. Estes podem ser influenciados pelas diferentes estruturas de cuidados formais e informais (os países mediterrâneos dispõem de cuidados

informais acima da média, mas o número de camas de cuidados a longo prazo situam-se a baixo da média dos restantes países da União Europeia. (Guereiro & Lopes, 2014).

Muitos países Europeus, por exemplo a Alemanha, iniciaram processo de reorganização e inovação, com consequências orçamentais acentuadas, e os países do sul encontram-se neste momento em franca expansão dos cuidados continuados. Os países Nórdicos iniciaram este sistema nos anos cinquenta (estabelecendo uma diferença demarcada entre diferentes tipos de serviços e instituições); já os países do sul da Europa encontram-se numa fase ainda de principiante, devido às dificuldades relativas de consolidação de financiamento e recursos humanos. Nos países Nórdicos, a sociedade predominantemente calvinista e luterana consolidou um sentimento de preocupação com o outro, que ainda não se verifica nos países do Sul da Europa. (Guereiro & Lopes, 2014).

O financiamento dos países da Europa Ocidental é feito através de dois tipos de sistema, nomeadamente, o modelo *Beveridge* que depende predominantemente dos impostos e é controlado pelo setor público (Dinamarca, Grécia, Espanha, Irlanda, Islândia, Itália, Noruega, Portugal, Finlândia, Suécia, Reino Unido); e ainda o modelo *Bismarck* que depende com predominância dos seguros, este é controlado pelo setor privado (Bélgica, Alemanha, França, Luxemburgo, Holanda, Áustria, Suíça e *Liechtenstein*). (Driest, 2006).

4. A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

No contexto geral dos cuidados continuados, surge, em 2006, em Portugal e no âmbito da atividade da coordenação Nacional para as Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência, o projeto de desenho e implementação de um novo Modelo de cuidados continuados integrados. O objetivo foi dar resposta a quem precisa de cuidados de saúde e, também, sociais. Em 2006, foi criada pelo Decreto-lei nº101/2006 de 6 de Junho, a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI). (Entidade Reguladora da Saúde, 2011). Esta Rede constitui-se como um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho, Solidariedade Social e da Saúde, e é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Estes apoios promovem a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas com situações de dependência e com autonomia diminuída.

Com a criação da RNCCI, inserida no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e no sistema de Segurança Social, o Estado Português reforçou as respostas de proteção social à velhice e às pessoas em situação de dependência, visto que a mesma constitui um novo nível intermédio e integrado de cuidados de saúde e de apoio social e, de ligação entre o internamento hospitalar e a comunidade. (Guereiro & Lopes, 2014).

A RNCCI possui um modelo concetual que assenta na promoção da autonomia da pessoa com dependência, de modo a que esta recupere as funcionalidades afetadas pela situação de saúde assentando na continuidade de cuidados, articulado com diferentes tipos de cuidado. Identifica-se uma abordagem na pessoa, através de um plano de intervenção, documentado e fruto do trabalho conjunto das equipas multidisciplinares. Apesar de contemplar a possibilidade de ter que recorrer ao regime de internamento para a prestação de cuidados, consequência da sua intensidade, complexidade ou do contexto sociofamiliar, estes deverão, preferencialmente, ser prestados no domicílio da pessoa cuidada. (Continuados, 2007).

A RNCCI preconiza uma mudança na conceção da prestação de cuidados, situando as pessoas, as famílias e as suas necessidades de cuidados no centro do atendimento,

introduzindo novos paradigmas de funcionamento. Esta nova visão implica o envolvimento de cada um dos intervenientes no processo: profissionais, utente, família ou cuidador, pelo que os sistemas e mecanismos de articulação e coordenação constituem uma das chaves do processo de avaliação e prestação de cuidados integrais e integrados. (Continuados, 2007).

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

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

- Melhorar as condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.
- Manter as pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida.
- Proporcionar apoio, acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação.
- Melhorar a qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.
- Proporcionar apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados.
- Articular e coordenar os cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação.
- Prevenir lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados. (Entidade Reguladora da Saúde, 2011).

4.1. Tipologia de Respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados

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

- Unidades de Convalescença;
- Unidades de Média Duração e Reabilitação;
- Unidades de Longa Duração e Manutenção;
- Unidades de Cuidados Paliativos;
- Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia;
- Equipas Domiciliárias.

As Unidades de Convalescença são unidades de internamento, independentes integrados num hospital ou noutra instituição articulados com um hospital de agudos, para que se possa prestar cuidados clínicos na sequência de um internamento hospitalar, consequência de uma situação clínica aguda ou processo crónico. (Entidade Reguladora da Saúde, 2011).

As Unidades de Média Duração e Reabilitação são unidades de internamento, articuladas com o hospital de agudos para prestação de cuidados de reabilitação e apoio psicossocial. Este internamento deve-se a um processo agudo, descompensação de um processo crónico ou ainda perda da autonomia que pode ser potencialmente recuperável. (Entidade Reguladora da Saúde, 2011).

As Unidades de Longa Duração e Manutenção são unidades de internamento, permanente ou temporário, que visam a prestação de cuidados de apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com processos e/ou doenças crónicas de diferentes níveis de dependência, que não reúnem condições favoráveis para que possam ser tratadas em domicílio. (Entidade Reguladora da Saúde, 2011).

As Unidades de Cuidados Paliativos são unidades de internamento, articulados com hospitais, que visam o acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em processos de sofrimento decorrente de uma doença avançada e/ou incurável ou progressiva.

(Entidade Reguladora da Saúde, 2011).

As Respostas Domiciliárias são da responsabilidade das equipas de Cuidados Continuados Integrados. Estas equipas são multidisciplinares e responsáveis pelos cuidados de saúde primários, prestam serviços domiciliários a pessoa que estão em situações de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença. (Entidade Reguladora da Saúde, 2011).

4.2. Referenciação de Utentes e Ingresso na Rede Nacional de Cuidados Continuados

A RNCCI tem uma abrangência e uma coordenação nacional. A Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) tem como principais funções a condução do projeto global e coordenação para acompanhamento da estratégia de operacionalização da Rede e a sua coordenação integral.

A RNCCI é dotada de flexibilidade que lhe é conferida através da coordenação e descentralização ao nível das regiões, assumida pelas Equipas de Coordenação Local (ECL). A estas equipas compete a nível regional, o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede, bem como a garantia e a equidade de acesso à mesma, visando a qualidade dos cuidados prestados e a articulação entre os vários serviços e equipas. Num nível mais operacional encontram-se as Equipas de Coordenação Local (ECL), estas avaliam e asseguram o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e atividades, no âmbito da referência. (Guereiro & Lopes, 2014).

O sistema de Referenciação de utentes na RNCCI baseia-se no princípio da oferta aos cidadãos das melhores condições possíveis de reabilitação em critérios previamente estabelecidos, nomeadamente: a dependência funcional transitória decorrente de um processo de convalescença ou outro; dependência funcional prolongada; idosos com critérios de fragilidade; incapacidade grave, com forte impasse psicossocial e doença severa, avançada ou em fase terminal. (Decreto – lei nº101/2006 de 6 de junho).

Os utentes que são referenciados para a Rede podem ter duas origens: uma através do Hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e outra através da comunidade,

nomeadamente, domicílio, hospital privado, ou outro local de residência. (ACSS, 2015).

Na primeira, o utente internado no hospital do SNS que careça de cuidados continuados integrados implica o envolvimento da equipa dos serviços hospitalares, estes sinalizam a necessidade de cuidados à Equipa de Gestão de Altas (EGA).

A referenciação de doentes com origem hospitalar deve ser concretizado pela equipa atrás referida, após pedido de ingresso à equipa Coordenadora Local da área de domicílio do utente, este processo deve ser concretizado até 48 horas antes da alta hospitalar do utente.

Na segunda, a sinalização de utentes vindos do domicílio, ou de outro local onde residam até à data da referenciação pode ser efetuada por qualquer profissional da área de saúde e/ou social, bem como qualquer cidadão que identifique a necessidade de cuidados de saúde e/ou apoio social.

Esta deve ser dirigida ao médico de família, enfermeiro ou assistente social do Centro de Saúde da área domiciliar do utente. A situação do utente deve ser avaliada pela equipa hospitalar de forma a assegurar a carência de cuidados, caso essa exista deve ser proposto o seu ingresso à Rede. A referenciação de um utente oriundo da comunidade deve ser efetuada pelo Centro de Saúde, através do elemento referenciador, como o(a) médico(a), enfermeiro(a) ou assistente social. (ACSS, 2015).

O processo de ingresso numa Unidade deverá estar em concordância com a preferência do critério de proximidade da área domiciliar do utente, para a admissão na Unidade existe a necessidade de obter o prévio consentimento escrito por parte do utente ou do seu representante. Compete à Equipa Coordenadora Local proceder ao cálculo de comparticipação por parte da Segurança Social, bem como, garantir a assinatura do Termo de Aceitação (TA) por parte do utente ou representante, quando existe tipologia adequada às necessidades do utente. (Guereiro & Lopes, 2014); (ACSS, 2015).

Esta mesma equipa deverá verificar se existe vaga disponível para o utente, caso não exista essa vaga, deverá contactar a equipa coordenadora regional da região mais próxima da área domiciliar do utente, e assim sucessivamente até à região geograficamente mais distante.

Existindo vaga numa unidade de internamento/equipa na região, a Equipa Coordenadora Regional (ECR) deve assegurar a articulação entre as equipas coordenadoras locais; Sempre que a equipa Coordenadora Local detentora da Unidade, não esteja na área

domiciliar do utente deve existir articulação entre esta e a regional para que exista desenvolvimento do processo, nomeadamente a programação, a mobilidade, a alta, a atualização, bem como revisão da comparticipação da Segurança Social. (ACSS, 2015).

Assim, o acesso à Rede é feito através de um processo de referenciação, normalmente com origem num Hospital ou num Centro de Saúde, em função dos critérios definidos, define-se qual o tipo de resposta mais adequada a cada situação, sendo feito o encaminhamento com base na harmonização entre as necessidades de reabilitação global/manutenção do estado de saúde cumprindo-se o princípio da garantia da equidade de acesso. (Guereiro & Lopes, 2014).

A alta da Rede deve começar a ser planeada desde o início do ingresso do utente na unidade/equipa, devendo resultar da articulação prévia entre a unidade ou equipa responsável pela prestação de cuidados, a Equipa Coordenadora Local da respetiva área, e quando aplicável a Equipa Coordenadora Local da área domiciliar do utente, e estar devidamente marcada como nota de alta. (ACSS, 2015).

São critérios de exclusão para o acesso à Rede:

- Episódio de doença em fase aguda que exija internamento em hospital;
- Necessidade exclusiva de apoio social;
- Necessidade de internamento para estudo de diagnóstico. (Continuados, 2007).

4.3. Caraterização dos Utentes dos Cuidados Continuados

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

O acesso dos utentes aos Cuidados Continuados de saúde em termos espaciais não depende apenas da existência de estabelecimentos próximos das populações, porque a proximidade não garante que os cuidados estejam disponíveis a toda a população. (Instituto da Segurança Social, 2013).

Os consumidores das Unidades de Convalescença são, maioritariamente, doentes

dependentes e a necessitar de componente de reabilitação intensiva. São, na sua grande maioria, doentes oriundos de serviços de Medicina Interna, de Oncologia, de Cirurgia, de Ortopedia/Traumatologia, de Neurologia. (Isabel, Horácio, & Catariba, 2011).

Os utentes das Unidades de Média Duração e Reabilitação são oriundos de outras respostas da Rede, de Instituições de Saúde ou de Solidariedade e Segurança Social ou, ainda, do domicílio, que careçam de cuidados integrados em regime de internamento, mas não de cuidados tecnologicamente diferenciados. Podem, ainda, existir Unidades de Média Duração e Reabilitação, com características próprias, destinadas a grupos específicos de utentes. (Isabel, Horácio, & Catariba, 2011).

O regime de Unidade de Dia destina-se a pessoas em situação de dependência, cujas condições clínicas e sociofamiliares lhes permitem a permanência no domicílio, mediante a prestação de cuidados em regime de dia. (Isabel, Horácio, & Catariba, 2011).

São utentes das Unidades de Longa duração e Manutenção, utentes que pela sua situação de dependência, por razões de doença ou de patologias associadas à idade necessitam de Cuidados Continuados Integrados. São utentes das Unidades de Cuidados Paliativos utentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrente de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva. (Isabel, Horácio, & Catariba, 2011).

5. CARATERIZAÇÃO GEOGRÁFICA E DEMOGRÁFICA DO DISTRITO DE BRAGANÇA

O Distrito de Bragança localiza-se na região do Nordeste de Portugal, pertence à província tradicional de Trás-os-Montes e Alto Douro. É limitado a Norte e a Leste pela Espanha, a Sul pelo distrito da Guarda e a Oeste pelo distrito de Vila Real. O distrito tem uma área total de 6 608 km², sendo o quinto maior distrito português, habitado por uma população de 148 808 habitantes. (Pordata, 2013). O distrito engloba 12 concelhos: Mirandela, Miranda do Douro, Vinhais, Freixo de Espada à Cinta, Torre de Moncorvo, Vimioso, Mogadouro, Vila Flor, Carrazeda de Ansiães, Macedo de Cavaleiros, Alfândega da Fé e Bragança sendo esta a capital do distrito. (Ribeiro & Fernandes, 2008).

O envelhecimento da população evidencia mudanças e desafios para a sociedade em diversos aspetos, nomeadamente, sociais, políticos, económicos e culturais (OMS, 2008), em real destaque para o distrito de Bragança, uma vez que este é essencialmente rural, apresentando uma taxa de atividade extremamente baixa e onde o peso de setor primário é ainda significativo. (Ribeiro & Fernandes, 2008). A população jovem e ativa foge da ruralidade, pois não se identifica com este modo de vida. A prática da agricultura de subsistência é um rendimento que não atrai os jovens. Por esta razão, a população jovem imigra para áreas urbanas em busca de melhores condições de vida e de outro rendimento que não a agricultura de subsistência. (Cepeda, 2002).

Destacam-se os concelhos de Bragança e Mirandela como os únicos concelhos que registaram crescimentos positivos, designadamente, de 5,10% e 2,40%, respetivamente. A população residente diminuiu 5,70% sendo os fenómenos de desertificação e despovoamento mais acentuados nos concelhos de Carrazeda de Ansiães, Vinhais e Vimioso.

Uma característica partilhada pelos distritos do Interior do país é o envelhecimento da população. O distrito de Bragança registou um crescimento do índice de envelhecimento de cerca de 100%. Ou seja, numa década, o índice de envelhecimento quase que duplicou. Para esta situação contribuíram, decisivamente, os concelhos de Macedo de Cavaleiros (212,30%), que registou a maior variação positiva no índice de envelhecimento, o concelho de Vimioso com 146,10% e os concelhos de Vinhais e Carrazeda de Ansiães com 124,90% e 124,10%, respetivamente. Foram, também, estes concelhos que registaram os maiores

decréscimos na população residente. (Ribeiro & Fernandes, 2008).

Os censos de 2011 demonstram que a população residente em Bragança entre os 25 e os 65 anos de idade é de 6,04%, e a população com mais de 65 anos é de 20,93%. No ano de 2011 o índice de envelhecimento da população foi de 159% no género masculino e 217,70% no género feminino, contribuindo para este aumento os concelhos de Vinhais, com 452% no género masculino e 571% no género feminino, e o concelho de Vimioso com uma percentagem de 447% para o género masculino e uma percentagem de 504% para o género feminino. (INE, 2011).

Em Bragança, cerca de 16% da população do distrito exerce atividades no setor secundário e 60% no setor terciário, principalmente no seu subsector, ou seja, os serviços sociais. O distrito revela dificuldade de atração na área mas, também, na área dos serviços de apoio às empresas, uma vez que existe uma elevada terciarização, especialmente em serviços de natureza social, em muito explicada pela concentração de serviços públicos, característicos de uma capital de distrito. (Plural - Planeamento Urbano, 2009).

Em termos de emprego, o seu crescimento foi impulsionado maioritariamente pelo setor terciário, principalmente pelo comércio, restauração e hotelaria, seguido da construção civil que é a segunda principal atividade em termos empregadores, sendo a que, em termos absolutos, gerou um maior número de postos de trabalho. (INE, 2011); (Plural - Planeamento Urbano, 2009).

Em relação às atividades industriais, houve uma ligeira evolução positiva, principalmente nos últimos anos, no entanto o seu peso continua a ser muito reduzido, o que reflete a incapacidade já mencionada deste setor em se afirmar na economia concelhia. (Plural - Planeamento Urbano, 2009).

São inerentes as dificuldades de acesso às Unidades de Cuidados Continuados integrados no distrito, devido à distância existente entre elas, é verificável que a dispersão entre as unidades do distrito de Bragança é grande. Com a população do Norte interior cada vez mais envelhecida e com rendimentos em média de 341,51 euros em comparação como Porto que demonstra rendimento em média de 418,97 euros, as dificuldades no distrito tornam-se maiores, pois com rendimentos tão baixos por vezes as pessoas negam cuidados de que precisam. (INE, 2011).

6. DOENÇAS/PROBLEMAS RELACIONADOS COM A SAÚDE MAIS PREVALENTES EM CUIDADOS CONTINUADOS

Em Cuidados Continuados, as doenças/problemas relacionados com a saúde, mais prevalentes são os acidentes vasculares cerebrais, as úlceras de pressão e as fraturas, nomeadamente as fraturas de fémur.

6.1. Acidente Vascular Cerebral

Acidente Vascular Cerebral (AVC) refere-se a um conjunto de sintomas de deficiência neurológica, pelo menos durante 24 horas, podendo resultar daí lesões cerebrais provocadas pelas alterações do fluxo sanguíneo no cérebro. (Martins, 2002).

O acidente vascular cerebral é definido como um déficite neurológico, de início repentino, que se pode prolongar por 24 horas ou mais. (Phipps, 2003).

O AVC é uma síndrome neurológica complexa que pode envolver anormalidades de funcionamento cerebral, podendo decorrer de uma interrupção da circulação de sangue no cérebro. (Silvia, MOccH, Andrea, Wayne, Eyal, Yingying & Rebecca, et al, 2014).

O AVC corresponde a uma lesão cerebral que resulta na interrupção do fluxo de sangue arterial, que pode surgir de uma obstrução de um vaso resultante de um trombo ou êmbolo, estes podem ser provocados pelo rompimento da parede da artéria ou pelo fluxo de perfusão cerebral insuficiente. (Silva, 2007).

6.1.1. Etiologia do Acidente Vascular Cerebral

São consideradas a trombose, a hemorragia, a embolia e a isquemia cerebral transitória como as principais causas de acidente vascular cerebral agudo.

Na trombose, na hemorragia e na embolia é produzida uma área de hipoxia ou necrose de tecido celular do cérebro que corresponde à parte que é irrigada pela artéria ou atingida pela hemorragia podendo provocar uma zona de edema que pode ser extensa ou não. (Lima, 2009).

6.1.2. Tipos de Acidente Vascular Cerebral

Podem ser distinguidos 3 tipos de AVC: os hemorrágicos, os trombóticos e os embólicos. O AVC Hemorrágico corresponde ao extravasamento de sangue no tecido cerebral, que tem como consequência o rompimento vascular localizado. Existem deste modo, vários fatores que podem dar origem a esta situação, tal como, a hipertensão, arterioesclerose, aneurismas congénitos, tumores e, ainda, traumatismos cranioencefálicos. O AVC Hemorrágico pode então ser derivado de hemorragias cerebrais, parenquimatosas e subaracnóideas. (Martins, 2002).

Um AVC Trombótico ocorre quando o processo que é responsável pela oclusão se desenvolve no próprio local. As trombozes podem ocorrer por dois fatores, quando ocorre um endurecimento das artérias e quando o transporte de lípidos do fluxo de sangue aumenta, estes vão-se acumulando nas paredes das artérias dando origem, então, aos trombos que obstruem a passagem de sangue que transporta oxigénio às células cerebrais. (Martins, 2002).

O acidente isquémico transitório (AIT), tal como o próprio nome indica, é transitório, breve, dando origem a déficite neurológico, que faz remissão sem deixar vestígios residuais. (Lima, 2009).

O AVC embólico corresponde à obstrução de uma artéria por um corpo estranho, normalmente, em movimento (êmbolo). Este AVC instala-se de forma súbita, tendo sinais clínicos dependentes da zona vascular afetada. (Martins, 2002).

6.1.3. Fatores de Risco

Os fatores de risco agrupam-se em duas categorias: os não modificáveis, tal como, a idade, género, a raça, fatores genéticos, fibrilhação auricular, cardiopatias trombóticas e Acidente Isquémico Transitório (AIT) e fatores de risco modificáveis, tal como a hipertensão arterial, tabagismo, diabetes mellitus, álcool, dislipidémia, obesidade, contraceptivos orais e sedentarismo. (Martins, 2002); (Phipps, 2003); (Lima, 2009).

6.1.4. Epidemiologia do Acidente Vascular Cerebral

Os AVC foram responsáveis por cerca de 4,4 milhões de mortes em todo o mundo. Portugal é o país da Europa Ocidental com maior taxa de mortalidade provocada por esta doença, nos homens cerca de 129 mortes por 100 000 habitantes e nas mulheres 107 por 100 000 habitantes. (Correia, 2006).

O AVC é uma das principais causas de mortalidade em Portugal, é uma doença mais incapacitante que mortal, cerca de 20 % dos afetados morre no primeiro ano após o surgimento da doença, e os que sobrevivem tornam-se incapacitados, dependentes de terceiros e com graves déficits neurológicos, a prevalência é maior nos homens que nas mulheres e maior em negros que em brancos. (Oliveira, 2003).

O AVC encontra-se entre as mais incidentes condições médicas nos Estados Unidos da América, vitimizando cerca de 500 000 pessoas por ano, ocupa deste modo o terceiro lugar entre as causas de morte nos países desenvolvidos. (Silvia , MOccH, Andrea, Wayne, Eyal, Yingying & Rebecca, et al, 2014).

6.2. Úlceras de Pressão

As úlceras de pressão correspondem a uma lesão localizada, comprometendo pele e/ou tecidos subjacentes, normalmente são mais incidentes nas proeminências ósseas, e são consequências de pressão ou pressão associada à fricção.

A úlcera de pressão tem origem na pressão interscital que excede a pressão intracapilar, levando a uma deficiência de perfusão capilar impedindo, deste modo, o transporte de nutrientes ao tecido. (Rocha, Miranda, & Andrade, 2006).

6.2.1. Tipos de Úlceras de Pressão

Úlcera de nível 0: suspeita de lesão tecidual profunda, área de cor púrpura localizada, bolha hemética provocada por pressão ou fricção nas partes moles.

Úlcera de nível 1: hiperemia em área localizada sobre proeminência óssea.

Úlcera de nível 2: perda parcial de espessura da derme, sem necrose, ou bolha com conteúdo seroso.

Úlcera de nível 3: perda total da espessura da derme, subcutâneo pode ser visualizado, mas o osso, tendão e músculos não estão expostos.

Úlcera de nível 4: perda total de espessura, com osso, tendão e músculo expostos, pode também existir necrose tecidual.

Úlcera não classificável: perda de espessura total, onde a localização da úlcera está totalmente coberta por necrose do tecido. (Rocha, Miranda, & Andrade, 2006).

7.2.3. Fatores de risco

Os fatores de risco para o aparecimento de úlceras de pressão podem ser agrupados em dois tipos: intrínsecos e extrínsecos.

Como fatores intrínsecos estão presentes a imobilidade, alterações do estado de sensibilidade, alterações do estado da consciência, idade, género, má perfusão/oxigenação tecidual, esta pode ser provocada por anemias, tabagismo, diabetes mellitus, entre outras causas, e ainda o estado nutricional.

Como fatores extrínsecos estão presentes a pressão, esta não pode exceder os 32 mmHg, as forças de fricção, nomeadamente o deslocamento do corpo sobre a pele fixa à superfície externa, forças de fricção resultante da fricção entre duas superfícies e, também, a maceração/humidade excessiva derivada da incontinência tanto urinária como fecal, secreções respiratórias, vômitos, entre outras. (Rocha, Miranda, & Andrade, 2006).

7.3. Fraturas de Fémur

São fraturas, normalmente associadas a lesões na anca. Consoante o tamanho da cabeça femoral pode ser considerado dois tipos de fraturas: fraturas da cabeça com fragmento pequeno e fraturas da cabeça com fragmento grande. (Proença, 2008).

7.3.1. Tipos de Fraturas de Fémur

Existem quatro tipos de fraturas de fémur: as Fraturas do Colo Femoral que se situam na região compreendida entre a linha rasante à base da cabeça e a linha basicervical, estas podem surgir em doentes idosos, na generalidade mulheres que sofrem uma queda. (Proença, 2008).

As Fraturas da Cabeça Femoral estão geralmente associadas à luxação da anca, que pode ter ou não fratura da parede posterior do acetábulo. Estas são fraturas são de urgência cirúrgica, sendo que em idosos com idades superiores a 65 anos recorre-se, geralmente, à artroplastia da anca. (Proença, 2008).

As Fraturas da Região Trocântérica situam-se compreendidas entre a linha basicervical até dois centímetros e meio abaixo do pequeno trocânter. São fraturas típicas de pessoas idosas e ocorrem com mais frequência em mulheres, consequência também de uma queda. (Proença, 2008).

As Fraturas da Diáfase Femoral dividem-se entre fraturas de baixa energia e fraturas de alta energia. As primeiras ocorrem principalmente em crianças e idosos, sendo resultantes de uma torção em traço espiral. As segundas são mais incidentes em jovens envolvidos em acidentes mais violentos, por exemplo acidentes de viação, estas originam-se devido à força de embate no joelho que é transmitida, longitudinalmente, ao longo do fémur. (Carrilho, 2012).

7. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

A partir da década de 60, surgiram modificações nos padrões de morbimortalidade da população devido aos processos de transição.

7.1. Transição Demográfica

A composição de uma população é um reflexo da sua dinâmica ao longo dos tempos. O processo de transição demográfica é descrito desde há algumas décadas, referindo-se aos efeitos que as mudanças nos níveis de fecundidade, natalidade e mortalidade podem ter sobre o ritmo de crescimento populacional e sobre a estrutura por idade e género, tem sido utilizado para designar a condição de passagem de um contexto populacional, onde prevalecem altos níveis de mortalidade e natalidade, para outro onde esses níveis são mais reduzidos. (Letícia & Mário, 2006); (Carmo, Dagnino, & Johansen, 2014).

O fator decisivo para o envelhecimento da população é a queda da fecundidade, ou seja, a diminuição relativa de contingentes de população nas faixas etárias mais jovens e a ampliação da população nas faixas etárias mais envelhecidas. (Letícia & Mário, 2006).

São identificados quatro estádios de transição demográfica:

1. Fase pré-industrial ou primitiva, onde existe um equilíbrio populacional, onde as taxas de natalidade e mortalidade infantil, são extremamente elevadas;
2. Fase intermédia, na qual as taxas de natalidade continuam altas enquanto que as taxas de mortalidade diminuem. Nesta fase, o ritmo de crescimento populacional cresce, caracterizado pelo nome “explosão populacional”;
3. Fase intermediária, onde a natalidade passa a decrescer num ritmo mais acelerado do que a mortalidade, cujo efeito dá origem ao envelhecimento populacional.
4. Na finalização deste processo, existe um retorno ao equilíbrio populacional podendo ser denominado de fase moderna ou de pós-transição. A população fica estável, isto traduz-se na reposição dos níveis de fecundidade, como consequência desta reposição a esperança de vida aumenta, a população envelhece e pode ainda existir um alargamento da proporção das mulheres. (Letícia & Mário, 2006); (Malta, Cezário,

Moura, Neto, & Junior, 2006); (Omran, 1996).

Uma mudança pertinente ocorre como consequência da transição demográfica, nomeadamente, o envelhecimento da população. Na fase seguinte, a natalidade diminui, o envelhecimento cresce, pois a taxa de natalidade é decrescente, ou seja, a proporção de adultos e idosos é maior em relação à proporção infantil e jovem. (Letícia & Mário, 2006).

7.2. Transição Epidemiológica

Nesta transição ocorrem mudanças nos padrões de mortalidade e morbidade de uma população. De uma forma mais aprofundada, integra as mudanças dos padrões de saúde e doença, mortalidade, fecundidade, estrutura por idades, além dos fatores socioeconômicos, ecológicos, estilos de vida e suas consequências para os grupos populacionais.

O conceito de transição epidemiológica surge a partir da teoria da transição demográfica, referindo-se a alterações seculares dos padrões de saúde e doença relacionados com os fatores sociais, econômicos e demográficos. Segundo Omran à medida que os países atingem níveis de desenvolvimento mais elevados, as melhorias das condições sociais, econômicas e de saúde provocam a transição de um padrão de expectativa de esperança média de vida baixa, para um padrão de esperança média de vida mais elevada. (Omran, 1996).

Durante esta transição podem ocorrer alterações lentas e de longa duração nos padrões de mortalidade e morbidade, substituindo-se as pandemias de doenças infecciosas e parasitárias e da deficiência nutricional (subnutrição) pelas doenças crônico-degenerativas e aquelas que podem ser provocadas pelo homem (como as causas externas), como principais causas de doença e conseqüentemente morte. (Duarte & Barreto, 2012).

A teoria da transição epidemiológica tem como principal premissa as taxas de mortalidade e fecundidade como as mais importantes na dinâmica de uma população. A primeira estabelece a tendência e o ritmo de mudança da maior parte das sociedades e, a segunda assume uma posição de direção ou ritmo quando a taxa de mortalidade.

Através dos vários estádios de transição epidemiológica pode-se verificar que as sociedades não estão totalmente imunes à elevada mortalidade geral, ou por faixas etárias, consequência das crises socioeconômicas, crises políticas e ainda acontecimentos /eventos ambientais/ecológicos, como as emergências ou ressurgimento de doenças ou falhas nas

tecnologias médicas existentes, ou ainda, a ineficiência dos serviços de saúde vigentes. (Letícia & Mário, 2006); (Omran, 1996).

Devido às alterações na mortalidade, nos padrões de causas de morbidade e mortalidade e ainda na fecundidade, existiu necessidade de distinguir cinco estádios da transição epidemiológica:

1. Estádio 1- período de grandes pragas de fome, níveis de mortalidade e fecundidade elevadíssimos com prevalência de doenças infecciosas e parasitárias, desnutrição, problemas de saúde reprodutivos, crescimento da população lento, esperança média de vida entre os 20 e os 40 anos, com taxas de natalidade moderadas e altas.
2. Estádio 2- período de desaparecimento das pandemias, mortalidade e fecundidade em queda, com variações espaciotemporais.
3. Estádio 3- aparecimento das doenças degenerativas e doenças provocadas pelo homem, causadas por fatores externos, mortalidades e fecundidade reduzida.
4. Estádio 4- estágio de declínio da mortalidade devido às doenças cardiovasculares, infecciosas, neurológicas, endócrino- metabólicas, visuais, gastrointestinais, entre outras, dando origem, conseqüentemente, ao envelhecimento da população, às alterações dos estilos de vida existentes e ao aparecimento de doenças emergentes e ressurgimento de outras.
5. Estádio 5- período de longevidade, surgimento de doenças enigmáticas e capacitação tecnológica para a sobrevivência do inativo. (Duarte & Barreto, 2012).

II – ESTUDO EMPÍRICO

1. OBJETIVOS

Geral

Identificar e analisar as características familiares, sociais, demográficas e clínicas dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no distrito de Bragança, com o intuito de adequação e contribuição de cuidados e promoção da satisfação das necessidades individuais.

Específicos

- Identificar as características sociais, demográficas e familiares dos utentes da RNCCI do distrito de Bragança (idade, género, habilitações literárias, origem geográfica do utente, área de residência, profissão, situação profissional, existência de cuidador principal e relação deste como utente).
- Descrever as características clínicas dos utentes, nomeadamente, proveniência dos utentes para as UCCI, tempo de internamento, motivo de saída, destino após a alta, diagnóstico inicial, ano de admissão e ano de saída.
- Analisar a associação entre as UCC do distrito de Bragança e as variáveis género, idade, origem geográfica, diagnóstico inicial, tempo de internamento, proveniência dos utentes para as UCC e motivo de saída.
- Analisar a associação entre a patologia e género, origem geográfica.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de estudo

É um estudo transversal, retrospectivo, de metodologia quantitativa onde se efetuou uma descrição, análise e correlação entre as variáveis das características epidemiológicas dos consumidores dos cuidados continuados das Unidades de Cuidados Continuados de Miranda do Douro, Torre de Moncorvo e Mogadouro.

2.2. População / amostra

A população alvo do estudo corresponde aos utentes que são consumidores dos cuidados continuados em todas as UCC do distrito de Bragança que estiveram internados desde 2008 até ao final de dezembro de 2013 perfazendo uma amostra de 785 utentes.

Foram definidos como critérios de inclusão todos os utentes internados nos cuidados continuados no período de 2008 até dezembro de 2013; e como critérios de exclusão foram definidos os utentes que estiveram internados antes ou depois do período acima referido e, ainda, utentes internados com formulários incompletos por mais de 50 %. (não se verificou nenhum caso). Assim, a amostra final para análise ficou constituída pelos 785 utentes.

Foram selecionadas as instituições de cuidados continuados do distrito de Bragança, estas são de âmbito público: as Unidades de Média Duração e Reabilitação de Freixo de Espada à Cinta e Vila Flor; as unidades de Longa Duração e Manutenção de Freixo de Espada à Cinta, Mogadouro, Vila Flor, Miranda do Douro, Torre de Moncorvo e Vimioso; a Unidade de Convalescença do Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E. — Unidade de Macedo de Cavaleiros e a Unidade de Cuidados Paliativos do mesmo.

As Unidades de Longa Duração e Manutenção de Freixo de Espada à Cinta e Vila Flor; as Unidades de Média Duração e Reabilitação de Freixo de Espada à Cinta e Vila Flor, não autorizaram a recolha de dados (Anexo I e II).

A Unidade de Longa Duração e Manutenção de Vimioso também não autorizou a recolha, a resposta foi dada pessoalmente.

Na Unidade de Convalescença do Centro Hospitalar do Nordeste, E. P.E.- Unidade de Macedo de Cavaleiros e a Unidade de Cuidados Paliativos do mesmo, também não foi realizada recolha de dados, foi efetuado contacto, mas não existiu uma resposta final.

2.3. Caraterização social e demográfica da amostra

Neste estudo a amostra é composta por 785 utentes das UCCI que participaram neste estudo. Verificou-se que 50,80% são do género masculino e a maior parte (43,80%) encontra-se entre os 81 e 90 anos de idade.

Pela análise da Tabela 2 observou-se que a média de idades das mulheres, que constituem a amostra, é de 87,41 anos de idade, com desvio padrão de 8,77 anos, com uma idade mínima de 43 e máxima de 104 anos. No género masculino a média de idades que constituem a amostra é de 78,50 anos de idade, com um desvio padrão de 9,99 anos, com uma idade mínima de 32 e máxima de 96 anos.

Constatou-se que a distribuição dos utentes por unidade é mais ou menos próxima, sendo a distribuição por unidade (região) a seguinte: Mogadouro 36,56% utentes, Miranda do Douro 32,73% e Torre de Moncorvo 30,70%.

2.4. Variáveis

2.4.1. Variável dependente

A principal variável dependente são as Unidades de Cuidados Continuados Integrados (utentes) , nomeadamente, Torre de Moncorvo, Miranda do Douro e Mogadouro do distrito de Bragança. No entanto, a patologia inicial/diagnóstico inicial associada aos utentes das UCCI também assumiu papel de variável dependente, sendo este, objetivo apenas de caraterização da amostra em estudo.

2.4.2. Variáveis independentes

2.4.2.1. Variáveis sociais, demográficas e familiares

Variáveis sociais e demográficas (Idade, Género, Local de Residência, Origem Geográfica do utente, Estado Civil, Habilitações Literárias, Situação Profissional, Profissão/ocupação, Cuidador Principal e Grau de Parentesco do Cuidador Principal).

Local de residência: Freixo de Espada à Cinta; Torre de Moncorvo; Vila Flor; Mogadouro; Miranda do Douro; Alfândega da Fé; Carrazeda de Ansiães; Bragança; Macedo de Cavaleiros; Vinhais; Vimioso; Mirandela e Fora do distrito de Bragança.

Origem geográfica: Rural; urbano.

Estado Civil: Solteiro; Casada/o/União de facto; Separada/o/Divorciada/o; Viúva/o e outra.

Habilitações literárias: Sem Habilitações; Até 4 anos; De 5 a 9 anos; De 10 a 12 anos e Superior a 12 anos.

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

Profissão/ocupação: Operadores de Máquinas/Fábrica; Vendedores Ambulantes; Agricultura e Pescas não Qualificadas; Empregada Doméstica; Serviços e Vendedores; Agricultores e Trabalhadores qualificados de agricultura e pescas; Pintores; Costureiras; Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio; Administrativos; Quadros Superiores; Especialistas/Profissões Intelectuais e Científicas.

Cuidador Principal: Sim; Não.

Grau de parentesco do Cuidador Principal: Cônjuge; Filho/a; Nora/Genro; Sobrinho/a; Tio/a; Neto/a; Mãe/Pai; Vizinhos/as; Amigos/as; outros e sem retaguarda familiar.

Relativamente à operacionalização das variáveis sociais, demográficas e familiares acima mencionadas, foram categorizadas de acordo com a classificação usada no programa *Gestcare* para os Cuidados Continuados Integrados atualmente utilizado nas UCCI. (Care4it Health Care Solutions, 2011).

2.4.2.2. Variáveis clínicas dos utentes

Foram consideradas as seguintes variáveis: Diagnóstico inicial/Patologia de Ingresso, Tempo de Internamento (em dias), proveniência dos utentes para as UCCI, Tipologia de Internamento, Motivo de Saída, Destino após a alta.

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

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

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

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

Motivo de Saída: Óbito; Agudização; Transferência; Alta a Pedido; Alta por Atingir os objetivos.

Destino depois da Alta: Domicílio; Domicílio com Suporte Informal; Famílias de Acolhimento; Lar/Resposta social; Outra resposta da RNCCI e Hospital.

As variáveis clínicas acima mencionadas, foram também categorizadas de acordo com a classificação usada no programa *Gestcare* para os Cuidados Continuados Integrados

atualmente utilizado nas UCCI. (Care4it Health Care Solutions, 2011).

2.5. Instrumento de recolha de dados

Recorreu-se a uma *checklist* para as Unidades de Cuidados Continuados Integrados baseada na informação existente nas bases de dados do sistema informático ou escrito da Rede Nacional de Cuidados Continuados. O programa utilizado nas unidades é o *Gestcare* para os Cuidados Continuados Integrados, este foi desenvolvido em 2007. O objetivo deste programa é a monitorização e registo das necessidades dos consumidores da RNCCI. Existe *online* e é acedido em tempo real, permitindo assim, responder às necessidades da rede, nomeadamente, equipas de gestão de altas clínicas, Centros de Saúde, Equipas de Coordenação Local, Equipas de Coordenação Regional, prestadores de cuidados, unidades e equipas, e ao próprio utente.

Uma das vantagens do *Gestcare* é a monitorização dos circuitos de referenciação da RNCCI, este programa integra também vários modelos de avaliação do utente. Os modelos de avaliação implicam: avaliação médica, avaliação de enfermagem, avaliação social, risco de úlceras de pressão, avaliação das mesmas, instrumento de avaliação integrado (biopsicossocial), risco/avaliação dos diabetes, exames auxiliares de diagnóstico, registo de pensos, registo de fármacos, reações adversas aos medicamentos, registo de infeções, cálculo de comparticipação, outras avaliações, avaliação da dor, risco de quedas, cuidados paliativos, registo do consumo de fraldas, identificação da necessidade de apoio social, registo de prestação de cuidados ao domicílio, agudizações/reservas de vaga e nota de alta. (Care4it Health Care Solutions, 2011).

A *checklist* é constituída por questões de ordem sociais e demográficas, familiar e clínica, como o diagnóstico inicial da unidade.

Com a *checklist* pode-se avaliar as características epidemiológicas presentes nos consumidores da Rede Nacional de Cuidados Continuados, recolhendo elementos sociais e demográficos, nomeadamente, a idade, género, o local de residência e a origem geográfica; elementos sociais como o estado civil, as habilitações literárias, a situação profissional e a ocupação ou profissão; elementos familiares, tais como, a relação existente entre o utente e

o cuidador principal, caso exista; e ainda recolher elementos clínicos, como, o diagnóstico principal ou patologia de ingresso, a proveniência do utente para as unidades de Cuidados Continuados, a tipologia de internamento, os motivos de saída, o destino depois da alta, e ainda, o ano de admissão e saída (Anexo III).

Esta recolha de dados permitirá fazer uma caracterização mais promenorizada possível do tipo características epidemiológicas existentes nos utentes consumidores da Rede Nacional de Cuidados Continuados, para que se possa adaptar os cuidados promovendo uma satisfação das necessidades individuais de cada utente. (Martins, 2002).

O instrumento de recolha de dados teve alteração na alínea 3, pois nas unidades do distrito de Bragança também são provenientes utentes de fora do distrito, nomeadamente Porto, Vila Nova de Foz Côa, entre outras localidades.

A alínea 10 da *checklist* sofreu também alteração pois, em certos casos, os utentes não possuíam qualquer tipo de retaguarda familiar.

Na alínea 16, pois quando existiam casos de transferência, inicialmente não foi colocado como destino depois da alta outras unidades da RNCCI, ainda nos casos de agudização existiu necessidade do acrescento da opção hospital como local de destino após a alta (Anexo IV).

2.6. Recolha de dados

A recolha de dados foi realizada pela investigadora deste estudo, no período de junho de 2014 até janeiro de 2015. Procedeu-se à recolha de dados em Mogadouro no dia 16 de julho de 2014, pela manhã das 9:00 até 12:30; dia 16 de setembro de 2014 o dia inteiro, das 9:00 até 17:00 e dia 22 de outubro de 2014, o dia inteiro também. A recolha foi efetuada na própria Unidade, os dados foram recolhidos através do programa da mesma, o Gestcare, com acompanhamento da assistente social da Unidade, que esteve sempre presente na recolha.

Em Torre de Moncorvo procedeu-se à recolha de dados dia 19 de setembro de 2014 apenas pela manhã das 9:00 até 12:30; dia 25 de novembro de 2014 apenas pela tarde das 14:00 até às 17:00; dia 29 de janeiro de 2015 o dia inteiro das 9:00 até 17:00 e ainda dia 31 de janeiro de 2015, apenas de manhã das 9:00 até às 11:00. A recolha de dados foi efetuada

nas instalações da própria Unidade, através do programa utilizado por esta, o Gestcare, não foi facultado acompanhamento na recolha de dados, pois não existia disponibilidade por parte dos funcionários para auxílio.

Em Miranda do Douro, procedeu-se à recolha de dados nos dias 12,13,14 de agosto de 2014 durante todos o dia das 9:00 até 17:00. Esta recolha foi feita na própria Unidade, com auxílio de um funcionário que fez o acompanhamento durante toda a recolha, esta foi efetuada através do programa vigente na unidade, que é o mesmo utilizado nas Unidades já referidas acima.

2.7. Tratamento Estatístico

A análise estatística dos dados relativos ao estudo desenvolvido foi realizada através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS for Windows*, versão 20.0. Na primeira fase, com vista a descrever e caraterizar a amostra em estudo, foi realizada uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Recorreu-se às medidas estatísticas: frequências absolutas, frequências relativas, média, desvio padrão, coeficiente de variação de forma a descrever as caraterísticas sociais, demográficas, familiares e clínicas dos utentes.

A análise estatística dos resultados obtidos foi realizada através de tabelas de contingência com aplicação do teste do qui-quadrado, com o objetivo de avaliar a independência das variáveis. As condições de aplicação do teste de independência do teste do qui-quadrado (amostra superior a 20 elementos; frequência esperada superior a 1 e 80% da frequência esperada superior a 5) nem sempre foram verificadas e nessas circunstâncias recorreu-se ao teste exato de Fisher.

Recorreu-se também ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* de modo a comparar três ou mais grupos de indivíduos relativamente a uma variável escalar. Este teste é alternativo ao teste paramétrico ANOVA cuja utilização pressupõe a verificação da homogeneidade, independência e normalidade dos resíduos. O nível de significância dotado foi de 5%.

2.8. Questões éticas

No desenvolvimento deste estudo estiveram presentes os princípios da Declaração de Helsínquia, princípios que acompanham todo e qualquer processo de pesquisa. (BR, DHAMM, 2013). Foi assegurada a confidencialidade dos dados fornecidos pelas instituições intervenientes no estudo. Foi obtida autorização por parte dessas Instituições, através dos seus provedores ou membros da direção e diretores técnicos, que foram contactadas pessoalmente ou por escrito.

3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

3.1. Análise Descritiva

Nas Tabelas que se seguem (1, 2 e 3) encontram-se as características sociais e demográficas dos utentes em estudo de modo geral e também em função do género, idade, habilitações literárias, proveniência, conselho de residência, profissão e situação profissional.

Pela análise da Tabela 1 verifica-se que o grupo etário com maior representatividade nas UCCI são os utentes com idades compreendidas entre os 81 e 90 anos 43,8%, seguindo-se os utentes com idades compreendidas entre 71 e 80 anos 35,70%, as restantes faixas etárias têm uma baixa representatividade, sendo a menos prevalente até aos 60 anos 4,30%. Relativamente ao género, verifica-se que as mulheres são mais representativas das faixas etárias mais elevadas, nomeadamente dos 81 aos 90 anos 49,70% das mulheres e 38,10% dos homens) e mais de 90 anos (9,80% das mulheres e 6,50% dos homens).

Relativamente ao estado civil, tabela 1, observa-se que maioritariamente dos utentes são casados ou vivem em união de facto 47,40%, seguindo-se o estado civil de viuvez 37,60%.

De referir que a maioria 63,90% dos homens é casada ou vive em união de facto e a maioria das mulheres 55,70% é viúva. Os restantes estados civis apresentam menor prevalência, em especial o estado divorciado/separado 3,80%.

Quanto às habilitações literárias, tabela 1, observa-se que 47,50% dos utentes não tem habilitações, dos quais 134 são homens e 239 são mulheres e que 49,30% possuem até 4 anos de escolaridade, sendo 248 homens e 139 mulheres. Os restantes utentes têm escolaridade superior a 5 anos, sendo que 1,80% tem até 9 anos de estudos, 0,80% tem até 12 anos de estudo e 0,60% tem estudos superiores a 12 anos.

No que concerne à Origem geográfica verifica-se que a maioria 67% dos utentes é de uma zona rural e os restantes 33% são de zona urbana. A distribuição por zona é idêntica entre géneros.

Tabela 1 – Distribuição da amostra em função das variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias e proveniência)

Variáveis sociais e demográficas		Frequência					
		Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Idade (anos)	Até 60	24	6,00	10	2,60	34	4,30
	De 61 a 70	37	9,30	26	3,70	63	8,00
	De 71 a 80	160	40,10	120	31,10	280	35,70
	De 81 a 90	152	38,10	192	49,70	344	43,80
	Mais de 90	26	6,50	38	9,80	64	8,20
	Total	399 (50,80%)	100	386 (49,20%)	100	785	100
Estado Civil	Solteiro	45	11,30	43	11,10	88	11,20
	Casado/União de Facto	255	63,90	117	30,30	372	47,40
	Divorciado/Separado	19	4,80	11	2,80	30	3,80
	Viúvo	80	20,10	215	55,70	295	37,60
	Total	399 (50,80%)	100	386 (49,20%)	100	785	100
Habilitações Literárias	Sem habilitações	134	33,60	239	61,90	373	47,50
	≥ 4 Anos	248	62,20	139	36,00	387	49,30
	≥ 5 a 9 anos	11	2,80	3	0,80	14	1,80
	≥ 10 a 12 anos	4	1,00	2	0,50	6	0,80
	> 12 Anos	2	0,50	3	0,80	5	0,60
	Total	399 (50,80%)	100	386 (49,20%)	100	785	100
Origem Geográfica	Rural	264	66,20	262	67,90	526	67
	Urbana	135	33,80	124	32,10	259	33
	Total	399 (50,80%)	100	386 (49,20%)	100	785	100

Na Tabela 2, observa-se que a idade média das mulheres é de 81,41 anos, superior à idade média dos homens de 78,50 anos. Observa-se uma dispersão de idades fraca em ambos

os géneros e globalmente, pois os coeficientes de variação são relativamente baixos (12,65% no género masculino e 10,77% no género feminino).

Tabela 2 – Distribuição da amostra em função do género e idade

Género	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coefficiente variação
Masculino	399	32	96	78,50	9,933	12,65%
Feminino	386	43	104	81,41	8,771	10,77%
Total	785	32	104	79,93	9,486	11,87%

Por observação da Tabela 3, verifica-se que a maioria dos utentes 20,80% são do concelho de Miranda do Douro, segue-se o concelho de Mogadouro com 19,90% dos utentes e Torre de Moncorvo com 12,10% dos utentes. Os restantes concelhos do distrito de Bragança têm baixa representatividades nas UCCI em estudo, abaixo dos 5,20%, e fora do distrito temos 10,60% dos utentes. Relativamente ao género, verifica-se que o número de utentes do género é superior ao número de utentes do género masculino para os concelhos: Freixo de Espada à Cinta, Torre de Moncorvo, Miranda do Douro, Alfândega da Fé, Bragança, Mirandela e fora do distrito de Bragança.

Tabela 3 – Distribuição da amostra por conselho de residência e género

Conselho	Frequência					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Freixo de Espada à Cinta	4	1	6	1,60	10	1,30
Torre de Moncorvo	45	11,30	50	13	95	12,10
Vila Flor	15	3,80	13	3,40	28	3,60
Mogadouro	88	22,10	68	17,60	156	19,90
Miranda do Douro	81	20,30	82	21,20	163	20,80
Alfândega da Fé	16	4,00	17	4,40	33	4,20
Carrazeda de Ansiães	11	2,80	10	2,60	21	4,20
Bragança	29	7,30	36	9,30	65	8,30
Macedo de Cavaleiros	27	6,80	8	2,10	35	4,50
Vinhais	11	2,80	5	1,30	16	2
Vimioso	25	6,30	14	3,60	39	5
Mirandela	15	3,60	26	6,70	41	5,20
Fora do distrito de Bragança	32	8	51	13,20	83	10,60
Total	399	1000	386	100	785	100

Na Tabela 4, apresenta-se a caracterização profissional da amostra, nomeadamente a profissão que desempenham ou desempenharam e a situação profissional atual.

Analisando a Tabela 4 verifica-se que a maioria 82,60% dos utentes em estudo tem ou teve como grupo profissional no grupo dos vendedores ambulantes, agricultura e pesca não qualificada e trabalhos domésticos. Segue-se o grupo dos trabalhadores qualificados da agricultura e pescas com apenas 6,70% dos utentes. Os restantes grupos profissionais têm baixa representatividade, tal é esperado devido às faixas etárias da maioria dos utentes.

Observa-se que 97,80% dos indivíduos em estudo está reformado.

Tabela 4 – Distribuição da amostra por classe profissional e género

Variáveis Profissionais		Frequência					
		Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Grupo Profissão	Operadores de Máquinas/Fábrica	15	3,80	2	0,50	17	2,20
	Vendedores ambulantes, Agricultura e Pesca não qualificadas, Domésticas.	304	77,20	335	88,20	639	82,60
	Serviços e Vendedores	20	5,10	6	1,60	26	3,40
	Agricultores, trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	28	7,10	24	6,30	52	6,70
	Pintores, Costureiras	2	0,50	1	0,30	3	0,40
	Técnicos e Profissionais de nível intermédio	23	5,80	10	2,60	33	4,30
	Especialistas/Profissões intelectuais e científicas	2	0,50	2	0,50	4	0,50
	Total	394	100	380	100	774	100
Situação Profissional	Ativo	5	1,30	1	0,30	6	0,80
	Reformado	385	96,50	383	99,20	768	97,80
	Desempregado	9	2,30	2	0,50	11	1,40
	Total	399	100	386	100	785	100

Os utentes em estudo têm maioritariamente 92% um cuidador principal, apenas 64 dos utentes não têm um cuidador dessa natureza, como se verifica no gráfico circular da Figura 1.

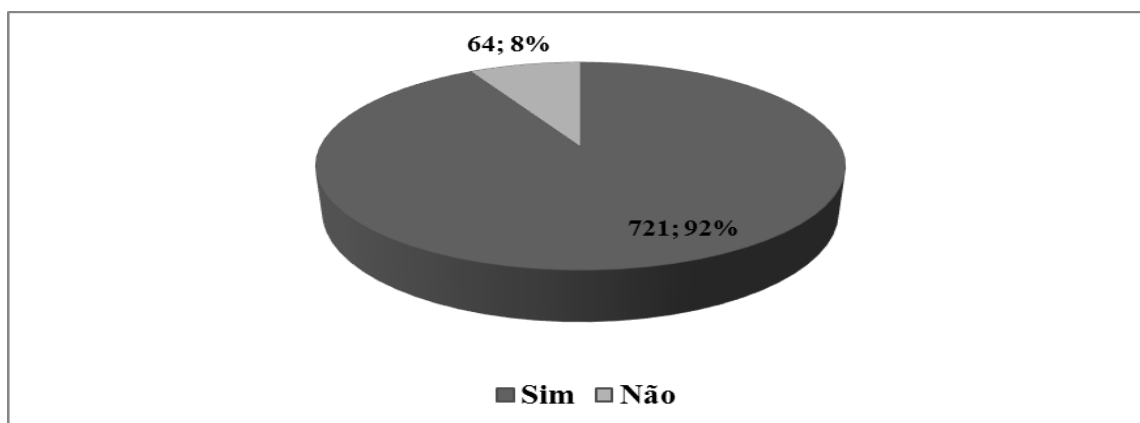


Figura 1- Distribuição da amostra por existência de cuidador principal do utente consumidor da Rede Nacional de Cuidados Continuados

Quanto à relação que o doente tem com o cuidador observa-se pelo gráfico de barras da Figura 2 que na maioria dos casos 47,90% o cuidador principal é filho(a)/nora/genro, seguindo-se o cônjuge em 31,21% dos casos. De salientar que 8,15% dos utentes em estudo não apresentam retaguarda familiar e que 6,62% tem como cuidador principal outro que não considerado neste estudo.

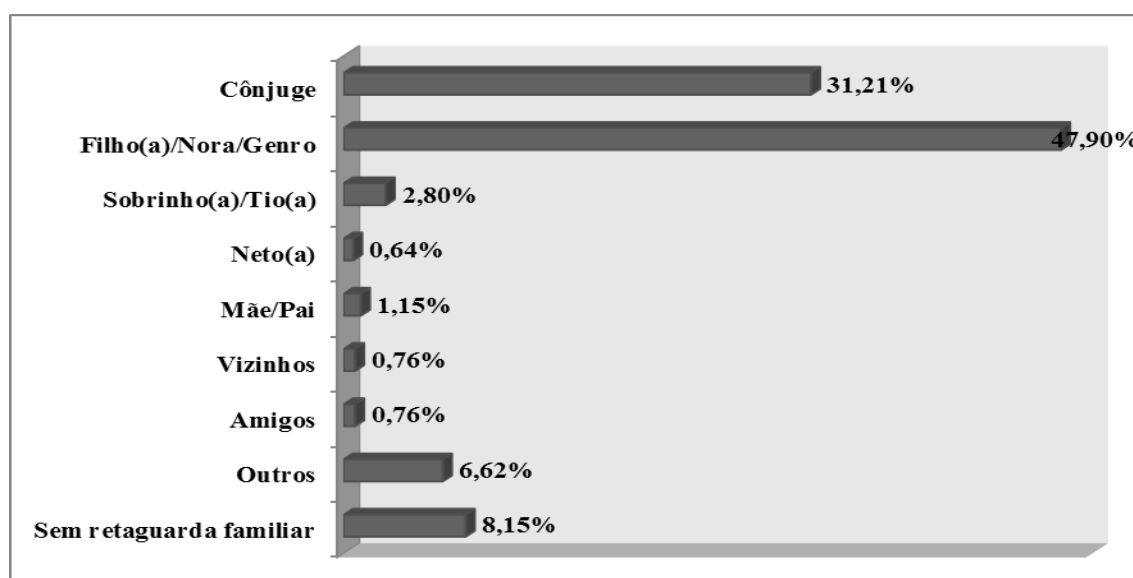


Figura 2 - Distribuição da amostra por relação com o cuidador principal

Pela análise da Figura 3 observa-se que a maioria 60,89% dos utentes é proveniente do hospital e que 33,89% dos utentes é proveniente do domicílio. As restantes proveniências indicadas (Lar/Família de acolhimento e Outras RNCCI) tem baixa representatividade no grupo de utentes em estudo.

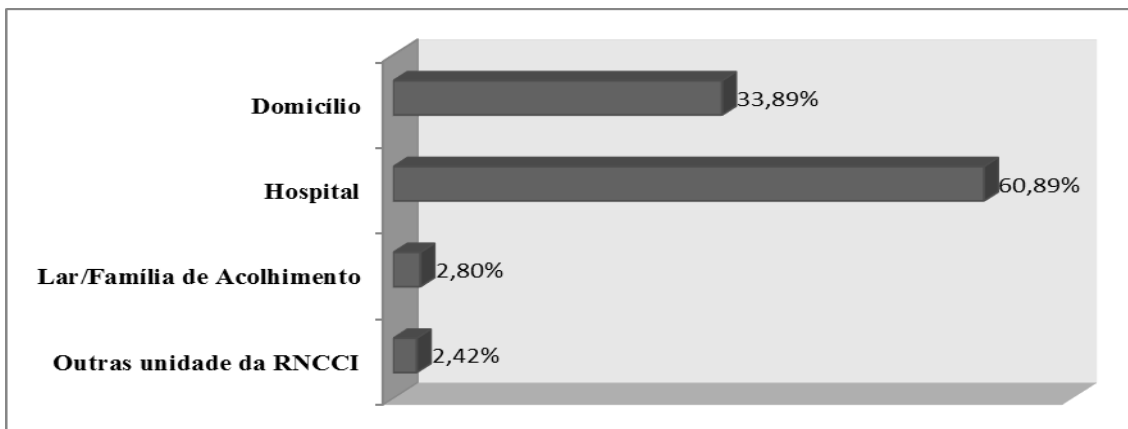


Figura 3 - Distribuição da amostra por local de proveniência para as Unidades de Cuidados Continuados Integrados

Relativamente ao tempo de internamento dos utentes em análise observa-se que 34,14% esteve internada entre ≥ 30 a 90 dias, 21,40% teve internamento na UCCI $>$ a 180 dias, 14,14% esteve internada ≥ 15 e 30 dias, 14,01% dos utentes estiveram internados entre ≥ 90 a 180 dias e 16,31% dos utentes estiveram internados < 15 dias.

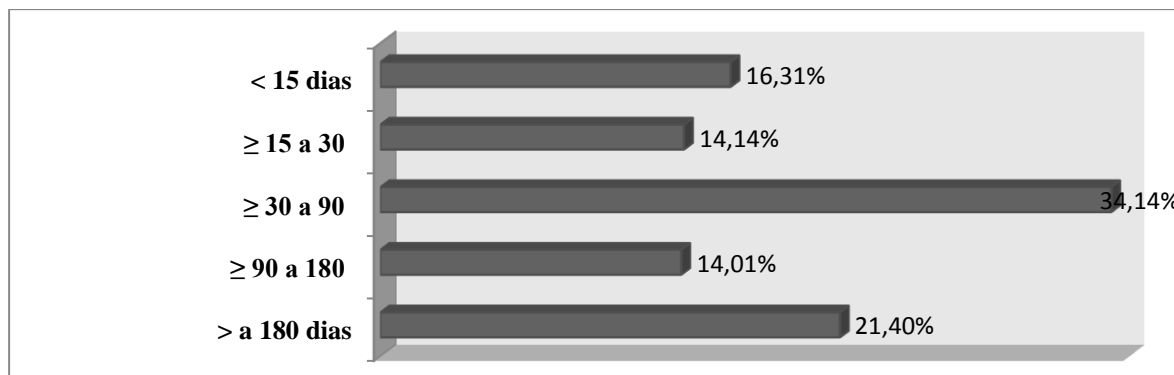


Figura 4 – Distribuição da amostra por tempo de internamento

Verificou-se que a alta por atingir objetivos foi o motivo mais frequente de saída da unidade 37,32%, seguindo-se o óbito 35,03%. Por outro lado, 16,18% dos utentes foi sujeito

a transferência de serviço, 6,24% abandonou a UCCI por agudização e 5,22% teve alta a pedido, como consta na Figura 5.

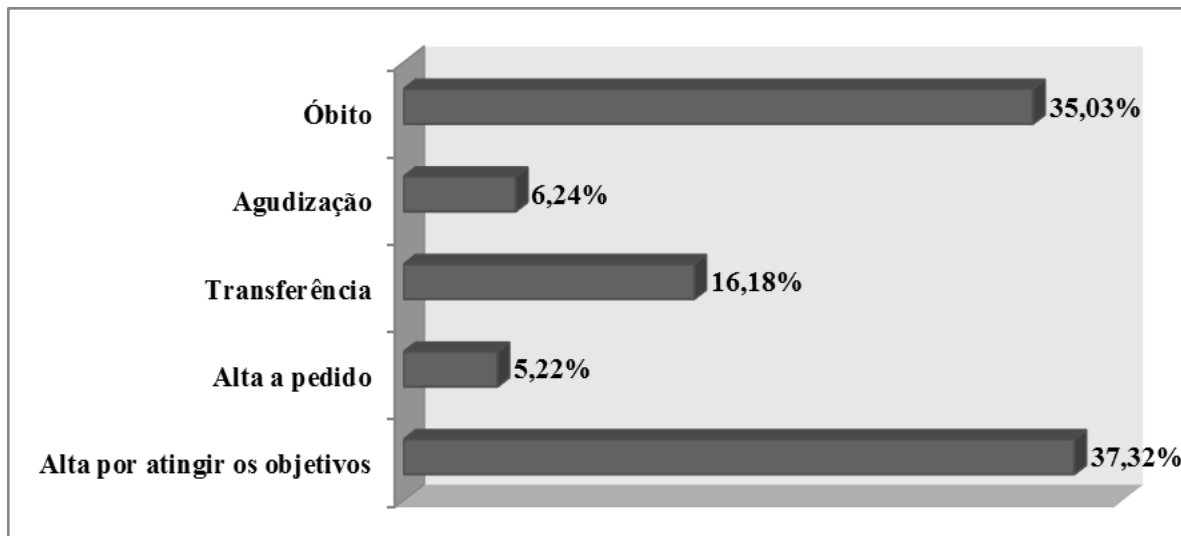


Figura 5- Distribuição da amostra por motivo de saída da Unidade Cuidados Continuados Integrados

Pela Figura 6 conclui-se que dos 510 utentes com saída da UCCI, distinta de óbito, 24,51% teve como destino outra resposta da RNCCI, 24,12% teve como destino o domicílio com suporte informal, 22,55% encontrou resposta em Lares, 17,45% foi para o domicílio com suporte formal, apenas 8,43% tiveram como destino o hospital e 2,75% as famílias de acolhimento.

Salienta-se o facto de todas as unidades UCCI envolvidas no estudo apresentarem tipologia de internamento de longa duração e manutenção.

Na Figura 7 apresentam-se as patologias apresentadas pelos utentes em estudo, estas foram determinadas a partir do diagnóstico realizado.

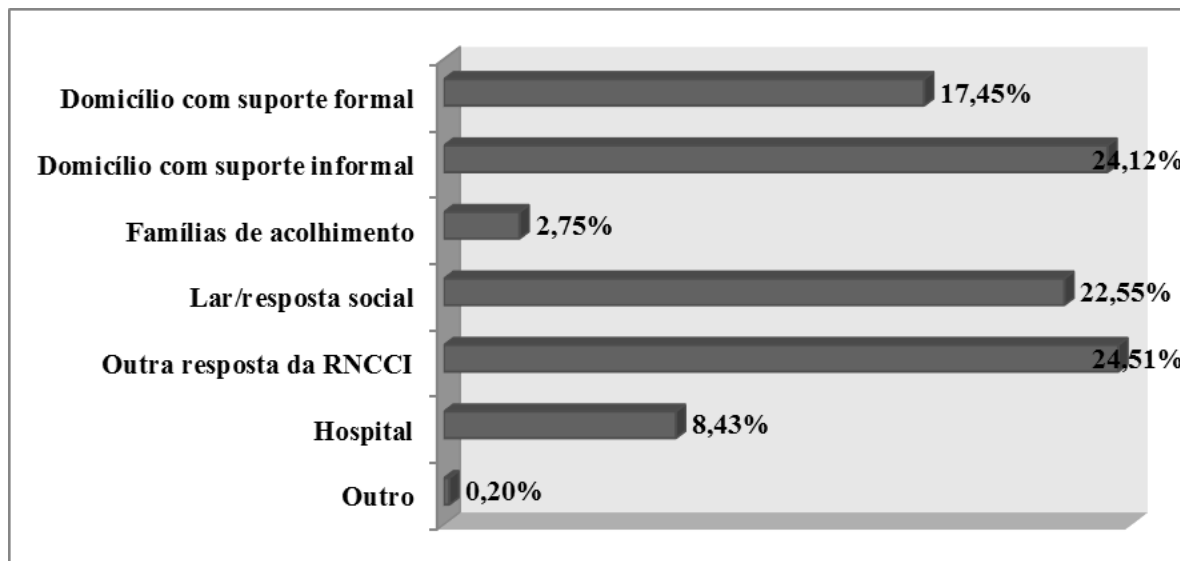


Figura 6- Distribuição da amostra em relação ao destino após saída da Unidade de Cuidados Continuados

Por observação da Figura 7 conclui-se que a maioria 41,15% dos utentes apresenta patologias de natureza neurológica, seguem-se as patologias da pele e tecido subcutâneo com 13,50% dos casos, 12,36% dos utentes apresenta patologia músculo-esqueléticas, 10,06% tem patologias oncológicas, 6,11% tem patologias cardiovasculares, 4,59% tem doenças infecciosas, 3,18% apresenta patologias endócrino-esqueléticas. As restantes patologias registadas tem representatividade inferior a 2%.

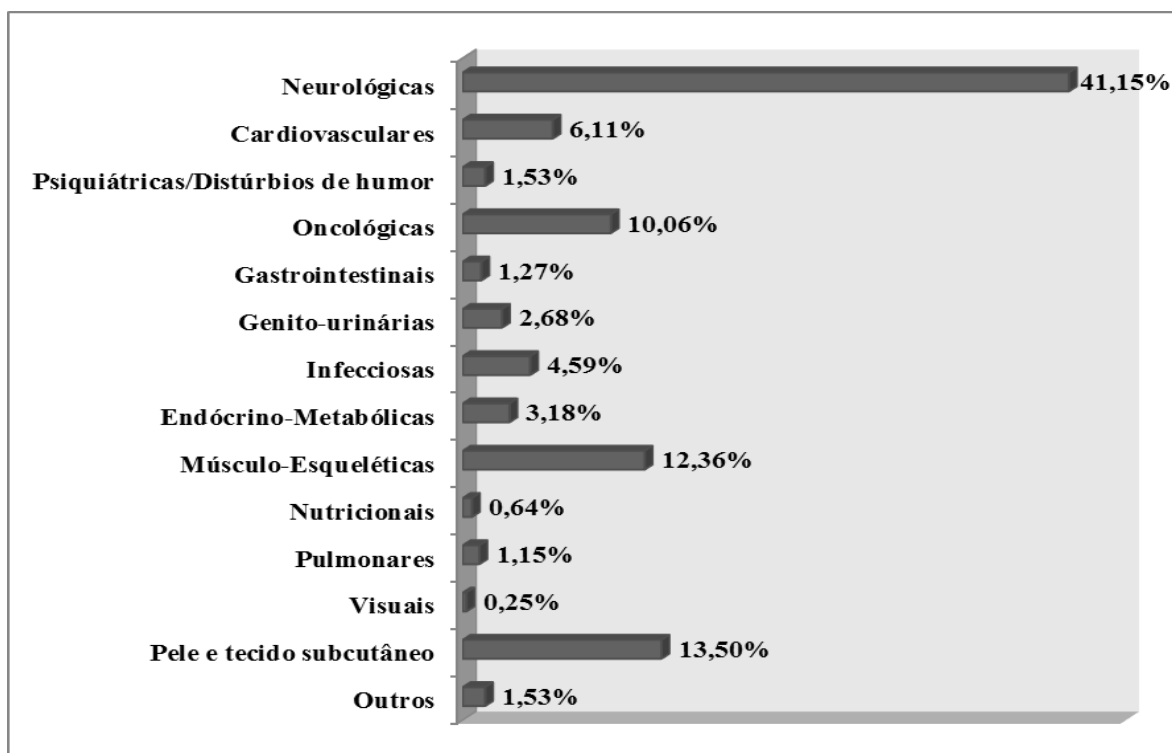


Figura 7 – Distribuição da amostra por patologias existentes

Na Figura 8 apresenta-se a distribuição dos utentes em estudo em função da UCCI.

Por observação da figura anterior verifica-se que foram analisadas três UCCI e que a distribuição é relativamente próxima entre as diferentes UCCI. Nomeadamente a UCCI Mogadouro representa 36,56% da mostra total (287 utentes), a UCCI de Miranda do Douro representa 32,73% dos utentes e os restantes 31,70% dos indivíduos em estudo foram utentes da UCCI de Torre de Moncorvo.

A unidade de Miranda do Douro apresenta capacidade para 20 camas, revelando uma taxa de ocupação de 95%, já a unidade de Mogadouro tem capacidade de 24 camas, evidenciando uma taxa de ocupação de 98%, e ainda a unidade de Torre de Moncorvo que tem capacidade para 19 camas e apresenta uma taxa de ocupação de 98%. (ARS Norte, 2013).

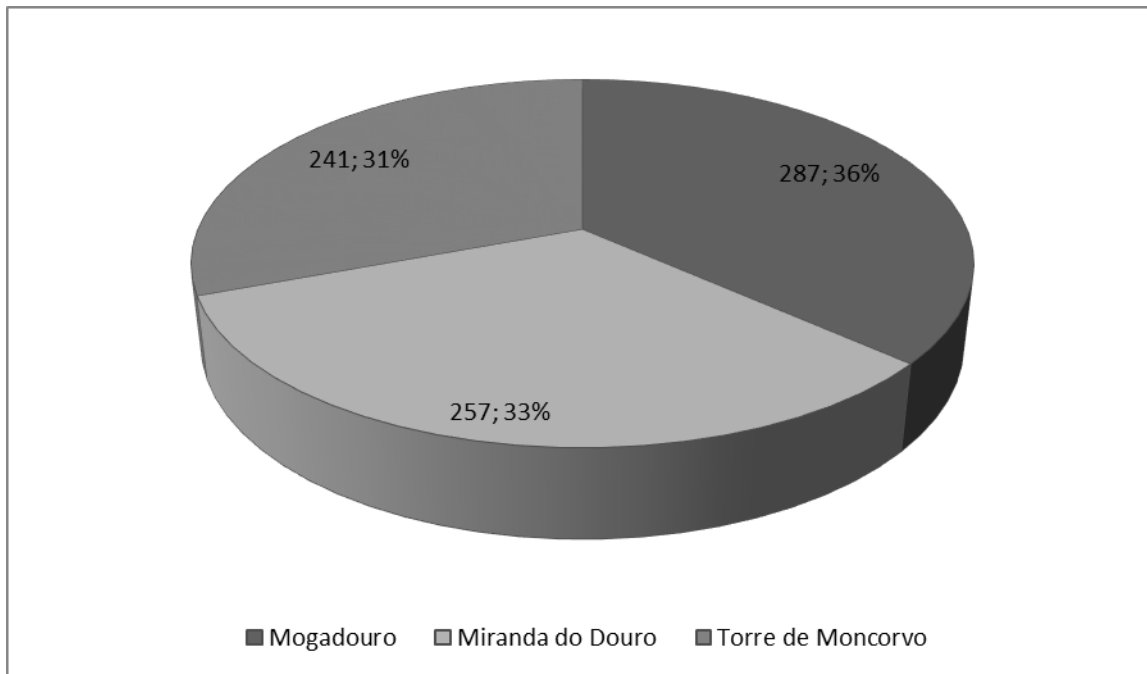


Figura 8 - Distribuição dos utentes por Unidade de Cuidados Continuados

Nas Figuras 9 e 10 apresenta-se a caracterização de admissão e saída dos utentes na UCCI, em função da UCCI em estudo.

Por observação da figura 9 conclui-se que o número de admissões na UCCI de Mogadouro tem diminuído ao longo dos anos, houve apenas um ligeiro aumento em 2012 face a 2011, passou de 15,33% para 17,07%. Na realidade o número de admissões nesta UCCI é desde 2009 até 2013 entre 40 a 49 casos por ano.

Relativamente à UCCI de Miranda do Douro observa-se que o número de admissões aumentou até 2011, diminuiu em 2012, pois passou de 17,90% para 15,18% e aumentou significativamente em 2013, pois passou a 25,68%.

Em Torre de Moncorvo as admissões aumentaram até 2011 e a partir desse ano tem diminuído.

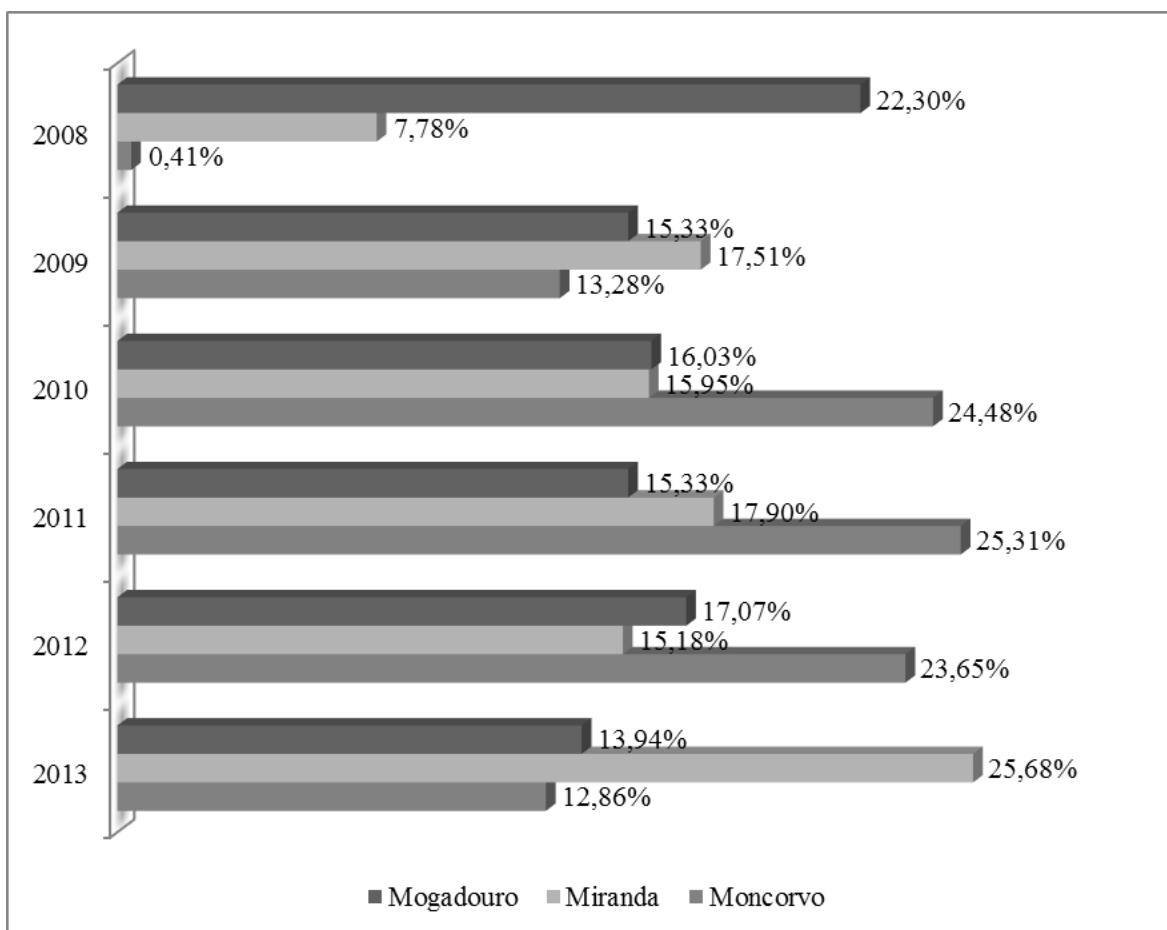


Figura 9 – Distribuição da amostra por ano de admissão em função da Unidade Cuidados Continuados Integrados

Relativamente ao número de saídas verifica-se que na UCCI de Mogadouro estas aumentaram todos os anos até 2012 e apenas sofreram um decréscimo no ano de 2013. Na UCCI de Miranda do Douro os registos de saída entre 2009 e 2012 foram entre 41 a 45 por ano e em 2013 aumentaram para 82 saídas. Na UCCI de Moncorvo o número de saídas aumentou até 2011 e a partir desse ano diminuíram.

Como já anteriormente referido as UCCI em estudo (Mogadouro, Miranda e Moncorvo) apresentam a mesma tipologia de internamento (longa duração e manutenção) e também tem representatividade idêntica na amostra estudada (785 utentes).

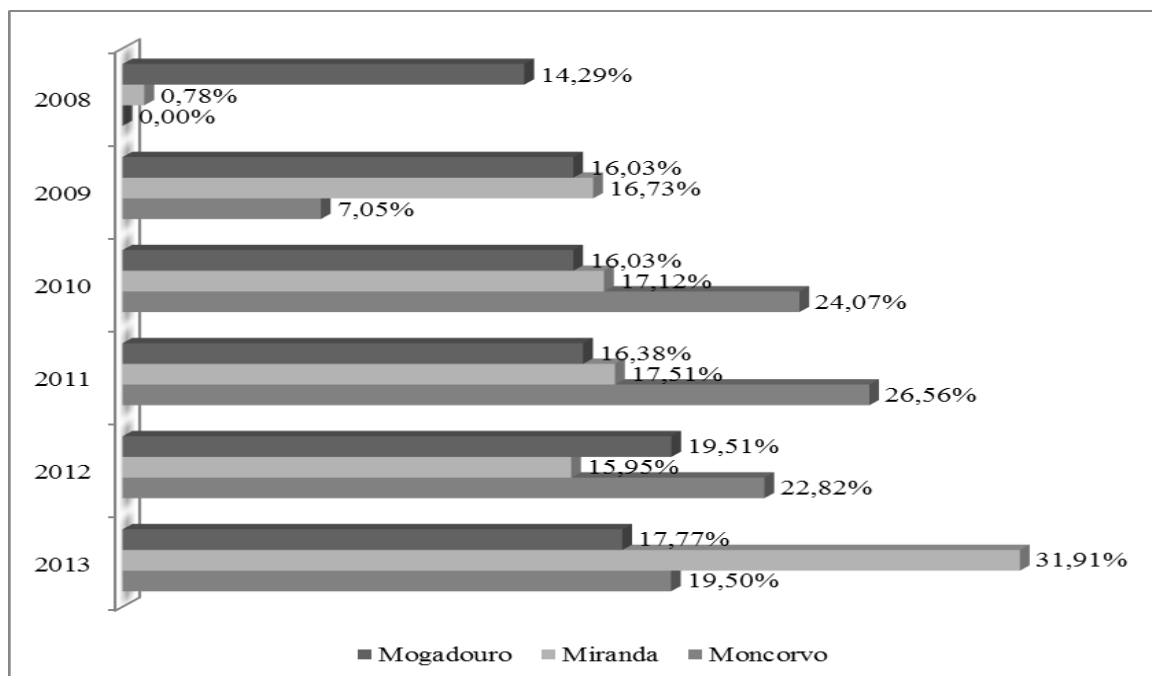


Figura 10 – Distribuição da mostra por ano de saída em função da Unidade de Cuidados Continuados

3.2. Análise Inferencial

Para a comparação de proporções entre a distribuição de utentes nas UCCI e as variáveis género dos utentes, idade, zona de residência, tempo de internamento, proveniência, motivo da saída e patologia, recorreu-se ao teste de qui-quadrado com objetivo de verificar as possíveis associações entre as UCCI e as variáveis em estudo.

Por análise da Tabela 5, verifica-se que nas UCCI de Mogadouro e Miranda do Douro são os utentes do género masculino que apresentam maior proporção (53% vs. 55,30%, respetivamente), mas em Moncorvo são os utentes do género feminino (56,40%), verificando-se uma associação estatisticamente significativa na distribuição dos utentes pelas UCCI segundo o género, proveniência dos utentes, e motivo de saída.

Quanto à relação entre as UCCI e a Origem geográfica não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, observou-se que a proporção dos utentes nas UCCI em análise é maioritariamente proveniente do meio rural.

Também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as UCCI e o tempo de internamento, observou-se uma proximidade de proporções entre as UCCI, ou seja, é próxima a percentagem de utentes que estão internados determinado número de dias entre as diferentes UCCI em estudo.

Relativamente à proveniência, verifica-se que nas três UCCI a maioria dos utentes chega do hospital, seguindo-se o domicílio, contudo a expressividade da proveniência do hospital é mais relevante na UCCI de Moncorvo. As proveniências Lar/Família de Acolhimento e outras RNCCI tem expressividade pequena na UCCI de Moncorvo, observando-se uma diferença estatisticamente significativa.

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa na distribuição de proporções de utentes das três UCCI e o motivo de saída, sendo que a unidade de Mogadouro registou uma proporção maior de saídas por óbitos e Mirando do Douro e Torre de Moncorvo na alta por atingir os objetivos.

Assim sendo, pela aplicação do teste do qui-quadrado conclui-se que o género ($p < 0,05$), a proveniência dos utentes ($p < 0,01$) e o motivo de saída ($p < 0,001$) apresentam uma associação estatisticamente significativa em relação à UCCI.

Tabela 5 - Comparação de proporções por UCCI, género, idade, zona de residência, tempo de internamento, origem geográfica, motivo da saída.

Variáveis		UCCI							
		Mogadouro		Miranda do Douro		Torre Moncorvo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Género	Masculino	152	53	142	55,30	105	43,60	399	50,80
	Feminino	135	47	115	44,70	136	56,40	386	49,20
	Total	287	100	257	100	241	100	785	100
Resultados do teste Qui- Quadrado		$\chi^2 = 7,618 \quad p < 0,05$							
Origem Geográfica	Rural	193	67,20	181	70,40	152	63,10	526	67
	Urbano	94	32,80	76	29,60	89	36,90	259	33
	Total	287	100	257	100	241	100	785	100
Resultados do teste Qui- Quadrado		$\chi^2 = 3,057 \quad p = 0,217$							
Tempo de internamento (Dias)	<de 15	51	17,80	40	15,60	37	15,40	128	16,30
	≥ 15 a 30	31	10,80	40	15,60	40	16,60	111	14,10
	≥ 30 a 90	96	33,40	85	33,10	87	36,10	268	34,10
	≥ 90 a 180	42	14,60	35	13,60	33	13,70	110	14
	> 180	67	23,30	57	22,20	44	18,30	168	21,40
	Total	287	100	257	100	241	100	785	100
Resultados do teste Qui- Quadrado		$\chi^2_8 = 6,473 \quad p = 0,594$							
Proveniência para as UCCI	Domicílio	97	33,80	98	38,10	71	29,50	266	33,90
	Hospital	167	58,20	147	57,20	164	68	478	60,90
	Lar/F. Acolhimento	10	3,50	11	4,30	1	0,40	22	2,80
	Outras RNCCI	13	4,50	1	0,40	5	2,10	19	2,40
	Total	287	100	257	100	241	100	785	100
Resultados do teste Qui- Quadrado		$\chi^2_6 = 22,865 \quad p < 0,01$							
Saída	Óbito	118	41,10	78	30,40	79	32,80	275	35
	Agudização	20	7	16	6,20	13	5,40	49	6,20
	Transferência	34	11,80	44	17,10	49	20,30	127	16,20
	Alta a pedido	4	1,40	33	12,80	4	1,70	41	5,20
	Alta por objetivos	111	38,70	86	33,50	96	39,80	293	37,30
	Total	287	100	257	100	241	100	785	100
Resultados do teste Qui- Quadrado		$\chi^2_8 = 55,590 \quad p < 0,001$							

Relativamente à idade, verifica-se que em todas as UCCI o valor médio é de aproximadamente 80 anos, sendo a maior dispersão de resultados na UCCI de Moncorvo.

Pela aplicação do teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* conclui-se que as diferenças observadas na ordem das médias de idades nos utentes das diferentes UCCI não apresentam uma associação estatisticamente significativa ($p = 0,264$).

Tabela 6 – Comparação da média de idade dos utentes pelas 3 Unidades de Cuidados Continuados Integrados

UCCI	N	Mínimo	Máximo	Ordem das Médias	Desvio padrão	Coefficiente variação
Mogadouro	287	48	102	80,17	8,488	10,59%
Miranda	257	40	99	79,15	9,702	12,26%
Moncorvo	241	32	104	80,47	13,329	16,56%
Total	785	32	104	79,93	9,486	11,87%
Resultados do teste			$\chi^2 = 1,250; p = 0,264$			

Pela análise da Tabela 7 observa-se que a distribuição das doenças neurológicas é idêntica entre as diferentes UCCI, contudo as doenças oncológicas tem maior proporção na UCCI de Mogadouro, as doenças infecciosas na UCCI de Moncorvo e as cardiovasculares na UCCI de Miranda. Observou-se uma associação estatisticamente significativa na distribuição das patologias pelas três UCCI ($p < 0,01$).

Tabela 7 – Comparação entre a distribuição da proporção de patologia pelas 3 Unidades Cuidados Continuados Integrados

Doenças	Frequências							
	Mogadouro		Miranda do Douro		Torre Moncorvo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Neurológicas	121	42,20	108	42	94	39	323	41,10
Cardiovasculares	10	3,50	23	8,90	15	6,20	48	6,10
Oncológicas	38	13,20	24	9,30	17	7,10	79	10,10
Infeciosas	8	2,80	9	3,50	19	7,90	36	4,60
Endócrino-Metabólicas	13	4,50	4	1,60	8	3,30	25	3,20
Músculo-Esqueléticas	35	12,20	37	14,40	25	10,40	97	12,40
Pele e tecido subcutâneo	42	14,60	32	12,50	32	13,30	106	13,50
Outras	20	7	20	7,80	31	12,90	71	9
Total	287	100	257	100	241	100	785	100
Resultados do teste	$\chi^2_{14} = 32,217 ; p < 0,01$							

Analisando a Tabela 8, verifica-se que relativamente ao género, a distribuição das doenças é idêntica entre homens e mulheres, embora os homens sejam consideravelmente mais representativos nas doenças cardiovasculares e as mulheres nas doenças endócrinas-metabólicas.

Quanto à existência do cuidador principal observa-se que este existe para a grande maioria dos utentes e em todas as doenças manifestando-se em idênticas expressividades para cada doença.

No que concerne ao tempo de internamento observa-se que as doenças oncológicas e infecciosas apresentam períodos mais curtos de internamento, enquanto as doenças: neurológicas, cardiovasculares, músculo-esqueléticas e pele e tecido subcutâneo apresentam registos de períodos mais extensos de internamento.

Por fim, em relação ao motivo de saída da UCCI verifica-se que as doenças oncológicas, pele e tecido subcutâneo apresentam grande expressividade no óbito. Por sua

vez, a alta por atingir objetivos é mais elevada para as doenças: neurológicas, cardiovasculares, endócrino-metabólicas e músculo-esqueléticas apresentam registos de períodos mais extensos de internamento.

Pela aplicação do teste do qui-quadrado verifica-se que o tipo de doença está significativamente associado ao tempo de internamento ($p < 0,01$) e também ao motivo de saída ($p < 0,001$) da UCCI.

Tabela 8 – Associação entre a presença de patologia, género, cuidador principal, tempo de internamento e motivo de saída.

		Doenças								
		Neurológicas N (%)	Cardiovasculares N (%)	Oncológicas N (%)	Infeciosas N (%)	Endócrino- Metabólicas N (%)	Músculo- Esqueléticas N (%)	Pele e tecido subcutâneo N (%)	Outras Patologias N (%)	Total N (%)
Género	Masculino	158 (48,90)	26 (54,20)	41 (51,90)	18 (50)	9 (36)	48 (49,50)	56 (52,80)	43 (60,60)	399 (50,80)
	Feminino	165 (51,10)	22 (45,80)	38 (48,10)	18 (50)	16 (64)	49 (50,50)	50 (47,20)	28 (39,40)	386 (49,20)
	Total	323(100)	48 (100)	79 (100)	36 (100)	25 (100)	97 (100)	106 (100)		714 (100)
Resultados do teste		$\chi^2_7 = 5,864$ $p = 0,556$								
Cuidador principal	Sim	300 (92,90)	47 (97,90)	71 (89,90)	33 (91,70)	24 (96)	89 (91,80)	93 (87,70)	64 (90,10)	721 (91,80)
	Não	23 (7,10)	1 (2,10)	8 (10,10)	3 (8,30)	1 (4)	8 (8,20)	13 (12,30)	7 (9,90)	64 (8,20)
	Total	323(100)	48 (100)	79 (100)	36 (100)	25 (100)	97 (100)	106 (100)	71 (100)	785 (100)
Resultados do teste		$\chi^2_7 = 6,479$ $p = 0,485$								
Tempo de internamento** (Dias)	< 15	40 (12,40)	3 (6,20)	25 (31,60)	13 (31,60)	2 (8)	12 (12,40)	21 (19,80)	12 (16,90)	128 (16,30)
	≥ 15 a 30	43 (13,30)	9 (18,80)	12 (15,20)	4 (11,10)	4 (16)	9 (9,30)	14 (13,20)	16 (22,50)	111 (14,10)
	≥30 a 90	118 (36,50)	17 (35,40)	19 (24,10)	8 (22,20)	9 (36)	42 (43,30)	34 (32,10)	21 (29,60)	268 (34,10)
	≥ 90 a 180	36 (11,10)	6 (12,50)	15 (19)	6 (16,70)	4 (16)	16 (16,50)	17 (16)	10 (14,10)	110 (14)
	> 180	86 (26,60)	13 (27,10)	8 (10,10)	5 (13,90)	6 (24)	18 (18,60)	20 (18,90)	12 (16,90)	168 (21,40)
	Total	323(100)	48 (100)	79 (100)	36 (100)	25 (100)	97 (100)	106 (100)	71 (100)	785 (100)
Resultados do teste		$\chi^2_{28} = 59,005$ $p < 0,01$								
Motivo saída**	Óbito	88 (27,20)	10 (20,80)	55 (69,60)	14 (38,90)	6 (24)	18 (18,60)	56 (52,80)	28 (39,40)	275 (35)
	Agudização	23 (7,10)	5 (10,40)	2 (2,50)	2 (5,60)	2 (8)	5 (5,20)	6 (5,70)	4 (5,60)	49 (6,20)
	Transferência	70 (21,70)	2 (4,20)	9 (11,40)	10 (27,80)	1 (4)	13 (13,40)	14 (13,20)	8 (11,30)	127 (16,20)
	Alta a pedido	16 (5)	4 (8,30)	3 (3,80)	1 (2,80)	0 (0,0)	7 (7,20)	6 (5,70)	4 (5,60)	41 (5,20)
	Alta por atingir objetivos	126 (39)	27 (56,20)	10 (12,70)	9 (25)	16 (64)	54 (55,70)	24 (22,60)	27 (38)	293 (37,30)

	Total	323(100)	48 (100)	79 (100)	36 (100)	25 (100)	97 (100)	106 (100)	71 (100)	785 (100)
Resultados do teste	$\chi^2_{28} = 119,171 \quad p < 0,001$									

Relativamente à idade (Tabela 9) verifica-se que, de modo geral, os valores médios variam entre os 80 e os 84 anos, apenas as doenças oncológicas e as outras doenças apresentam idade média inferior a 80 anos. De referir que, no caso das doenças oncológicas o valor médio observado é de 74,52 anos e, também, é a doença que apresenta a maior dispersão de resultados da idade. Pela aplicação do teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* conclui-se que as diferenças observadas relativamente à média da idade apresentam uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) em função da patologia, sendo as doenças oncológicas a patologia que mais se diferencia.

Tabela 9 – Distribuição da amostra em função da idade e da patologia

Patologias	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coefficiente variação
Neurológicas	323	45	102	80,18	8,547	10,66%
Cardiovasculares	48	74	99	84,50	5,925	7,01%
Oncológicas	79	48	91	74,52	10,641	14,28%
Infeciosas	36	32	94	80,31	11,897	14,81%
Endócrino-Metabólicas	25	59	97	80,00	8,391	10,49%
Músculo-Esqueléticas	97	43	104	81,38	9,386	11,53%
Pele e tecido subcutâneo	106	40	96	80,58	10,068	12,49%
Outras	71	49	98	78,58	10,059	12,80%
Total	785	32	104	79,93	9,486	11,87%
Resultados do teste			$\chi^2_7 = 42,021; p < 0,001$			

4. DISCUSSÃO

4.1. Discussão da Metodologia

Neste estudo a amostra é composta por 785 utentes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados, nomeadamente, Mogadouro, Torre de Moncorvo e Miranda do Douro. Verificou-se que 50,80% são do género masculino e 49,20% são do género feminino.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) a população residente no distrito de Bragança no ano de 2013 era de 34 681 sendo que 16 707 eram do género masculino (48,17%) e 17 974 do género feminino (51,82%); (INE, 2013). Nas unidades de cuidados continuados a proporção da população masculina é maior que a feminina.

Em relação ao instrumento de recolha de dados *Checklist* para as Unidades de Cuidados Continuados não existiu necessidade da realização de um pré-teste visto que a informação contida no instrumento foi baseada no *Gestcare* para os Cuidados Continuados Integrados utilizado pelas unidades de Cuidados Continuados de todo o país.

No processo de recolha de dados, nomeadamente, no diagnóstico inicial foi reincidente as úlceras de pressão e as fraturas de fémur, estes foram considerados problemas de saúde de acordo com a classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde. (OMS, 2010).

Tornou-se necessário a alteração da designação de zona de proveniência (Rural e Urbana) para origem geográfica, pois poderia gerar confusão com a proveniência dos utentes para as UCCI (referenciação).

4.2. Discussão de Resultados

O objetivo do presente estudo foi identificar e analisar a população consumidora dos Cuidados Continuados da Rede Nacional de Cuidados Continuados do distrito de Bragança. Incluíram-se no estudo 785 utentes, 50,80% são do género masculino com média de idade de 78,50 anos e 49,20% são do género feminino com média de idade de 81, 41 anos.

Em Portugal o fenómeno do envelhecimento tem-se vindo a acentuar, chegando nos últimos anos a atingir uma grande proporção da população dos 80 anos ou mais (INE, 2013), o mesmo se verifica nas unidades de cuidados continuados onde as faixas etárias mais prevalentes estão compreendidas entre os 81 e 90 anos com uma percentagem de 43,80%.

Neste momento em Portugal a média de filhos por mulher é de 1,2 o que não é suficiente para a reposição das gerações que deveria ser de 2,1 filhos por mulher. A diminuição das faixas etárias mais jovens e o crescimento da população nas faixas etárias mais envelhecidas, ou seja, a percentagem dos maiores de 65 anos em Portugal é de 19,60%, em consequência destes fatores o envelhecimento da população portuguesa torna-se progressivo. (Pordata, 2013).

A transição demográfica divide-se em quatro fases, sendo a mais preponderante neste caso a última, que se denomina de fase moderna ou de pós-transição, que se caracteriza pelo aumento da esperança média de vida, como consequência dá-se o envelhecimento da população, e ainda pode existir um alargamento da proporção das mulheres em relação aos homens. Deste modo, a natalidade diminui, o envelhecimento da população é maior e a proporção dos adultos e dos idosos é maior comparativamente à proporção infanto-juvenil. (Letícia & Mário, 2006); (Carmo, Dagnino, & Johansen, 2014); (Malta, Cezário, Moura, Neto, & Junior, 2006); (Omran, 1996).

Uma das características mais evidentes nos grupos etários mais avançados em relação aos outros é o aumento do número de mulheres à medida que a idade avança (Quintal, Lourenço, & Ferreira, 2012), relativamente, à dispersão de idades neste estudo é fraca pois, em ambos os géneros os coeficientes de variação são relativamente baixos, 10,77% no sexo feminino e 12,65% no masculino respetivamente. Torna-se pertinente salientar, que num estudo feito em Portugal na utilização dos cuidados de saúde pela população idosa portuguesa, o estado civil mais predominante na população estudada é a viuvez, mais frequente em mulheres idosas do que nos homens, pois estas tendem a casar com homens mais velhos. (Gonçalves, Nassar, Daussy, Santos, & Alvarez, 2011). No ano de 2013 a esperança média de vida do género feminino situava-se nos 84 anos de idade. (Pordata, 2013); o mesmo é verificável nas UCCI, em relação ao estado civil onde a maioria das mulheres é viúva representando uma proporção de 55,7% da população feminina.

De acordo com os Censos realizados em 2011, 436,222 indivíduos com mais de 60 anos é analfabeto, representando deste modo, 16,50% da população portuguesa, pode-se ainda clarificar que a escolaridade entre homens e mulheres é diferente, estas são menos escolarizadas que os homens, verificando-se uma maior proporção de mulheres analfabetas e uma maior proporção de homens com frequência no secundário. (INE, 2013).

Em relação aos cuidados continuados verifica-se que 47,50% dos utentes é analfabeto, 134 são do género masculino e 239 do género feminino, 49,30% possuem até 4 anos de escolaridade sendo que 248 são homens e 139 são mulheres; esta é a parcela de maior representatividade entre as unidades de cuidados continuados.

Claramente, a amostra em estudo apresenta pouca ou nenhuma escolaridade e são as mulheres que apresentam os piores resultados. Tais resultados estão em concordância com a baixa literacia associada às faixas etárias que apresentam maior relevância. Num estudo realizado pela RNCCI entre janeiro de 2011 e setembro de 2012, com 26 847 utentes admitidos, observou-se que os utentes apresentavam baixa escolaridade (61%) ou nenhuma (29%) (Entidade Reguladora da Saúde, 2013), tal evidência vai de encontro aos dados do presente estudo.

Relativamente à caracterização da localidade dos utentes consumidores das UCCI pode-se referir que a maioria dos utentes presentes nas unidades de recolha dos dados são de Miranda do Douro, representando uma percentagem de 20,80%, seguido de Mogadouro e Torre de Moncorvo, com uma percentagem de 19,90% e 12,10%, podendo-se referir que as outras localidades não são representativas. Na amostra em estudo, no género masculino, 66,20 % provinham de zona rural e 33,80% de zona urbana; já no género feminino 67,90% provinham de zona rural e 32,10% de zona urbana.

Em relação à profissão dos utentes consumidores das unidades de cuidados continuados é de salientar que as profissões com mais impacto são vendedores ambulantes, agricultura e pesca não qualificados e doméstica, representando a maior taxa 82,60%, o mesmo é observado num estudo feito pela RNCCI, acima já referido (Entidade Reguladora da Saúde, 2013), onde a maioria dos utentes apresenta profissões não qualificadas, com uma proporção de 76,70%.

Segundo Instituto Nacional de Estatística, a população reformada em Portugal situou-se, em 2013, em 5,2 milhões de indivíduos, existindo no país 116,6 reformados por cada 100 empregadas/os (INE, 2014). Em relação à população alvo das unidades a situação profissional com maior representatividade, obtendo uma percentagem de 97,80% é a classe dos reformados, sendo que os desempregados e ativos não demonstram representatividade estatística.

Neste estudo verificou-se que o cuidador principal mais prevalente é o filho (a)/nora/genro representando uma proporção de 47,90%. Um estudo feito pela Unidade de Missão para Cuidados Continuados Integrados entre os anos de 2006 e 2007, com uma amostra de 1406 pessoas, constatou que 56% desta tinha como cuidador principal a família natural. (UMCCI, 2007).

Relativamente à caracterização da proveniência dos utentes das UCCI, os resultados demonstraram que 60,89% dos utentes provinham de hospital, tal como, no estudo referido anteriormente a maior percentagem dos utentes referenciados provêm de hospital com uma percentagem de 65% da amostra total (n=1406); também num estudo realizado pela RNCCI, em 2011, com uma amostra de utentes referenciados de 30 103, vem confirmar que a maior proporção de utentes, 70% no ano de 2010 e 66% no ano de 2011, provêm de hospital. (UMCCI, 2007); (RNCCI, 2012).

Relativamente ao tempo de internamento observa-se que a maior parte destes 34,14% esteve internada nas UCCI entre 30 a 90 dias e 21,40% esteve internada mais de 180 dias nas UCCI.

No estudo de 2011 realizado pela RNCCI a demora média, a nível nacional, nas unidades de Longa Duração e Manutenção era de 163 dias. (RNCCI, 2012).

É importante referir que todas as unidades em estudo são da tipologia de internamento de longa duração e manutenção, ou seja, todos os utentes em estudo estiveram internados neste tipo de internamento.

Em relação aos motivos de saída das unidades de cuidados continuados verifica-se que 37,28% saiu por atingir os objetivos, sendo que as agudizações representam uma taxa de 5,22% nas saídas das UCCI. Estes dados são corroborados pelos dados do estudo já referido anteriormente verificam-se que 65% da amostra total também saiu por atingir os objetivos, sendo que a saída por pedido e as agudizações representam uma taxa de 3% e 6%,

respetivamente (UMCCI, 2007). Num outro estudo, realizado pela RNCCI, também já referido anteriormente, 71% da proporção total 30 103 utentes teve como motivo de saída a alta por atingir os objetivos. (RNCCI, 2012).

É de salientar que 24,52% dos utentes tiveram como destino após a saída, diferente de óbito, outra resposta da RNCCI, seguido de destino após a alta o domicílio com suporte informal com uma percentagem de 24,12% e ainda 22,55% a resposta social de lares. De referir que noutro estudo 70% da amostra derivou para domicílio e 18% para respostas sociais (RNCCI, 2012). Segundo um estudo realizado no 1.º semestre de 2014, a nível nacional, 74,60% das altas foram para o domicílio e 9,20% para respostas sociais (RNCCI, 2014). Observou-se, assim, resultados mais ou menos semelhantes.

A maioria dos utentes que estiveram internados nas UCCI apresentam patologias de natureza neurológicas 41,15%, seguindo-se as patologias da pele e tecido subcutâneo com uma percentagem de 13,50%, os utentes com patologia músculo-esqueléticas representam 12,36% da amostra, os utentes com patologias oncológicas representam 10,06%, 6,11% apresentam patologias cardiovasculares, 4,59% apresentam como diagnóstico doenças infecciosas, 3,18% apresentam patologias endócrino-metabólicas. O estudo da RNCCI de 2011 confirma a existência da prevalência das doenças de pele e tecido subcutâneo, nomeadamente, as úlceras de pressão com uma proporção de 16%. (RNCCI, 2012).

No ano de 2012 foram registados 107 612 óbitos, dos quais 6 605 correspondem a doença isquémica de coração, correspondendo a 6,14% dos óbitos totais. (DGS, 2014).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística foram registados no ano de 2013, 106 876 óbitos, sendo que 29,50% correspondem a patologias de natureza neurológica como o AVC e 24,30% a tumores malignos, perfazendo, assim, mais de 50% dos óbitos registados. (INE, 2013).

Nas três unidades em estudo a representatividade entre elas é próxima, a UCCI de Mogadouro representa 36% da amostra total com 278 utentes, seguida de Miranda do Douro com 257 utentes, 33% da amostra, e ainda Torre de Moncorvo com uma representatividade de 31%, ou seja, 241 utentes.

É de salientar que o número de admissões na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Mogadouro tem diminuído, existiu um aumento de admissões no ano de 2012

em relação ao ano atrasado. O número de admissões em estudo é entre o ano 2009 e a ano de 2013, representando cerca de 40 a 49 casos por ano.

Relativamente a Miranda do Douro, pode-se observar a subida de admissões até ao ano de 2011, diminuindo em 2012 e aumentando em 2013; Em relação a Torre de Moncorvo, pode-se constatar que as admissões nas unidades têm diminuído a partir do ano de 2011.

Tal como anteriormente referido não existe termo para comparação.

Em relação ao número de saídas em Mogadouro, existiu um aumento até 2012, e depois um decréscimo nestas no ano de 2013, em Miranda do Douro entre o ano de 2009 e 2012 os registos de saída situam-se entre 41 e 45 casos por ano e em 2013 passaram para 82. Em Torre de Moncorvo aumentaram o número de saídas até ao ano de 2011, existindo um decréscimo após este ano.

Recorreu-se a uma comparação entre as unidades de cuidados continuados em estudo, averiguando as associações entre as seguintes variáveis: género dos utentes, idade dos mesmos, Origem geográfica, tempo de internamento, proveniência e motivo de saída e patologia.

Verifica-se que o género masculino tem maior peso nas unidades de cuidados continuados de Mogadouro e Miranda do Douro 53% e 55,3%, em Torre de Moncorvo tem maior peso o sexo feminino 56,40%.

Pode-se observar também que quanto à Origem geográfica, a maior parte dos utentes já internados vieram de meio rural; as unidades em estudo apresentam proximidade em relação à proveniência dos utentes para as UCCI.

Em relação ao tempo de internamento observa-se, também, proximidade entre as unidades em estudo.

Como já foi referido, anteriormente, a maioria dos utentes sinalizados para as UCCI provêm dos hospitais, seguindo-se o domicílio, contudo em Torre de Moncorvo a representatividade dos utentes sinalizados de hospitais é maior do que lar/família de acolhimento e outras RNCCI.

Relativamente aos motivos de saída das UCCI, pode-se afirmar que os resultados obtidos são diferenciados na transferência e alta a pedido.

Em relação à idade nas unidades de cuidados continuados em estudo, verifica-se que o valor médio é de 80 anos, sendo que a maior dispersão destas se encontra na UCCI de Torre

de Moncorvo. Observou-se uma associação estatisticamente significativa entre as idades nas UCCI.

A existência de cuidador principal é representativo para a maioria dos utentes e, também, idênticamente expressivo em todas as doenças.

A expressividade das doenças neurológicas é idêntica nas unidades em estudo, mas as doenças oncológicas têm maior representatividade em Mogadouro; Em Miranda do Douro as doenças cardiovasculares têm maior representatividade.

Deste modo, verifica-se que o diagnóstico de entrada está estatisticamente associado com o tempo de internamento, nomeadamente, nas doenças oncológicas, infecciosas e doenças cardiovasculares. Num estudo do ano de 2013 realizado pela Direção geral de saúde, verificou-se que as doenças cardiovasculares, oncológicas e neurológicas continuam a ser a principal causa de morte na população portuguesa, também um estudo do INE comprova que as doenças neurológicas são das principais causas de morte, em Portugal. (INE, 2013).

As doenças oncológicas, em 2011, apresentaram uma proporção de 25% das mortes causadas; as doenças infecciosas representavam uma proporção de 2%, estas podem ser causadas pela falta de resistência do organismo, que com o aumento da idade fica debilitado. Esta alteração deve-se à exposição constante a microrganismos. (James, David, & Joann, 2005; (Aguado, Delgado, Benavides, Álvarez, & Lumbresas, 2011); (DGS, 2013).

As doenças endócrino - metabólicas de 5% e as cardiovasculares apresentam uma taxa de mortalidade, em 2011, de 390,20% em cada 100 000 habitantes. No ano de 2011, as doenças neurológicas foram responsáveis por 12 690 óbitos; no ano de 2012, cerca de 50% dos utentes admitidos nos hospitais, em Portugal, tinham diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral. (DGS, 2013).

Num outro estudo, já referido (UMCCI, 2007), numa amostra de 1406 utentes, 35% apresentam doenças cardiovasculares, tornando-se esta a de maior incidência, neste caso específico.

Estes dados vão de encontro aos do presente estudo, também estes demonstraram que em Cuidados Continuados as doenças mais incidentes são as neurológicas, oncológicas, cardiovasculares e infecciosas.

Num relatório apresentado pelo INE em 2014, existiram cerca de 85 566 óbitos na população portuguesa, entre os anos de 2011 e 2013, na faixa etária > 65 anos de idade até aos 95 anos de idade. (INE, 2014).

Em relação ao género dos utentes e a distribuição das patologias é idêntica em ambos os géneros, contudo as doenças cardiovasculares são mais representativas nos homens e as doenças endócrino-metabólicas nas mulheres.

Segundo os dados publicados pela Direção Geral de saúde (DGS), na população residente na região norte do país, observou-se que 21% do género feminino apresenta patologias cardiovasculares e 14% no género masculino, também foi observado que 8% das mulheres e 6% dos homens apresentam patologias endócrino-metabólicas, as mulheres apresentam mais expressividade em ambos os casos. (DGS, 2009). O que não corresponde aos dados obtidos neste estudo, no qual, as mulheres apenas são mais prevalentes nas endócrino-metabólicas.

Em relação ao motivo de saída das Unidades de Cuidados Continuados, verificou-se que as doenças oncológicas e de pele e tecido subcutâneo têm maior representatividade do óbito. Com já foi referido anteriormente numa proporção de 106 872 óbitos, 24,30% devem-se a doenças oncológicas. (INE, 2013). No estudo da RNCCI de 2011, já referido, a prevalência das doenças de pele e tecido subcutâneo é de 16%. (RNCCI, 2012).

As neurológicas, cardiovasculares, endócrino-metabólicas e músculo-esqueléticas têm maior representatividade na alta por atingir os objetivos, estas apresentam tempo de internamento mais longo.

Nas Unidades também é observável que as doenças oncológicas e doenças de pele e tecido subcutâneo também evidenciam grande incidência no óbito, como já foi corroborado anteriormente, estas evidenciam taxas de mortalidade consideravelmente elevadas.

CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

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

As UCC apresentaram uma população essencialmente idosa, com estado civil maioritariamente casado/união de facto, de baixa escolaridade, reformados e em relação à profissão, cerca de 83% dos utentes, são ou foram, vendedores ambulantes ou trabalhadores da agricultura e pescas não qualificadas ou empregadas domésticas.

Grande parte dos utentes possuíam cuidador principal sendo este, essencialmente, o filho/nora/genro ou o cônjuge;

Aquando da entrada nas unidades praticamente metade dos utentes apresentaram patologias neurológicas.

As patologias da pele e tecido subcutâneo apresentaram uma proporção de 13,50%, 12,36% teve patologia músculo-esqueléticas, 10,06% patologias oncológicas, 6,11% patologias cardiovasculares, 4,59% teve doenças infecciosas e 3,18% apresentou patologias endócrino-esqueléticas.

As patologias neurológicas foram mais prevalentes no género feminino, assim como, as patologias oncológicas e pele e tecido subcutâneo foram mais prevalentes no género masculino.

Pode concluir-se que existe relação na comparação entre as UCCI com o género, tempo de internamento, a proveniência do utente, o motivo de saída e o diagnóstico inicial.

Pode concluir-se que na comparação entre idade e o diagnóstico inicial existe associação estatisticamente significativa.

Quanto às limitações do estudo é de salientar que o instrumento de recolha de dados (*Gestcare* CCI) representou algumas dificuldades, pois, a informação contida no programa é bastante extensa e por vezes repetida, dificultando a seleção da informação necessária à recolha.

Outra das limitações que foi surgindo ao longo da recolha de dados foi: a não especificação das patologias iniciais dos utentes, ou seja, quando o utente tinha como diagnóstico inicial AVC, este não estava especificado se era hemorrágico ou isquémico.

Este estudo pretende dar contributos para o avanço do conhecimento científico na área dos cuidados continuados pelo interesse em saber quem são as pessoas (consumidores) dos Cuidados Continuados Integrados adequando às necessidades da prestação de cuidados de saúde e ao envolvimento entre profissionais e familiares/cuidadores que estes preconizam.

É importante que, futuramente, se possam realizar mais estudos relativos ao perfil epidemiológico dos consumidores da Rede Nacional de Cuidados Continuados noutros distritos do país, com o objetivo de se comparar o perfil epidemiológico dos utentes em todo o país. E, ainda, a realização de um estudo de metodologia longitudinal a fim de se perceber a variação do perfil epidemiológico, ao longo dos anos, dos utentes consumidores da Rede Nacional de Cuidados Continuados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Optimizar recursos, gerar eficiência. Referenciação para RNCCI*. Lisboa: Unidade Funcional de Estudos e Planeamento de Recursos Humanos (UFEPRH).
- Aguado, H., Delgado, G., Benavides, B., Álvarez, D., & Lumbreras, V. (2011). *Manual de Epidemiología y Salud Pública para grados en ciencias de la salud* (2.^a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- ARS Norte, I.P. (2013). *Boletim Estatístico da RNCCI*. Região Norte- Global: ARS Norte, I.P.
- Bárrios, M., & Fernandes, A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo a nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista de Saúde Pública*, 32(2), pp. 188-196.
- Care4it Health Care solutions. (2011). Gestcare CCI. Obtido em 09 de março de 2015, de Gestcare CCI. [Internet]: <http://www.care4it.pt/pt-pt/content/cuidados-continuados-integrados>.
- Carta de Ottawa. (novembro de 1986).Primeira Conferência Internacional sobre a promoção da Saúde. [internet]. Obtido em 03 de julho de 2015, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.
- Carmo, R., Dagnino, R., & Johansen, I. (2014). Transição demográfica e transição do consumo urbano de água no Brasil. *Rev. bras. estud. popul.* [online], 31(1), pp. 169-190. Obtido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982014000100010&lng=pt&nrm=iso.
- Carrilho, P. (2012). *Epidemiologia dos Acidentes de Trabalho e Exercício Físico em Instituições de Apoio a Idosos. (Dissertação)*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Cepeda, A. (2002). Trás-os-Montes e Alto Douro: sistema urbano e Coesão Regional. *In Congresso Trás-os-Montes e Alto Douro*. Bragança.

- Continuados, C. (2007). *Cuidados Continuados Integrados - Orientações para a sua constituição nos centros de saúde*. Lisboa: missão para os cuidados de saúde primários.
- Correia, M. (2006). A epidemiologia dos AVC em Portugal. *Saúde Pública*. [Online]. Obtido em 22 de dezembro de 2014, de Disponível em: http://www.spavc.org/Imgs/content/article_42/sp5.pdf.
- Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. (2013). [versão de outubro de 2013] [internet]. Obtido em 17 de junho de 2015, de http://www.uc.pt/fcdef/Comissao_de_etica/Documentos/Nova_Helsinquia_Brasil (BR).
- Decreto – lei nº101/2006 de 6 de junho. Acedido em 12 de fevereiro de 2013 em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/06/109A00/38563865.pdf>
- DGS. (2009). *Perfil de Saúde - Região Norte*. Administração Regional da Saúde do Norte, I.P.
- DGS. (2013). *Portugal, Doenças cérebro- cardiovasculares em números. Programa Nacional pra as doenças cerebro-cardiovasculares.[Internet]*. Direção Geral de Saúde.
- DGS. (2014). *Portugal - Doenças Cérebro cardiovasculares em números. [Internet]*. Obtido em 26 de maio de 2015, de <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2014-pdf>
- Driest, P. (2006). *Farming for Health. Long-term care in Europe: an introduction* (Vol. 13). Netherlands .
- Duarte, E., & Barreto, S. (2012). Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 21(4), pp. 529-532.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2011). *Estudo do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde. [Internet]*. Porto. Obtido em 17 de fevereiro de 2014, de Disponível em:

http://www.rncci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/relatorio_cuidados_continuados_2012.pdf.

Entidade Reguladora da Saúde. (2013). *Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde*. [Internet]. Porto: Entidade reguladora da saúde. Obtido em 30 de março de 2015, de https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/824/Cuidados_continuados.pdf.

Ferreira, M. (2012). *Prolongamento temporal da actividade profissional de dois grupos de profissionais de saúde: médicos e enfermeiros um estudo de caso*. (Dissertação). Porto: Universidade do Porto.

Gonçalves, L., Nassar, S., Daussy, M., Santos, M., & Alvarez, A. (2011). O convívio familiar do idoso da quarta idade e seu cuidador . *Ciências de cuidados de saúde* , 10(4), pp. 746-754.

Gordis, L. (2011). *Epidemiologia* (4.^a ed.). Loures: Lusodidacta.

Guereiro, I., & Lopes, M. (. (2014). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Roteiro de Intervenção em Cuidados Continuados Integrados.

INE. (2011). *Instituto Nacional de Estatística*. [Internet]. Obtido em 18 de fevereiro de 2014, de INE: <http://www.ine.pt/>.

INE. (2013). *Causas de morte*. [Internet]. Obtido em 26 de maio de 2015, de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=229848995&DESTAQUESmodo=2.

INE. (2013). *Instituto Nacional de Estatística*. [Internet]. Obtido em 16 de março de 2015, de INE: <http://www.ine.pt/>.

INE. (19 de dezembro de 2014). *Anuários Estatísticos Regionais – Informação estatística à escala regional e municipal*. [Internet]. Obtido em 09 de março de 2015, de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=211525119&D

INE. (27 de maio de 2014). *Tábua Completa de Mortalidade para Portugal 2011-2013* [Internet]. . Obtido em 30 de maio de 2015, de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=211349189&DESTAQUESmodo=2.

- Instituto da Segurança Social. (2013). *Guia prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. [Internet]. Obtido em 17 de fevereiro de 2014, de http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27187/rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci.
- Isabel, S., Horácio, C., & Catariba, P. (2011). *Identificar necessidades de formação em Cuidados Continuados Integrados (Dissertação)*. . Lisboa: Faculdade de ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa.
- James, F., David, L., & Joann, G. (2005). *Epidemiologia, Bioestatística e Medicina preventiva* (2.^a ed.). São Paulo: Artmed editor S.A.
- Letícia, L., & Mário, M. (2006). Transição Demográfica e Epidemiológica. Em R. Medronho, *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu.
- Lima, M. (2009). *Acidente vascular Cerebral Conhecimento dos alunos de 3.º ano de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa (Dissertação)*. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Escola Superior de Saúde.
- Malta, C., Cezário, A., Moura, L., Neto, O., & Junior, J. (2006). A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 15(1), pp. 47- 65.
- Martins, M. (2002). *Uma crise Acidental na Família. O doente com AVC*. Formasau.
- Oliveira, A. (2010). *Bioestatística, Epidemiologia e Investigação*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas S.A.
- Oliveira, C. (2003). Acidente Vascular Cerebral. *Revista Sianais Vitais*(49).
- Omran, A. R. (1996). The Epidemiologic transition in the Americas. *Pan-Amerrican Health Organization & University of Maryland at college Park*.
- OMS. (2008). *Cuidados de saúde primários agora mais que nunca*. Organização Mundial de Saúde.
- OMS. (2010). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde* (10^a. ed.). OMS.
- Phipps, W. (2003). *Enfermagem médico cirúrgica - Conceitos e práticas clínicas*. loures.

- Plural - Planeamento Urbano, R. e. (2009). *Caracterização Sócio-Económica*. [Online].
 Obtido em 20 de Março de 2014, de PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=6393:
http://www.cm-braganca.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=6393
- Pordata. (setembro de 24 de 2013). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. [Internet].
 Obtido em 07 de maio de 2015, de Pordata: <http://www.pordata.pt/>
- Pordata. (20 de setembro de 2013). *Base de Dados Portugal Contemporâneo* [Internet].
 Obtido em 24 de fevereiro de 2014, de Pordata: <http://www.pordata.pt/>
- Proença, A. (2008). *Ortopedia Traumatologica* (2.^a ed.). Coimbra: Imprensa da Universidade.
- Quintal, C., Lourenço, O., & Ferreira, P. (2012). Utilização de cuidados de saúde na população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), pp. 35–46.
- Ribeiro, M., & Fernandes, A. (2008). O desenvolvimento local do distrito de Bragança. In *Actas do VII Colóquio Ibérico de Estudos Rurais - Cultura, Inovação e Território*. Coimbra: Escola Superior Agrária.
- RNCCI. (2012). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 2011*. [Internet]. RNCCI. Obtido em 26 de maio de 2015, de http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/683/relatorio_anual_2011_28marco2012.pdf.
- RNCCI. (2014). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 1º semestre de 2014*. [Internet]. RNCCI. Obtido em 26 de maio de 2015, de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20do%20desenvolvimento%20e%20da%20atividade%20da%20RNCCI_1%C2%BA%20semestre%202014.pdf.
- Rocha, J., Miranda, M., & Andrade, M. (2006). Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - Intervenções baseadas na evidência. *Acta médica portuguesa*(19), pp. 29-38.
- Silva, A. (2007). *AVC- O essencial da saúde*. Porto: Quidnovi .

Silvia, K., MOCCH., Andrea, L., Wayne, D., Eyal, S., Yingying, S., & Rebecca, F. e. (2014). Stroke Incidence and Mortality Trends in US Communities, 1987 to 2011. *JAMA*, 312(3), pp. 259-268.

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

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011). *Manual do prestador – Recomendações para a melhoria contínua. [Internet]*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Obtido em 17 de fevereiro de 2014, de Disponível em: http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI_Manual_do_Prestador.pdf .

UMCCI. (2007). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Versão Revista*. UMCCI.

ANEXOS

ANEXO I - Resposta ao pedido de recolha de dados pela Unidade de Cuidados Continuados de Freixo de Espada à Cinta.



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FREIXO DE ESPADA À CINTA

TELEFONE: 279 663 016 / 279 663 253 • FAX 279 663 017 • E-MAIL: acmfec@scapo.pt • APARTADO 10
5180-106 FREIXO DE ESPADA À CINTA

Vanda Cláudia Almeida Gaspar
Rua de São João Bosco nº 12, 2º
5300-296 Bragança

Sua referência	Sua comunicação	Nossa referência	Data
		93 /14	18/07/14

Assunto: Recolha de dados

De acordo com o solicitado por Vossa Excelência, verificou-se que para o preenchimento da referida checklist, exige o acesso completo ao processo clínico e individual dos utentes, o qual é confidencial. Assim sendo cumpre-nos informar que esta instituição não autoriza tal procedimento, apesar de Vossa Excelência se comprometer com o sigilo dos mesmos. A instituição também não pode proceder à recolha dos mesmos, visto não ter recursos humanos disponíveis para efetuar a análise de 369 processos na unidade de longa e 308 processos na unidade de média.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Isabel Redondo Alves Xambre

ANEXO II- Resposta ao pedido de recolha de dados pela Unidade de Cuidados Continuados de Vila Flor.



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
DE VILA FLOR

Exma. Senhora
Vanda Cláudia Almeida Gaspar
Rua S. João Bosco n.º 12, 2.º
5300 – 296 Bragança

Numeração

Sua comunicação de

Nossa referência

DATA

OC.º 189

2014/07/22

ASSUNTO: Recolha de dados.

Relativamente ao pedido de V. Ex.ª, verificamos que para o preenchimento do referido questionário exige o acesso completo ao processo individual dos utentes no qual é confidencial. Assim cumpre-nos informar que esta Instituição não autoriza tal procedimento.

Com os melhores cumprimentos,

O Provedor

(António Augusto Pinheiro Gonçalves)

PROVEDORIA E SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS • LARGO DO ROSSIO N.º 11 • 5 360-323 VILA FLOR
TELEFONE: 278 518 070 / FAX 278 518 078
www.misericordiavilaflo.com • E-mail: scm-vilaflo@mail.telepac.pt

ANEXO III- Instrumento de Recolha de dados: Checklist para as Unidades de Cuidados Continuados Integrados

Dados sócio-demográficos

1- Idade:

_____ (Anos)

2- Sexo

<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
------------------------------------	-----------------------------------

3- Local de Residência:

<input type="checkbox"/> Freixo de Espada à Cinta
<input type="checkbox"/> Torre de Moncorvo
<input type="checkbox"/> Vila Flor
<input type="checkbox"/> Mogadouro
<input type="checkbox"/> Miranda do Douro
<input type="checkbox"/> Alfandega da Fé
<input type="checkbox"/> Carrazeda de Ansiães
<input type="checkbox"/> Bragança
<input type="checkbox"/> Macedo de Cavaleiros
<input type="checkbox"/> Vinhais
<input type="checkbox"/> Vimioso
<input type="checkbox"/> Mirandela

4- Zona de Proveniência:

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

Caraterísticas Sociais

5- Estado civil:

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

6- Habilitações literárias:

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

7- Situação Profissional:

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

8- Profissão/ocupação:

<input type="checkbox"/> Operadores de Máquinas/Fabrica
<input type="checkbox"/> Vendedores Ambulantes; Agricultura e Pescas não Qualificadas; Empregada Doméstica
<input type="checkbox"/> Serviços e Vendedores
<input type="checkbox"/> Agricultores e Trabalhadores qualificados de agricultura e pescas
<input type="checkbox"/> Pintores; Costureiras
<input type="checkbox"/> Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio
<input type="checkbox"/> Administrativos
<input type="checkbox"/> Quadros Superiores
<input type="checkbox"/> Especialistas/Profissões Intelectuais e Científicas

Caraterísticas Familiares

9- O utente tem cuidador principal:

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

10- Relação do cuidador principal (se tiver):

<input type="checkbox"/> Cônjuge
<input type="checkbox"/> Filho/a; Nora/genro
<input type="checkbox"/> Sobrinho/a; Tio/a
<input type="checkbox"/> neta/o
<input type="checkbox"/> Mãe/pai
<input type="checkbox"/> Vizinhos/as
<input type="checkbox"/> Amigos/as
<input type="checkbox"/> Outros _____

11- Diagnóstico Inicial/Patologia de Ingresso: _____

12- Tempo de Internamento em dias:

- Menos de 15
- Até 30
- Até 90
- Até 180
- > de 180

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

- Domicílio
- Hospital
- Lar/Família de Acolhimento
- Outras Unidades da RNCCI

14- Tipologia de Internamento:

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

15- Motivos de saída:

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

16-Destino depois da Alta:

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

17- Ano de Admissão: _____

18- Ano de Saída: _____

ANEXO IV- Instrumento de Recolha de Dados após alterações: checklist para as Unidades de Cuidados Continuados Integrados

Dados sócio-demográficos

1- Idade:

_____ (Anos)

2- Sexo

<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
------------------------------------	-----------------------------------

3- Local de Residência:

<input type="checkbox"/> Freixo de Espada à Cinta
<input type="checkbox"/> Torre de Moncorvo
<input type="checkbox"/> Vila Flor
<input type="checkbox"/> Mogadouro
<input type="checkbox"/> Miranda do Douro
<input type="checkbox"/> Alfandega da Fé
<input type="checkbox"/> Carrazeda de Ansiães
<input type="checkbox"/> Bragança
<input type="checkbox"/> Macedo de Cavaleiros
<input type="checkbox"/> Vinhais
<input type="checkbox"/> Vimioso
<input type="checkbox"/> Mirandela
<input type="checkbox"/> Fora do Distrito de Bragança

4- Zona de Proveniência:

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

Caraterísticas Sociais

5- Estado civil:

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

6- Habilitações literárias:

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

7- Situação Profissional:

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

8- Profissão/ocupação:

- Operadores de Máquinas/Fabrica
- Vendedores Ambulantes; Agricultura e Pescas não Qualificadas;
Empregada Doméstica
- Serviços e Vendedores
- Agricultores e Trabalhadores qualificados de agricultura e pescas
- Pintores; Costureiras
- Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio
- Administrativos
- Quadros Superiores
- Especialistas/Profissões Intelectuais e Cientificas

Caraterísticas Familiares

9- O utente tem cuidador principal:

Sim

Não

10- Relação do cuidador principal (se tiver):

- Cônjuge
- Filho/a; Nora/genro
- Sobrinho/a; Tio/a
- neta/o
- Mãe/pai
- Vizinhos/as
- Amigos/as
- Outros _____
- Sem Retaguarda Familiar

11- Diagnóstico Inicial/Patologia de Ingresso: _____

12- Tempo de Internamento em dias:

- Menos de 15
- Até 30
- Até 90
- Até 180
- > de 180

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

- Domicílio
- Hospital
- Lar/Família de Acolhimento
- Outras Unidades da RNCCI

14- Tipologia de Internamento:

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

15- Motivos de saída:

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

16-Destino depois da Alta:

<input type="checkbox"/> Domicílio
<input type="checkbox"/> Domicilio com Suporte Formal
<input type="checkbox"/> Domicilio com Suporte Informal
<input type="checkbox"/> Famílias de Acolhimento
<input type="checkbox"/> Lar/Resposta Social
<input type="checkbox"/> Outras Unidades da RNCCI
<input type="checkbox"/> Hospital de Agudos

17- Ano de Admissão: _____

18- Ano de Saída: _____

ANEXO V- Pedido de autorização enviada a todas as Unidades de Cuidados Continuados do distrito de Bragança

Vanda Cláudia Almeida Gaspar, aluna do Mestrado de “Cuidados Continuados”, da Escola Superior de Saúde de Bragança – Instituto Politécnico de Bragança, encontrando-se neste momento a desenvolver o Trabalho de Projeto com o tema “Perfil Epidemiológico dos utentes consumidores da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados do distrito de Bragança”, orientada pela Prof. Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e Coorientada pela Mestre Matilde Delmina da Siva Martins, docente da Escola acima referida, venho por este meio comunicar a V. Ex.^a o interesse em recolher os dados conforme o documento em anexo, inerentes aos utentes que estiveram internados desde a abertura das Unidades em 2006 até ao final de dezembro de 2013 nas unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados referentes às unidades de Longa Duração e Manutenção, e as unidades de Média Duração e Reabilitação do conselho de Freixo de Espada à Cinta do distrito de Bragança.

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

Assim, solicito a V. Ex.^a que se digne a autorizar a recolha dos dados solicitados. Para os devidos efeitos, junto anexo a *Checklist* para apreciação de V. Ex.^a

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

Para mais informação disponibilizo os meus contatos pessoais: Email vanda_gaspar18@live.com.pt; Telemóvel 938493631.

Desde já grata pela atenção dispensada, apresento os meus cumprimentos.

Pede deferimento:

Bragança, 17 de junho de 2014

(Vanda Cláudia Almeida Gaspar)

ANEXO VI- Tabelas de Contingência

Resultados do teste do qui-quadrado

Tabela 1 - Resumo teste Qui-Quadrado UCCI versus género

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,618 ^a	2	,022
Likelihood Ratio	7,633	2	,022
Linear-by-Linear Association	6,200	1	,013
N of Valid Cases	785		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 118,50.

Tabela 2 - Resumo dos testes de verificação das condições Anova

Idade em função da UCCI

Test of Homogeneity of Variances			
Idade do utente			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3,160	2	782	,043

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		
		Residual for idade
N		785
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	,0000
	Std. Deviation	9,46991
Most Extreme Differences	Absolute	,084
	Positive	,067
	Negative	-,084

Kolmogorov-Smirnov Z	2,364
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
a. Test distribution is Normal.	
b. Calculated from data.	

Tabela 3 - Resumo teste Qui-Quadrado UCCI versus zona de providência

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,057 ^a	2	,217
Likelihood Ratio	3,052	2	,217
Linear-by-Linear Association	1,734	1	,188
N of Valid Cases	785		
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 79,51.			

Tabela 4 - Resumo teste Qui-Quadrado UCCI versus tempo de internamento

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,473 ^a	8	,594
Likelihood Ratio	6,641	8	,576
Linear-by-Linear Association	1,100	1	,294
N of Valid Cases	785		
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 33,77.			

Tabela 5 - Resumo teste Qui-Quadrado UCCI versus proveniência dos utentes

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,865 ^a	6	,001
Likelihood Ratio	26,611	6	,000
Linear-by-Linear Association	,024	1	,877
N of Valid Cases	785		
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,83.			

Tabela 6 - Resumo teste Qui-Quadrado UCCI versus motivo saída

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	55,590 ^a	8	,000
Likelihood Ratio	52,853	8	,000
Linear-by-Linear Association	1,200	1	,273
N of Valid Cases	785		
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,59.			

Tabela 7 - Resumo teste Qui-Quadrado UCCI versus patologia

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,217 ^a	14	,004
Likelihood Ratio	31,761	14	,004
Linear-by-Linear Association	1,602	1	,206
N of Valid Cases	785		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,68.

Tabela 8 - Resumo teste Qui-Quadrado patologia versus género

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,864 ^a	7	,556
Likelihood Ratio	5,914	7	,550
Linear-by-Linear Association	1,281	1	,258
N of Valid Cases	785		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,29.

Tabela 9 - Resumo teste Qui-Quadrado patologia versus cuidador principal

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,479 ^a	7	,485
Likelihood Ratio	7,208	7	,408
Linear-by-Linear Association	2,360	1	,124
N of Valid Cases	785		

a. 3 cells (18,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,04.

Tabela 10 - Resumo teste Qui-Quadrado patologia versus tempo de internamento

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	59,005 ^a	28	,001
Likelihood Ratio	56,662	28	,001
Linear-by-Linear Association	4,066	1	,044
N of Valid Cases	785		
a. 3 cells (7,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,50.			

Tabela 11 - Resumo teste Qui-Quadrado patologia versus motivo da saída

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	119,171 ^a	28	,000
Likelihood Ratio	120,933	28	,000
Linear-by-Linear Association	2,552	1	,110
N of Valid Cases	785		
a. 11 cells (27,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,31.			

Tabela 12 - Resumo dos testes de verificação das condições Anova

Idade em função da patologia

Test of Homogeneity of Variances			
Idade do utente			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,839	7	777	,077

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		
		Residual for idade
N		785
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	,0000
	Std. Deviation	9,23283
Most Extreme Differences	Absolute	,069
	Positive	,052
	Negative	-,069
Kolmogorov-Smirnov Z		1,933
Asymp. Sig. (2-tailed)		,001
a. Test distribution is Normal.		
b. Calculated from data.		